

Pedro Miguel Leal Lopes

**Perceção da importância dos ensinamentos de Enfermagem no controlo da Diabetes**

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2017



Pedro Miguel Leal Lopes

**Perceção da importância dos ensinamentos de Enfermagem no controlo da Diabetes**

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2017

Pedro Miguel Leal Lopes

**Perceção da importância dos ensinamentos de Enfermagem no controlo da Diabetes**

---

Pedro Miguel Leal Lopes

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

## RESUMO

A diabetes afeta milhares de pessoas em todo o mundo, constituindo já uma epidemia que é preciso travar visto que, além de ser uma das principais causas de morbilidade e de mortalidade, associada a outras patologias, acarreta enormes custos financeiros para o SNS.

Uma intervenção multidisciplinar eficaz, por parte de profissionais qualificados (enfermeiros e médicos de família), contribui seguramente para uma contenção da doença, para um melhor controlo da mesma e para proporcionar ao doente uma melhor qualidade de vida.

Neste sentido, foi propósito do presente estudo verificar se, efetivamente, os enfermeiros, através das consultas de enfermagem, são uma mais-valia para o controlo da doença e se os seus portadores apresentavam melhorias quando a elas recorriam de forma sistemática.

Paralelamente, importa aferir se o papel do enfermeiro é determinante apenas enquanto cuidador ou ainda enquanto educador e facilitador na adoção de hábitos alimentares, tabágicos, de prática de exercício físico, entre outros, que contribuem para uma redução dos efeitos secundários da doença, para a sua progressão mais lenta e, consequentemente, para o bem-estar de todos os indivíduos que dela padecem.

**Palavras-chave:** Diabetes; complicações da diabetes, cuidados de saúde primários; consulta de enfermagem; enfermagem domiciliária.

## ABSTRACT

Diabetes affects thousands of people all over the world. Being already a plague, it must be stopped once it is a major cause of morbidity and mortality. When associated with other pathologies it entails enormous financial costs for the NHS.

An effective multidisciplinary intervention by qualified professionals (nurses and family physicians) surely contributes to the containment and better control of the disease, and to provide the patient with a better quality of life.

In this sense, it was this work intention to verify if, effectively, nurses, through the nursing consultations, bring significant value for the control of the disease and if its patients presented improvements when going to their clinical appointments.

At the same time, it is important to determine if the role of the nurse is relevant only as a caregiver or also as an educator and facilitator in the adoption of healthy eating habits, smoking habits, physical exercise, among others, which contribute to a reduction of the side effects of the disease, its slower progression and, consequently, for the well-being of all the individuals who suffer from it.

**Keywords:** Diabetes; Complications of diabetes, primary health care; Nursing consultation; Nursing home.

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que me ensinaram que o esforço e o trabalho são meritórios e, tarde ou cedo, reconhecidos.

## AGRADECIMENTOS

O presente estudo é o culminar dum percurso académico iniciado há 4 anos.

Não poderei deixar de exprimir a minha gratidão a todos que, de algum modo, estiveram presentes durante a sua elaboração e que sempre me incentivaram a ser perseverante e nunca desistir.

Assim, um agradecimento especial à minha orientadora, Professora Amélia José Monteiro, pela sua total disponibilidade e pela superior orientação.

À minha namorada, Ana, pelas palavras amigas quando mais delas precisei e por sempre me apoiar, a minha gratidão.

Por último, mas não menos importante, aos meus pais, pelo amor incondicional e por sempre me fazerem acreditar que todo o esforço é meritório, o meu muito obrigado!

## PENSAMENTO

É coisa preciosa, a saúde, e a única, em verdade, que merece que em sua procura empreguemos não apenas o tempo, o suor, a pena, os bens, mas até a própria vida; tanto mais que sem ela a vida acaba por tornar-se penosa e injusta.

Montaigne

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

**a. C** – Antes de Cristo

**ACS** – Agrupamento dos Centros de Saúde

**ADA** – American Diabetes Association

**AVC** - Acidente Vascular Cerebral

**CAD** - Cetoacidose Diabética

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**DAC** – Doença Arterial Coronária

**DALY** - Disability Adjusted Life of Years

**DCCT** – Diabetes Control and Complications Trial

**DCNT** – Doenças Crónicas não Transmissíveis

**DC** – Doença Cardiovascular

**DCV** – Doença Cerebrovascular

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**DM** – Diabetes Mellitus

**DM 1** – Diabetes Mellitus Tipo 1

**DM 2** – Diabetes Mellitus Tipo 2

**DMID** – Diabetes Mellitus Insulinodependente

**DMNID** – Diabetes Mellitus não Insulinodependente

**DMG** – Diabetes Mellitus Gestacional

**DPP** – Diabetes Prevention Program

**DPS** – Diabetes Prevention Study

**EMA** – European Medicines Agency

**ERS** – Entidade Reguladora da Saúde

**EUA** – Estados Unidos da América

**FDA** – Food and Drugs Administration

**GAD** – Ant Descarboxilase do Ácido Glutâmico

**HLA** – Antígeno Leucocitário Humano

**IDF** – International Diabetes Federation.

**IGT** – Impaired Glucose Tolerance

**LADA** – Latent Autoimmune Diabetes in Adults

**ND** – Neuropatia Diabética

**NHS** – National Health System

**OE – Ordem dos Enfermeiros**

**OMS – Organização Mundial de Saúde**

**PA – Pressão Arterial**

**PAI – Processos Assistenciais Integrados**

**RD – Retinopatia Diabética**

**SNS – Serviço Nacional de Saúde**

**SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetes**

**UF – Unidade Funcional**

**UCFD – Unidades Coordenadoras Funcionais de Diabetes**

**UID – Unidades Integradas de Diabetes**

**UKPDS – United Kingdom Prospective Diabetes Study**

**WHO – World Health Organization**

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>I – FASE CONCEITUAL.....</b>	<b>4</b>
1. Problema de Investigação .....	4
i. Domínio da Investigação.....	5
ii. Questões pivô e questão de investigação .....	5
2. Revisão da Literatura .....	6
i. Diabetes Mellitus .....	6
ii. História da Diabetes .....	7
iii. Classificação da Diabetes.....	9
iv. Etiologia .....	9
v. Epidemiologia e Prevalência da Diabetes .....	11
vi. Complicações da Diabetes .....	13
vii. Prevenção da Diabetes.....	16
viii. A importância da consulta de Enfermagem na diabetes.....	17
3. Objetivos de Investigação .....	22
<b>II – FASE METODOLÓGICA .....</b>	<b>23</b>
1. Desenho de Investigação.....	23
i. Tipo de estudo .....	23
ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem .....	23
iii. Variáveis em estudo .....	24
iv. Instrumento de recolha de dados e pré-teste .....	24
v. Tratamento de dados .....	25
2. Salvaguarda dos princípios éticos.....	25
<b>III – FASE EMPÍRICA .....</b>	<b>27</b>
1. Apresentação dos dados.....	27
2. Análise e interpretação dos resultados .....	40
3. Conclusões do estudo.....	45
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>62</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Distribuição gráfica da idade dos inquiridos.....	27
<b>Gráfico 2</b> - Distribuição gráfica do sexo dos inquiridos.....	27
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição gráfica do estado civil dos inquiridos.....	28
<b>Gráfico 4</b> - Distribuição gráfica das habilitações literárias dos inquiridos.....	28
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição gráfica do número de anos em que o inquirido é portador da doença.....	29
<b>Gráfico 6</b> - Distribuição gráfica do tipo de diabetes apresentado pelo respondente .....	29
<b>Gráfico 7</b> - Distribuição gráfica da existência, ou não, de antecedentes familiares de diabetes .....	30
<b>Gráfico 8</b> - Distribuição gráfica da existência de outras complicações de saúde .....	30
<b>Gráfico 9</b> - Distribuição gráfica do tipo de medicação usada para a diabetes pelo inquirido.....	31
<b>Gráfico 10</b> - Distribuição gráfica da existência, ou não, de restrição alimentar.....	31
<b>Gráfico 11</b> - Distribuição gráfica dos alimentos ingeridos em maior ou menor quantidade pelo inquirido.....	32
<b>Gráfico 12</b> - Distribuição gráfica da prática de atividade física pelo inquirido.....	32
<b>Gráfico 13</b> - Distribuição gráfica da frequência com que o inquirido pratica atividade física .....	33
<b>Gráfico 14</b> - Distribuição gráfica da modificação dos hábitos alimentares após diagnóstico da diabetes.....	33
<b>Gráfico 15</b> - Distribuição gráfica da modificação dos hábitos tabágicos após diagnóstico da diabetes .....	34
<b>Gráfico 16</b> - Distribuição gráfica da modificação quanto ao consumo de bebidas alcoólicas após diagnóstico da diabetes.....	34
<b>Gráfico 17</b> - Distribuição gráfica da modificação na prática de exercício físico após diagnóstico da diabetes .....	35
<b>Gráfico 18</b> - Distribuição gráfica da existência no Centro de Saúde de consulta de diabetes .....	35
<b>Gráfico 19</b> - Distribuição gráfica da importância das consultas no Centro de Saúde para o controle da diabetes .....	36
<b>Gráfico 20</b> - Distribuição gráfica da frequência das idas às consultas para controle da diabetes .....	36
<b>Gráfico 21</b> - Distribuição gráfica dos profissionais qualificados que atendem o inquirido nas consultas de diabetes .....	37
<b>Gráfico 22</b> - Distribuição gráfica do profissional que administra os ensinamentos sobre diabetes .....	37
<b>Gráfico 23</b> - Distribuição gráfica da facilidade de acesso ao enfermeiro de família em caso de dúvida.....	38
<b>Gráfico 24</b> - Distribuição gráfica das dúvidas do inquirido são devidamente esclarecidas .....	38
<b>Gráfico 25</b> - Distribuição gráfica sobre a mudança ou não de comportamentos resultantes dos ensinamentos efetuados pelos enfermeiros sobre a diabetes.....	39
<b>Gráfico 26</b> - Distribuição gráfica da contribuição dos ensinamentos para uma melhor gestão da doença.....	39
<b>Gráfico 27</b> - Distribuição gráfica da importância do Enfermeiro de Família fazer visitas domiciliárias.....	40

## Introdução

A investigação é um método rigoroso de aquisição de novos conhecimentos, requerendo, para o efeito, uma pesquisa metódica e acurada sobre um determinado tema. Trata-se de um procedimento sistemático que visa ora a validação de saberes já consolidados, ora a produção de novos saberes que, direta ou indiretamente, influirão sobre as práticas numa determinada área e que pode, no seu decurso, tal como a questão de partida, ser reformulada. Quivy & Campenhout (2008) entendem a investigação como a procura de algo, um trajeto para novas aquisições, devendo ser aceite com todos os desvios e dúvidas que possa implicar.

Por seu turno, Fortin (2009) reforça a ideia de que ao levar-se a cabo um projeto de investigação é imprescindível que o investigador esteja ciente da importância e contributo do mesmo para a aquisição de novas competências, só assim sendo meritória a sua persecução.

Assim, pretende-se, com o presente trabalho, que integra o plano de estudos do 4º ano do Curso de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde, efetuar um projeto sobre a importância do ensino no tratamento da Diabetes Mellitus (DM) e saber qual a perceção que os utentes têm da importância das consultas de enfermagem para o controlo da mesma e para a melhoria da qualidade de vida e de saúde dos doentes.

Na verdade, nos dias de hoje, a DM encontra-se entre as doenças crónicas não transmissíveis (DCNT), sendo considerada um problema de saúde pública fruto das proporções epidémicas que assume. Trata-se, portanto, dum grande desafio para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e para toda a sociedade, já que são elevados os custos financeiros que acarreta para o seu controlo e prevenção (ADA, 2008).

A terapêutica para a DM tem por finalidade o controlo metabólico – controlo glicémico e controlo da pressão arterial (PA) e dos lípidos plasmáticos (colesterol e triglicéridos) (ADA, 2011) tanto através de terapia não medicamentosa como medicamentosa. A primeira remete para mudanças comportamentais que passam pela adoção de um regime alimentar saudável e pela prática de atividade física, enquanto que a segunda se refere ao uso de medicação ajustada à necessidade do doente (Lerman,

2005)). A existência de consultas de enfermagem, enquanto elemento facilitador de comportamentos saudáveis e de adesão às terapêuticas prescritas, pode ser crucial para o doente com DM, nomeadamente nas suas práticas quotidianas no combate a esta doença.

Assim, pretende-se aferir se as consultas de enfermagem contribuem efetivamente para um maior bem-estar do paciente e concorrem para a adoção de hábitos saudáveis e se, eventualmente, são em número suficiente ou, por outro lado, se ainda é necessária a existência duma rede mais alargada de prestadores deste tipo de serviço nos organismos de saúde públicos.

É importante existir uma consciência efetiva de que o profissional de enfermagem pode contribuir positivamente para o decréscimo e controlo desta patologia, reforçando a necessidade do doente se vigiar adequadamente, tanto no respeitante à toma de medicação como no concernente à adoção de algumas práticas com regularidade, que contribuirão para um melhor controlo da doença.

O presente trabalho de investigação encontra-se dividido em três partes: fase concetual, fase metodológica e fase empírica, além da introdução e conclusão. Relativamente à metodologia utilizada, recorreu-se ao método descritivo, tendo os dados sido obtidos através de questionário e trabalhados com recurso ao programa informático Excel.

Optou-se pelo questionário visto ser um instrumento de recolha de dados de análise simples, por fornecer perguntas de resposta fechada, sem lugar para respostas dúbias. Assim, não se registaram quaisquer obstáculos no seu preenchimento, pelo que todos foram considerados na análise. Após entrega dos mesmos, a população da amostra dispôs do tempo necessário para uma leitura atenta e para poder responder sem sobressaltos (a colheita dos dados teve lugar entre outubro e novembro de 2016).

Pretendeu-se, com a utilização do programa supracitado, proceder à elaboração de quadros e de gráficos que permitissem uma leitura e interpretação claras dos resultados obtidos.

Quanto aos resultados, é possível dizer que, na sua generalidade, os inquiridos apresentavam uma percepção bastante positiva quanto ao papel dos ensinamentos de enfermagem tanto para a toma da medicação como para o controlo da sua doença e o seu

bem-estar geral, enfatizando a função do enfermeiro não apenas como profissional de saúde mas ainda como educador e promotor de hábitos de vida mais saudáveis.

## **I – Fase Concetual**

Fortin (2009) refere-se à fase concetual enquanto processo ordenado de articulação e documentação de conceitos com o intuito de se obter informação precisa e clara sobre o objeto em análise, pelo que esta requer bastante tempo e uma pesquisa detalhada.

É neste momento que cabe ao investigador a seleção do tema e o formular do problema de investigação ou da questão de partida que, de acordo com Quivy & Campenhoudt (2008), deve considerar três aspetos: clareza, exequibilidade e pertinência. Como já anteriormente dito, trata-se um guia orientador que pode, no decurso da investigação, ser alvo de variações. A questão de partida permite que o investigador se exprima com mais precisão e acurácia sobre o tema a trabalhar.

Definido o problema de investigação, cabe ao investigador legitimar a(s) sua(s) tese(s), o que remete para a fundamentação teórica, entendida por Quivy & Campenhoudt (2008) como fase exploratória. A fundamentação teórica será, portanto, o garante da qualidade da problematização, permitindo precisar os conceitos e realçar qualquer desvio que possa surgir (Fortin, 2009).

### **1. Problema de Investigação**

Para Fortin (2009) a investigação científica é um processo rigoroso e sistemático que visa a aquisição de novos conhecimentos de forma a dar resposta a questões pertinentes e passíveis de ser investigadas, tendo início com a escolha do tema.

Fortin (2009) prossegue referindo que esta escolha tanto pode resultar da revisão da literatura como de um conceito ou da verificação de algum desvio relativo ao domínio em apreço.

A escolha do tema deste projeto “Perceção sobre a importância dos ensinamentos de Enfermagem na prevenção de complicações relacionadas com a Diabetes” resulta da experiência enquanto estagiário no âmbito da saúde comunitária, que fez compreender o quão importante esta é para o bem-estar e do doente já que influi direta e

imediatamente no seu comportamento e, conseqüentemente, na melhoria do seu estado geral de saúde.

### **i. Domínio da Investigação**

A presente investigação tem como objeto de estudo a diabetes e suas complicações bem como o modo de a mesma ser gerida de forma conveniente através do recurso ao médico de família e às consultas de enfermagem.

### **ii. Questões pivô e questão de investigação**

Fortin (2009) refere-se ao problema de investigação enquanto desvio ou necessidade de melhoria ou de modificação de algo já existente, a que é preciso dar resposta. Para a autora, a formulação do problema passa por um enriquecimento das ideias e conceitos existentes e pelo seu reforço ou negação, encontrando-se expresso sob a forma de uma interrogação explícita que visa a obtenção de informação nova. Trata-se de uma etapa fundamental de todo o processo investigacional edificada no centro da fase concetual.

Na mesma senda, Lakatos & Marconi (2008), referem que a formulação da pergunta de partida deve permitir esclarecer as dificuldades com que o investigador se depara no decurso da sua pesquisa.

Portanto, entendemos ser pertinente definir, a seguinte como questão pivô:

- Qual a percepção que os utentes têm sobre a importância dos ensinamentos de Enfermagem no controle da Diabetes?

As questões de investigação são as seguintes:

- Será que os utentes frequentam regularmente as consultas de enfermagem no Centro de Saúde?

- Será que os utentes percebem que os ensinamentos efetuados na consulta de enfermagem contribuem para a mudança do seu comportamento (no que se relaciona com a alimentação, exercício físico, hábitos tabágicos e prevenção do pé diabético)?
- Será que os utentes percebem que os ensinamentos de enfermagem contribuem para um melhor controlo da diabetes?
- Será que os utentes consideram que a visita domiciliária seria uma mais-valia para a gestão da sua doença?

## **2. Revisão da Literatura**

Inclui-se, neste ponto da investigação, todos os conceitos considerados pertinentes para melhor compreender a temática em análise.

### **i. Diabetes Mellitus**

A DM é uma alteração crónica caracterizada por uma anomalia no metabolismo dos hidratos de carbono, das gorduras e das proteínas e pelo desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, englobando um conjunto de problemas quer anatómicos quer químicos – insuficiência absoluta ou relativa de insulina e intolerância à glucose (Phipps et al, 2009).

Brunner & Suddarth (2011) referem-se-lhe como um conjunto de distúrbios caracterizados por elevados níveis de glicemia formada no fígado após metabolização dos alimentos ingeridos.

O pâncreas, produtor da insulina, hormona que controla o nível de glicemia e regula a produção e armazenamento de glucose, na DM pode encontrar-se parcial ou totalmente impossibilitado de a produzir o que, a médio ou longo prazo, acarreta sérios problemas para o indivíduo.

## ii. História da Diabetes

A DM é uma patologia tão antiga quanto a humanidade. O papiro de Ebers, datado de 1500 a.C., refere como principais manifestações clínicas desta uma micção frequente e abundante, a sede incontável e o emagrecimento acentuado. O termo diabetes, que significa “passar através de”, surge no período romano, pela mão de Aretaeus, para se referir à diurese excessiva. Já no século VI, alguns médicos hindus também se lhe referiam, mas só em 1869, graças a Langerhans, foram identificados os conjuntos de células do tecido pancreático, denominadas ilhotas celulares. Pouco depois, em 1889, em pesquisas levadas a cabo, Joseph von Mering e Oskar Minkowski, da Universidade de Strasbourg, verificaram que a remoção do pâncreas nos cães provocava sintomatologia semelhante à da diabetes.

Georg Zuelzer, cientista alemão, desenvolve, em 1908, o primeiro extrato pancreático injetável passível de eliminar a glicosúria embora, em resultado dos efeitos adversos, esta terapêutica não se tenha cimentado (Arduino, 1973).

Elliot P. Joslin, diabetologista americano dá o seu contributo, à época, definindo a diabetes enquanto doença crónica e não-contagiosa passível de ser tratada a longo prazo.

Em 1921, Banting e Charles Best, do laboratório JJR MacLeod, descobriram e isolaram a insulina, constituindo esta descoberta um grande avanço para o tratamento e sobrevivência dos pacientes. (King, 2003).

O acontecimento mais importante foi, todavia, o acordo estabelecido com o Eli Lilly and Company of Indiana para a industrialização e a comercialização de insulina em larga escala.

Embora a primeira insulina no mercado, designada insulina regular ou “R” pelo seu efeito a curto prazo, exigisse três ou quatro aplicações diárias, mudou consideravelmente a expectativa de vida dos doentes sendo que a fase pré-insulina passou, em média, de 2,6 para 6 anos, melhorando com a evolução da terapêutica (Brostoff, J. & Keen, H, 2007). Em 1926, John Jacob Abel, do Johns Hopkins Hospital, cristalizou a insulina, sendo esta reconhecida como hormona proteica (Murnaghan J. & Talalay P., 1967).

Embora apresentasse algumas complicações como manifestações alérgicas locais e resistência imunológica, em inícios da década de 1950, foi lançada, na Dinamarca, a insulina lenta que, durante vinte anos, suprimiu o mercado mundial no tratamento da DM.

Em 1973, ficou disponível, para os utentes, um novo preparado de insulina livre de peptídios imunogénicos, designada insulina monocomponente (Sonksen, 1977).

O advento da biologia molecular deu lugar à era da insulina biossintética humana, de absorção mais rápida, usada até aos nossos dias e no final da década de 1990, a indústria farmacêutica *Eli Lilly Company* sintetizou a insulina de ação ultrarrápida – lispro – quimicamente assente na inversão de posições dos aminoácidos prolina (B28) e lisina (B29) na cadeia B da insulina humana, permitindo acelerar a absorção graças à formação de hexâmeros que se dissociam rapidamente.

Em 2000, outro análogo de insulina, de ação prolongada – a glargina – foi aprovado pela *Food and Drugs Administration* (FDA) e pela *European Medicines Agency* (EMA) para uso em doentes portadores de diabetes tipos 1 e 2, tendo vários ensaios clínicos demonstrado que a glargina, embora de efeito mais lento no início, é mais estável e apresenta picos pouco pronunciados (Hirsch, 2005).

Mais recentemente, foi aprovada pelas mesmas agências reguladoras a insulina detemir, sintetizada a partir do ácido mirístico na posição B29 da insulina humana, onde se posiciona a lisina, e da remoção da treonina na posição B30 (Robertson et. al., 2007).

Pode, então, verificar-se que nos 85 anos que sucedem à descoberta da insulina, se registaram avanços significativos na insulino-terapia entre os quais a purificação da insulina animal, a sua substituição pela insulina humana sintética e a síntese de análogos de insulina de ação rápida e prolongada, contribuindo significativamente para melhores resultados no controlo metabólico e para uma melhor qualidade de vida do portador de DM.

### **iii. Classificação da Diabetes**

A DM é um grupo de distúrbios metabólicos, fruto de falhas na ação e/ou secreção de insulina, que tem a hiperglicemia em comum.

Phipps et al (2009) dividem-na em insulínica dependente (DMID) e não insulínica dependente (DMNID), necessitando o indivíduo, maioritariamente jovem, no primeiro caso, de insulina para sobreviver, tal não se verificando no segundo, onde à DM estão associados fatores como a hereditariedade e a obesidade e os pacientes apresentam idade geralmente superior a 40 anos.

Atualmente, a sua classificação assenta na etiologia e não no tipo de tratamento. Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 1999) inclui quatro categorias clínicas: DM1, DM2, outros tipos específicos de DM - associados a distúrbios pancreáticos, doenças endócrinas, medicamentos e síndromas genéticos e DM gestacional (DMG), tendo esta última lugar durante a gravidez. Existem ainda duas outras classes, designadas por pré-diabetes e que se referem a níveis alterados de glicemia em jejum e à diminuição da tolerância à glicose (IGT) que constituem fatores de risco para o surgimento de DM e de doença cardiovascular (DC).

### **iv. Etiologia**

#### **Diabetes Mellitus Tipo 1**

A DM1, presente até 10% dos casos, resulta da destruição das células pancreáticas beta, geralmente mediadas por autoimunidade, resultante de deficiência insulínica, embora em algumas situações não se verifique o processo autoimune, referindo-se-lhe, então, como forma idiopática.

Os anticorpos anti-insulina, antidescarboxilase do ácido glutâmico (GAD 65), antitirosinafosfatases (IA2 e IA2B) e antitransportador de zinco são os marcadores da autoimunidade (Gorus, F. et. al,1997). Estes anticorpos podem encontrar-se já no organismo anteriormente ao diagnóstico da DM, isto é, ainda numa fase pré-diabética. A DM apresenta, além do elemento autoimune, na DM1 forte conexão com alguns genes do

sistema antígeno leucocitário humano (HLA) que podem despoletar tanto o surgimento como a proteção contra a patologia. Embora variável, é nas crianças que o grau de destruição das células beta se manifesta mais velozmente, ocorrendo nos adultos uma progressão mais lenta, designada por diabetes autoimune latente do adulto –*latent autoimmune diabetes in adults (LADA)*.

A DM1 idiopática refere-se a um reduzido número de casos, sendo caracterizada pela ausência de marcadores de autoimunidade face às células beta e não associação a haplótipos do sistema HLA, podendo os sujeitos desenvolver cetoacidose e apresentar deficiências em insulina variáveis (Erlich et. al., 2008).

### **Diabetes Mellitus Tipo 2**

A DM2, forma mais frequente de diabetes, está presente entre 90 a 95% dos casos e resulta de falhas na secreção e ação da insulina, podendo predominar aquando da manifestação da hiperglicemia. Está muitas vezes associada a indivíduos obesos, em especial aqueles que apresentam gordura abdominal, a hipertensos e a portadores de dislipidemia. Normalmente, é uma doença silenciosa, sendo, na generalidade dos casos, diagnosticada através de exames de rotina ou quando, por outros motivos, os sujeitos são hospitalizados (DGS, 2011).

### **Outros Tipos Específicos de Diabetes Mellitus**

Trata-se de formas de DM menos frequentes mas com causadores bem identificados, designadamente defeitos genéticos na função das células beta, na ação da insulina, doenças pancreáticas, entre outras.

### **Diabetes Mellitus Gestacional**

A DMG refere-se a uma intolerância à glicose com início no período gestacional de magnitude variável.

Tal como a DM2, a DMG associa-se quer à resistência a insulina quer à diminuição da função das células beta (Kaulzky-Willer A, et al., 1997), 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 para a tolerância normal após a gestação, é conveniente reavaliar este tipo de pacientes no pós-parto (4 a 6 semanas depois) quanto aos níveis de glicemia em jejum e à tolerância à glicose já que pode existir risco de se desenvolver DM2 entre 5 a 16 anos após parto (Jarvela, I. et al., 2006).

#### **v. Epidemiologia e Prevalência da Diabetes**

Segundo Phipps et al (2009), a DM é preocupante já que por cada pessoa declarada haverá, segundo o autor, outra não diagnosticada, sendo bastante prevalente entre indivíduos com 65 anos ou mais (Brunner, 2011).

Estima-se que, atualmente, existam 382 milhões de pessoas afetadas em todo o mundo podendo, em 2035, chegar aos 471 milhões. A maior parte das pessoas afetadas (aproximadamente 80%) reside em países desenvolvidos, verificando-se uma preocupação emergente com as faixas etárias mais jovens (IDF, 2013). Este aumento significativo do número de casos prende-se como o envelhecimento populacional e a prevalência do sedentarismo e consequente obesidade além duma mais elevada sobrevivência dos doentes (WHO, 2002).

Registam-se diferenças significativas na prevalência de DM entre diversos países e grupos étnicos. Nauru, na Oceânia e índios Piman, no Arizona (EUA) apresentam as taxas mais elevadas de DM, com quase metade da população a sofrer desta (Ekoe J. et al., 2008). Há ainda outros aspetos a considerar, como as repercussões das mudanças de hábitos alimentares em emigrantes em períodos de tempo muito reduzidos, com possível interação com a suscetibilidade genética dos indivíduos (Gimeno, S., et al, 2000), situação de difícil controlo porquanto o seguimento destes pacientes deve ser feito com regularidade e ao longo dos anos, o que, no caso dos migrantes, nem sempre é possível.

A morte do paciente pode, do mesmo modo, desvirtuar a incidência de DM nas populações já que as declarações de óbito normalmente registam as complicações cardiovasculares e cerebrovasculares como causas da morte e não a DM em si.

Não obstante, estima-se que no dealbar do século XXI 5,2% das mortes tenham decorrido da diabetes, o que a torna na 5ª causa de morte a nível mundial e uma enorme perda para a sociedade por se tratar de indivíduos ainda em idade ativa (Roglic, G., et al., 2005).

Uma análise ao impacto da DM na mortalidade e nos problemas de saúde que atingem os seus portadores através do *Disability Adjusted Life of Years* (DALY) permitiu verificar que esta, em 1999, apresentava taxas de 12 por 1000 habitantes, sendo apenas ultrapassada pelas doenças infecciosas, neuropsiquiátricas, respiratórias, cardiovasculares e pelas neoplasias (Schramm, J. et al., 2004).

Por outro lado, as complicações que a DM acarreta e a sua natureza crónica constitui um custo elevado tanto para os portadores como para o Estado (WHO, 2002). Estima-se que, para os EUA, os custos com doentes portadores de DM sejam três vezes superiores aos daqueles que não a apresentam (Bahia, L., et al, 2011). Entre os seus custos contam-se a carga financeira – muitos indivíduos com diabetes não são capazes de continuar a trabalhar em resultado de complicações crónicas ou apresentam limitações no seu desempenho profissional – a diminuição da qualidade de vida, a ansiedade e mesmo a estabilidade emocional dos familiares mais próximos. Embora a estimativa do custo social da perda de produtividade seja uma tarefa difícil, em 2012, para os EUA, são apontados custos diretos de 176 bilhões de dólares no tratamento da DM e de 69 bilhões de dólares na perda de produtividade (ADA, 2013).

### **Prevalência da Diabetes em Portugal**

Em 2013, a prevalência da DM na população portuguesa entre os 20 e os 79 anos de idade – 7,8 milhões de habitantes – foi de 13,0%, pelo que mais de um milhão de indivíduos apresentavam a patologia, em parte fruto do envelhecimento populacional, tendo-se agravado em 11% no período entre 2009-2013. Verifica-se, também, uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da DM entre os homens (15,6%) e

as mulheres (10,7%) e com a idade, sendo que 25% das pessoas entre os 60 e os 79 anos eram portadores (Despacho nº 3052/2013).

É ainda possível verificar que, todos os anos, se regista um crescimento acentuado no número de novos casos. Registe-se que o número de internamentos nos hospitais do SNS de portadores de DM apresenta uma tendência de crescimento nos últimos cinco anos, isto é, mais 10% de casos. Mesmo nos casos em que ainda não se pode falar em DM, a existência de um elevado nível de glicose no sangue resulta em lesões tecidulares, designadamente ao nível dos rins, dos olhos, dos nervos periféricos e do sistema vascular.

Em 2012, a DM representou um custo de 1977 milhões de euros, significando 12% da Despesa da Saúde em Portugal, muito embora grande parte das complicações associadas à diabetes possam evitar-se diagnosticando-a precocemente, controlando os níveis de glicemia e aplicando medidas que permitem agir sobre os fatores de risco das suas complicações. (SPD, 2013).

De facto, a DM, na maioria dos países desenvolvidos, constitui uma das principais causas de morte, resultado de doença coronária e de acidente vascular cerebral (AVC) ou, no caso de sobrevivência, de cegueira, insuficiência renal e amputação de membros inferiores.

As crianças são mais sensíveis à insuficiência insulínica pelo que a ocorrência de hipoglicemias graves ou de hiperglicemia crónica pode levar a um maior número de internamentos hospitalares.

## vi. Complicações da Diabetes

As complicações da diabetes podem ser classificadas em micro e macrovasculares e neuropáticas e envolvem a interação entre fatores metabólicos e genéticos. O seu rastreio deve ser feito anualmente e 5 anos após a doença ou puberdade em portadores de DM1 (SBD, 2007).

- **Nefropatia Diabética** – Em muitos países, a diabetes é a maior causa de doença renal. Entre 20% a 30% dos portadores de DM1 ou DM2 desenvolvem nefropatia que evolui para diferentes estádios, sendo a taxa de excreção urinária de albumina

usada para a sua classificação. A presença de microalbumina define a fase inicial e de macroalbumina o seu estágio clínico (ADA, 2007).

- **Neuropatia Diabética (ND)** – Trata-se de uma perturbação neurológica clinicamente evidente ou avaliada através de métodos complementares nos doentes portadores de diabetes quando todas as outras causas se encontram excluídas. Entre os seus sintomas contam-se a dormência, sensação de ardor, parastésias, distésia, destruição da função motora, reflexos tendinosos, ataxia sensitiva, sinais que afetam a qualidade de vida do paciente. Por seu turno, quando se regista perda da sensibilidade térmica podem ocorrer úlceras e deformidades que podem levar à amputação dos membros inferiores. Já a neuropatia autonómica pode afetar os sistemas genitourinário, gastrointestinal e cardiovascular traduzida em hipotensão ortostática e impotência sexual. A hiperglicemia persistente, que diminui o aporte de oxigénio e de nutrientes, é um dos fatores que contribui para o seu surgimento. Segundo Cecil (2005), a ND afeta cerca de 50% dos portadores de diabetes, sendo incapacitante quando afeta o sistema nervoso autónomo. Harrison (2007) classifica a neuropatia diabética periférica de acordo com nervos atingidos, podendo ser:
  - **Difusa** – quando atinge várias partes do corpo e nervos. Atingindo as extremidades, estamos perante polineuropatia periférica somática, quando são atingidos o sistema nervoso simpático, o coração, a bexiga, o aparelho digestivo, entre outros, perante polineuropatia periférica anatómica.
  - **Focal** – quando atinge um nervo específico (ocorre maioritariamente em pacientes idosos).
- **Retinopatia Diabética (RD)** – É a causa principal de cegueira em idosos, sendo observada em 90% dos doentes com DM1 e 60% com DM2 após 20 anos de deteção da doença. O seu rastreio deve ser periódico já que esta evolui assintomaticamente e a sua deteção precocemente permite que se evite a perda de capacidade visual. Também o glaucoma e a existência prematura de cataratas podem dever-se à doença, estas últimas em resultado do grau de hiperglicemia apresentado (SBD, 2007).
- **Pé Diabético** – A OMS (2012) define pé diabético como infeção, ulceração ou destruição dos tecidos da camada profunda dos pés fruto de desvios neurológicos

e do grau da doença vascular periférica em pacientes com DM. Logo, pode classificar-se como pé neuropático ou isquêmico. É, pois, importante que qualquer lesão que o pé do portador de DM apresente seja acompanhada por equipes multidisciplinares. O tratamento das lesões é prolongado e requer curativos frequentes e uma boa educação do doente para evitar a ocorrência de novas lesões. A avaliação dos pés nos portadores de DM deve incluir uma inspeção quanto à textura, hidratação e coloração da pele, existência de hiperqueratose, micose ou onicomicose e deformidades como joanetes, calosidades, etc. Deve ainda analisar-se a temperatura cutânea e fazer-se um exame neurológico que passa pela avaliação da sensibilidade tátil e térmica, entre outras. Diariamente, o paciente ou alguém próximo deve analisar o pé devendo, do mesmo modo, o primeiro usar calçado adequado para prevenção de lesões. Correia e Boavida (2012) consideram a complicação do pé diabético como responsável pelo maior número de camas ocupadas nos hospitais e Figuerola (2003) refere-se-lhe como causa de frequente morbidade, incapacidade e mortalidade, apontando como fatores que estão na sua origem a neuropatia, as alterações vasculares e os processos infecciosos. Outros estudos referem a idade avançada, o tipo e altura do diagnóstico do DM, o controle metabólico inadequado, o tabagismo, o alcoolismo, a obesidade e a hipertensão arterial (Boell et al., 2014).

- **Doença Cardiovascular (DC) e Doença Arterial Coronária (DAC)** – A DC é mais precoce e grave em doentes com DM, acreditando-se que já 12 anos antes da manifestação da diabetes possa ocorrer risco cardiovascular. Relativamente à DAC, esta é mais extensa e grave em diabéticos, com predominância no sexo feminino (Lundberg et al., 1997). A diabetes também concorre para um maior risco de complicações e morte após evento cardiovascular (Fox et al., 2004).
- **Doença cerebrovascular (DCV)** - A diabetes potencia a ocorrência de morte por DCV tanto em doentes portadores de DM1 como de DM2.
- **Cetoacidose Diabética (CAD)** – A CAD ocorre por omissão da dose de insulina ou pela existência de infeções e traumas cardiovasculares, podendo mesmo ser a primeira manifestação da DM1. Resulta da redução de insulina e do incremento do glucagon, do cortisol e das catecolaminas que, em consequência, aumentam a lipólise, libertando ácidos gordos no fígado oxidados em corpos cetónicos. Normalmente, encontra-se associada a situações de infeção grave e caracteriza-se

por desidratação, acidose metabólica e hiperglicemia. Pode requerer internamento hospitalar, monitorização e administração de insulino-terapia intravenosa (SBD, 2007).

- **Estado Hiperosmolar Hiperglicémico** – Mais frequente na DM2 e com taxa de mortalidade de 15%, trata-se de uma complicação resultante de hiperglicemia acentuada, desidratação e hiperosmolaridade plasmática resultando de infecções ou de outras condições como AVCs, intoxicações, etc.
- **Hipoglicemia** – Estado recorrente em pacientes que usam insulina, podendo ser tanto assintomática como conferir sensação de fome, confusão mental, alterações visuais, tremores, cefaleias e mesmo causar o coma e a morte. Se prolongada, pode igualmente levar a lesões cerebrais irreversíveis. Entre os fatores que a despoletam contam-se o atraso nas refeições, a excessiva utilização de insulina, a insuficiência renal e adrenal e a disfunção tiroideiana.

### vii. Prevenção da Diabetes

Uma prevenção efetiva da DM significa estar mais atento à saúde por parte do indivíduo. Pode falar-se em prevenção primária e em prevenção secundária. A primeira, ocorrendo antes do seu início, protege os indivíduos passíveis de desenvolverem DM, reduzindo a sua prevalência. Por sua vez, a segunda foca-se na prevenção de complicações crónicas ou agudas.

Acredita-se que a prevenção da DM1 requer ainda maior fundamentação teórica, aceitando-se, contudo, que o recurso ao leite materno e a não administração de leite de vaca nos três primeiros meses de vida pode ser vantajosos (Ekoé, J. et al., 2008). Já relativamente à DM2, onde os sujeitos apresentam hipertensão arterial, obesidade e dislipidemia, as intervenções devem considerar todo esse conjunto de fatores, o que impedirá ou atrasará o surgimento de patologias cardiovasculares e, conseqüentemente, diminuirá a taxa de mortalidade (WHO, 2002).

Algumas evidências demonstram que uma melhoria no estilo de vida, passando por uma alimentação mais saudável e pela atividade física, pode diminuir a prevalência da DM2. Por conseguinte, os programas de prevenção primária da DM2 assentam, desde

logo, no combate ao excesso de peso, sobretudo em indivíduos que apresentam menor tolerância à lactose.

O estudo *Diabetes Prevention Study* (DPS) (Barceló, A., et al., 2003) finlandês permite concluir que uma diminuição de peso entre 3 a 4 kg é suficiente para reduzir a incidência de DM em 58% em quatro anos (Tuomilehto, J. et al., 2001). Os mesmos resultados são apresentados pelo *Diabetes Prevention Program* (DPP) que ostentou uma redução de 58% na incidência de casos de DM face à implementação de uma dieta saudável e da prática de exercício físico, intervenção mais eficaz que o uso de metformina (DPP, 2002).

No concernente à prevenção secundária, o *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT) refere existirem evidências significativas de que o controlo metabólico é importante para o impedimento de complicações crónicas e de progressão da DM1 (DCCT, 1993) e o *United Kingdom Prospective Diabetes Study* (UKPDS) para a prevenção da DM2 (UKPDS, 1999).

Outras medidas de prevenção secundária a adotar referem-se ao tratamento da hipertensão arterial e da dislipidemia, que diminui significativamente o risco de complicações do DM, à prevenção de úlceras nos membros inferiores através de cuidados específicos, que reduzirão a frequência e duração de hospitalizações bem como a incidência de amputações em 50%, ao rastreamento precoce de retinopatia e da microalbuminúria, este último para prevenir ou adiar a evolução da insuficiência renal, e à redução do consumo de tabaco associado à hipertensão e à DM (WHO, 2002).

#### **viii. A importância da consulta de Enfermagem na diabetes**

A DM 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, H., 1976).

O objetivo primordial é intervir, desde logo, na minimização dos fatores de risco que possam despoletar a DM – genéticos, relacionados com o estilo de vida e com o

envelhecimento natural dos indivíduos. Embora o historial familiar exerça grande influência no desenvolvimento da DM, em especial da DM2, é preocupante o grau de influência que os aspetos relacionados com o estilo de vida apresentam para o desenvolvimento da doença (ADA, 2002).

Assim, a intervenção dos enfermeiros, nesta primeira fase, consistirá sobretudo na avaliação dos fatores de risco e dos aspetos relacionados com a vulnerabilidade do indivíduo. O enfermeiro deve focar-se no ambiente em que o indivíduo está inserido e identificar quais os fatores e a sua etiologia de modo a intervir de forma sistematizada e conduzir a uma possível mudança. A sua minimização assenta, sobretudo, numa intervenção a nível alimentar e da atividade física, isto é, através da adoção de uma alimentação equilibrada e da prática regular de exercício físico que beneficiarão o controlo do peso, da pressão arterial e dos níveis de glicemia e de cortisol. É fundamental que o enfermeiro intervenha em relação à educação para a saúde e à adoção de estilos de vida mais saudáveis.

Assal et al (1985), numa revisão da literatura sobre a educação de portadores de diabetes, destacaram a complexidade do processo. Relativamente à educação em saúde, o enfermeiro encontrar-se-á na posição de facilitador do conhecimento a ser adquirido pela pessoa a partir do que esta identifica como imprescindível, já a modulação de comportamentos será influenciada por aspetos extrínsecos como crenças e valores, o grau de controlo da própria pessoa, a rede de apoio de que esta dispõe, o nível de empoderamento sobre o seu processo de saúde e a própria autonomia e funcionalidade desta. Por conseguinte, cabe ao enfermeiro aferir sobre o grau de influência destes aspetos no indivíduo e, a partir daí, servir-se de ferramentas cognitivo-comportamentais adequadas para os minimizar, para reverter hábitos prejudiciais. Logo, fica claro que, além do conhecimento do profissional quanto à patologia e sua etiologia, o enfermeiro deve ainda dominar outros aspetos para que a sua intervenção seja eficaz (William, G et al., 2004).

Se para determinados doentes portadores de DM uma intervenção não farmacológica, como a prática de exercício físico, a terapia nutricional, a monitorização e a educação é suficiente para manter o controlo glicémico, grande parte dos casos requer a administração de antidiabéticos orais e de insulina que, com a progressão da doença, é preciso ajustar e dosear. Uma vez que os pacientes são, geralmente, tratados em

ambulatório, uma parte considerável dos atendimentos é feita por enfermeiros. Assim, durante a consulta de enfermagem é imprescindível que estes profissionais avaliem as informações que o doente apresenta tanto relativamente ao plano alimentar como à sua prática de atividade física e ao esquema terapêutico, comparando-as sempre com os resultados laboratoriais (Anderson, R., 1998).

O enfermeiro deve informar o doente sobre a eficácia dos medicamentos que este toma e de possíveis efeitos dos mesmos no decurso do tratamento, além de o aconselhar quanto a ajustamentos que este possa ter de fazer. O enfermeiro deve consciencializar o doente do seu próprio papel no controlo glicémico de modo a diminuir a frequência dos internamentos hospitalares as complicações quer crónicas quer agudas, logo melhorando a sua qualidade de vida e diminuindo as taxas de mortalidade provocada por doenças cerebrovasculares. (WHO, 2002).

Uma vez que o enfermeiro deve intervir como agente integrante de toda a equipa interdisciplinar em saúde, deve desempenhar diferentes funções quando ao tratar diretamente com portadores de DM. Assim, é importante que a sua função de educador, como já referido, não seja descurada, oferecendo as ferramentas necessárias para o utente adquirir as competências e os conhecimentos imprescindíveis para o tratamento da sua patologia, evitando, assim, uma progressão precoce e contribuindo para o seu bem-estar (ADA, 2009).

Logo, as consultas atualmente existentes nos Centros de Saúde podem servir de espaço para a promoção de estratégias educativas personalizadas e para o estabelecimento de orientações práticas específicas para cada caso. Outras formas de atuação passam pela implementação de ações informativas grupais onde cada paciente possa dar o seu contributo e apresentar as suas preocupações.

Uma vez que os tratamentos da DM acarretam custos elevados para o SNS, esta intervenção dos profissionais de enfermagem concorrerá para que não haja desperdício de verbas e para tornar mais funcional o dia-a-dia destes doentes.

Em Portugal, nos últimos 30 anos, ocorreram melhorias significativas no SNS (George, 2014) graças à intenção subjacente de garantir a universalidade da sua instituição para o que concorreu o aumento dos recursos humanos a nível de enfermeiros

que passaram de 28000 para 44000 entre a década de 90 do século passado e 2004 (Campos, 2008) levando ao aumento destes profissionais de saúde nos cuidados de saúde primários.

Sendo o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, visando a sua promoção, a prevenção da doença e a interligação com outros serviços (Decreto-Lei nº 28/2008) é conferida às USF autonomia administrativa, passando a ser distribuídas por zonas geográficas específicas para maior comodidade das populações.

O surgimento de novos modelos de cuidados possibilitou o aparecimento de um profissional que se dedica à promoção da capacitação e implicação das famílias nos processos de cuidados dos cidadãos – o enfermeiro de família. Esta figura nasceu na Conferência Ministerial da OMS em 2000, com a Declaração de Munique (OE, 2000) para dar resposta ao sistema familiar como um todo, centrando-se as suas intervenções nos processos de mudança subjacentes às transições das pessoas ao longo do seu percurso de vida.

O Decreto-Lei nº 118/2014 de 5 de agosto estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família e clarifica o seu perfil de competências, permitindo-lhe participar nos processos de tomada de decisão, como gestor e coordenador de recursos que potenciem as capacidades da família para a gestão da sua saúde.

Segundo Ferreira (2010), o enfermeiro de família é, indubitavelmente, uma mais-valia para as populações graças às relações de proximidade e de confiança nos cuidados prestados às mesmas.

No seguimento das estratégias nacionais para melhor qualidade na saúde, a Direção Geral da Saúde (DGS), inicia a publicação de Processos Assistenciais Integrados (PAI), visando proporcionar uma mudança organizacional, baseada no envolvimento de todos os profissionais implicados na prestação de cuidados e colocando o cidadão no centro do sistema, através de uma abordagem multidisciplinar, integral e integrada (DGS, 2013).

No concernente ao portador de DM2, a DGS apresentou, em 2013, dados relativos ao Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2, com vista a elevar a

qualidade de vida dos cidadãos. Para lhe dar seguimento, é criado o Despacho nº 3052/2013 de 26 de fevereiro que estabelece a criação das Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabetes (UCFD) bem como a criação de consultas autónomas de diabetes nos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACS) e de Unidades Integradas de Diabetes (UID) nos hospitais pretendendo-se, desta forma, melhorar as medidas de prevenção e controlo da diabetes, através da articulação de equipas multidisciplinares com especial enfoque para as de cariz local. Este despacho estabelece que estas consultas devem ter presentes todos os recursos indispensáveis para uma boa gestão da doença; organizarem-se de forma a possuírem uma vertente tanto de monitorização e acompanhamento como educativa; ser compostas por equipas multidisciplinares – médico, enfermeiro e, quando possível, psicólogo, assistente social e pedologista e ter periodicidade regular, devendo ser estipuladas de acordo com as necessidades de cada doente e as suas práticas refletir os resultados de outputs e outcomes sensíveis aos cuidados de enfermagem (Ramos, 2012).

Assim, cabe ao enfermeiro coadjuvar na gestão do regime terapêutico a aplicar ao doente, na melhoria do seu estilo de vida e traçar com cada família planos que incentivem a adesão do doente (ICN, 2009). Consequentemente, estes profissionais devem estar preparados não só técnica e cientificamente como a nível relacional e ético, pois trata-se do profissional mais privilegiado na relação com o portador de diabetes (ERS, 2011).

A visita domiciliária é um instrumento de proximidade relativamente aos doentes que necessitam de cuidados de saúde regulares, intervindo de forma holística já que considera não apenas o doente mas os seus familiares como contribuintes para o bem-estar daquele. Deste modo, os cuidados prestados são mais adequados à família no seu todo, tanto em termos financeiros como humanos e sociais, já que permitem que as famílias se manifestem com mais espontaneidade, ao estarem no seu meio ambiente natural. Uma vez mais, encara-se aqui a figura do enfermeiro não apenas como curador mas como educador e mesmo como um amigo (OE, s/d).

É importante, pois, que os doentes tenham uma perceção favorável no respeitante a estes profissionais de saúde, já que o modo como decodificam a sua prestação de serviços é fundamental para que as suas intervenções sejam bem-sucedidas.

### 3. Objetivos de Investigação

Lakatos & Marconi (2008) referem que são objetivos da pesquisa de investigação dar resposta às questões; - para *quê?* *para quem?* de modo a tornar claro o propósito do projeto científico (finalidade) e do público-alvo a quem se dirige. Fortin (2009), na mesma senda de ideias, refere-se-lhe como forma de explicar o porquê da investigação – enunciado declarativo que particulariza a orientação da pesquisa, a população e as variáveis-chave da mesma.

Quanto aos objetivos do estudo, estes dividem-se em gerais e específicos, compreendendo os primeiros uma perspetiva mais alargada do tema em análise e os segundos uma especificação mais concreta de cada um dos elementos que o compõem.

Definimos como Objetivo Geral para o nosso trabalho “Compreender como os utentes percebem a importância dos ensinamentos de Enfermagem no controlo da Diabetes”.

E como objetivos específicos:

- Indagar se os utentes frequentam regularmente as consultas de enfermagem no Centro de Saúde;
- Saber como percebem os utentes o contributo dos ensinamentos efetuados na consulta de enfermagem para a mudança do seu comportamento (no que se relaciona com a alimentação, exercício físico, hábitos tabágicos e prevenção do pé diabético);
- Averiguar se os utentes percebem que os ensinamentos de enfermagem ajudam a ter um melhor controlo da diabetes;
- Saber se os utentes consideram a visita domiciliária uma mais-valia para a gestão da sua doença.

## **II – Fase Metodológica**

Este é o momento em que o investigador estipula quais os métodos de que se vai servir para dar resposta às questões levantadas na investigação e o principal estágio da pesquisa, pois garante tanto a fiabilidade quanto a qualidade dos resultados obtidos no mesmo (Fortin, 2009).

Para o autor, é fundamental que o investigador trace cuidadosamente o desenho da investigação e defina a sua população e amostra e respetivas variáveis, bem como o método de colheita e tratamento dos dados.

### **1. Desenho de Investigação**

Para Fortin (2009), o desenho da investigação define-se como "O conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação", envolve um conjunto de operações levadas a cabo por fases e, para que a interpretação e análise dos dados seja válida, exige o recurso a uma metodologia científica.

#### **i. Tipo de estudo**

Para o presente estudo, e atendendo às características do mesmo, optou-se pelo recurso ao método descritivo de natureza exploratória.

#### **ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem**

Lakatos & Marconi (2008) definem população como o conjunto de seres inanimados ou animados que apresentam, pelo menos, um denominador comum, ideia partilhada por Fortin (2009), para quem a população consiste numa série de elementos que apresentam características semelhantes definidas por uma série de preceitos.

Na mesma senda, Polit & Hungler (2000) definem população como agremiação de eventos possuidores de critérios análogos.

Desta forma, uma determinada população é sujeita a estudo, passando a designar-se população-alvo, sendo que apenas são admitidos para análise os constituintes que observem esses mesmos critérios (Fortin, 2009).

De forma mais sucinta, Polit & Hungler (2000) definem população-alvo como aquela que interessa ao investigador analisar. Assim, população-alvo é toda a população em que o investigador está interessado (Polit & Hungler, 2000).

No caso em apreço, a população reporta a todos os utentes da área de residência de Paredes, tendo como critérios de inclusão na mesma o facto de referirem serem portadores de diabetes.

A amostra é constituída por indivíduos tanto utentes de Centros de Saúde da área geográfica de Paredes como referenciados por outras pessoas como portadores de diabetes, tratando-se, portanto, de uma amostra probabilística accidental.

### **iii. Variáveis em estudo**

No concernente às variáveis em estudo, trata-se de variáveis de atributo, ou seja, as características sociodemográficas dos inquiridos, e de variáveis em estudo, relacionadas com os objetivos já apresentados, a saber: idas às consultas de enfermagem, resposta cabal dos Centros de Saúde aos portadores de DM, disponibilidade dos enfermeiros para esclarecerem as dúvidas dos utentes e *resultados das idas regulares às consultas específicas de DM*.

### **iv. Instrumento de recolha de dados e pré-teste**

Sendo múltiplos os instrumentos de recolha de dados de que o investigador dispõe para levar a cabo a sua tarefa, podendo mesmo ser usados concomitantemente, cabe-lhe decidir qual o método mais apropriado para o projeto que tem em mãos (Fortin, 2009).

É fundamental que o investigador tenha um conhecimento prévio do mesmo já que este deve sempre estar em consonância com as particularidades da população a estudar.

Neste caso em concreto, optou-se pelo recurso ao questionário, o que permitirá proceder à avaliação dos conhecimentos do doente com diabetes e fornecerá informação substancial sobre a importância das consultas de enfermagem para o seu bem-estar e para um mais efetivo controlo da sua patologia. O questionário foi elaborado no decurso do estágio de enfermagem comunitária tendo, para o efeito contado com o apoio e conselhos da orientadora de estágio que sempre se mostrou disponível para esclarecer quaisquer dúvidas que pudessem surgir. Dele constam 18 questões colocadas de forma simples para que não se verifique qualquer obstáculo à sua resposta.

Antes da aplicação do teste, foi efetuado um pré-teste a 10% da amostra, de modo a perceber-se se a formulação do questionário era a mais adequada e se não existiam quaisquer dificuldades na compreensão do mesmo. Tendo este sido perfeitamente interpretado pelos inquiridos, não houve necessidade de qualquer alteração ou reajuste. Registe-se que a informação obtida no pré-teste não foi trabalhada no decurso do presente trabalho.

#### **v. Tratamento de dados**

Os elementos recolhidos na presente investigação foram tratados com recurso ao programa informático Excel, sendo os seus resultados apresentados em forma de gráfico para uma interpretação clara, objetiva e simples.

## **2. Salvaguarda dos princípios éticos**

Fortin (2009) é claro ao destacar que toda e qualquer investigação que envolva pessoas deve ser conduzida com respeito pelos seus direitos, não devendo, portanto, ser desconsiderados os aspetos éticos, já que “ao estudarem fenómenos biopsicossociais, os investigadores podem provocar danos ... ou ainda causar-lhes prejuízos” (Fortin, 2009).

A este respeito, o autor enumera cinco princípios ou direitos fundamentais que devem ser outorgados ao ser humano tendo em consideração os códigos de ética, a saber:

- **Direito à autodeterminação:** cabe à pessoa decidir se se encontra, ou não, disponível para participar numa investigação, do mesmo modo que lhe assiste o direito de se retirar da mesma ainda que já no seu decurso sem que, por esse motivo, se encontre sujeita a ações sancionatórias.
- **Direito à intimidade:** reporta à faculdade que o indivíduo tem de decidir por ele próprio sobre a informação de natureza pessoal que tornará pública no quadro de uma investigação.
- **Direito ao anonimato e à confidencialidade:** em caso algum as respostas das pessoas devem ser associadas a um inquirido em particular, mesmo pelo próprio investigador, só assim se respeitando em absoluto o direito ao anonimato e à confidencialidade.
- **Direito à proteção contra o desconforto e prejuízo:** este direito assenta no princípio da beneficência e respeita às regras de proteção das pessoas contra potenciais constrangimentos que possam advir da sua participação e, assim, as possam lesar.
- **Direito ao tratamento justo e equitativo:** antes, durante e após o processo investigacional, assiste a todos os participantes o direito a serem tratados equitativamente, devendo o investigador informá-los sobre a natureza, duração e finalidade da investigação bem como dos métodos a utilizar no tratamento dos dados.

No decurso da presente investigação foram observados todos os princípios éticos. O questionário foi aplicado sob anonimato e os participantes responderam de livre vontade e sem quaisquer constrangimentos.

### III – Fase Empírica

A presente fase abrange não apenas a colheita dos dados mas também o seu tratamento (Fortin, 2009).

Assim, nas páginas que se seguem são analisadas informações obtidas através do instrumento de recolha de dados, bem como apresentadas as ilações daí a retirar, este último aspeto no ponto da análise e interpretação de resultados.

#### 1. Apresentação dos dados

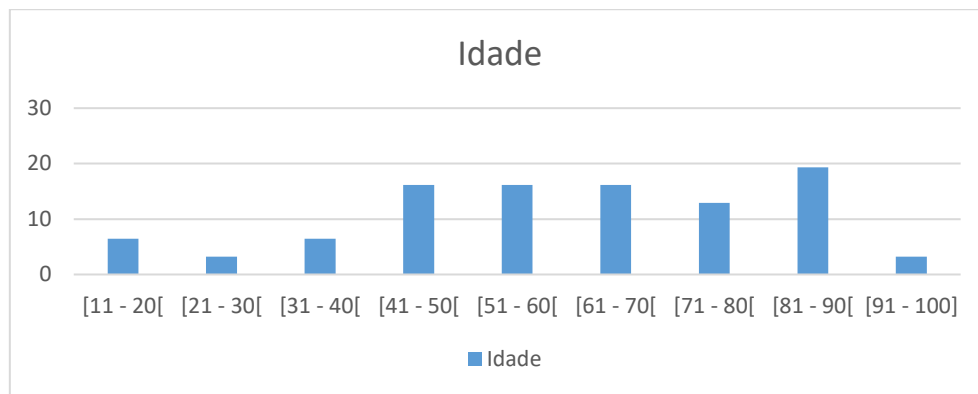


Gráfico 1 - Distribuição gráfica da idade dos inquiridos

O gráfico 1, com 19,35% (n=6), demonstra que o grupo etário entre os 81-90 é o que apresenta maior índice de indivíduos inquiridos.

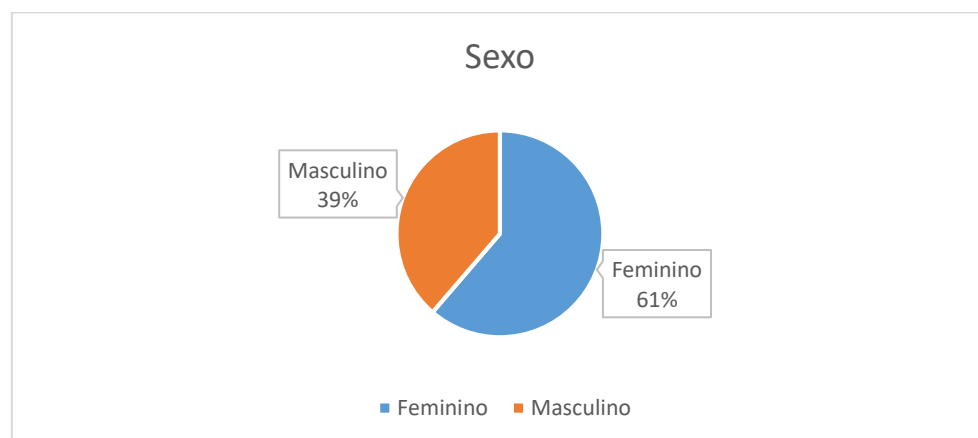
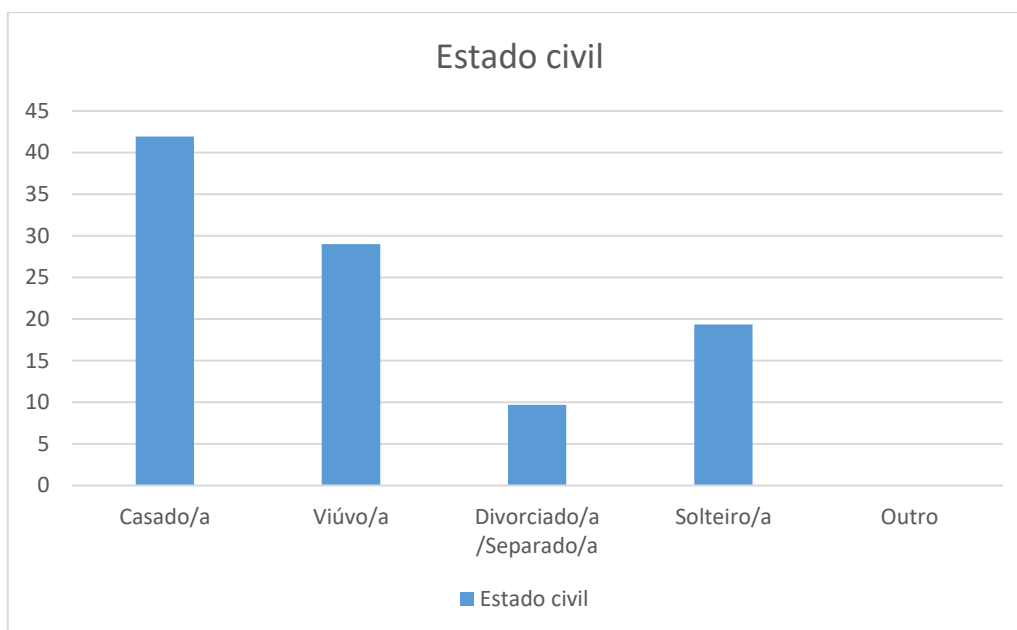


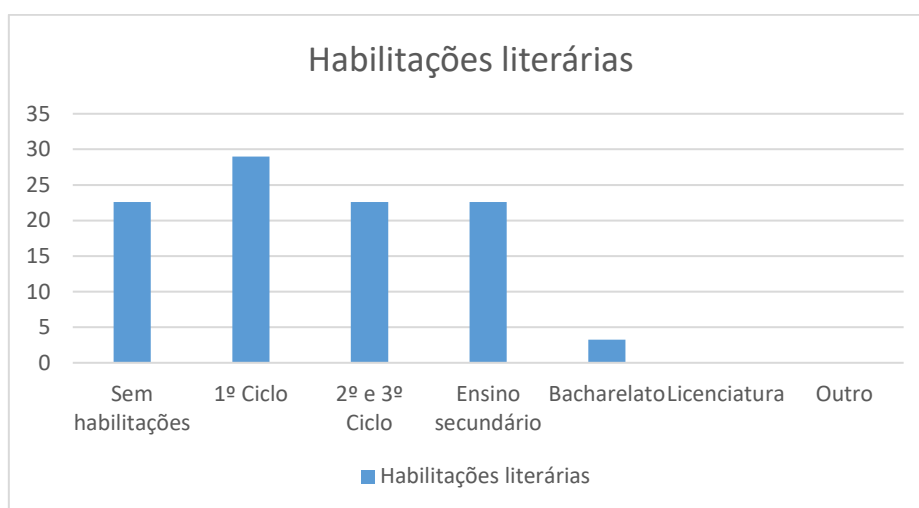
Gráfico 2 - Distribuição gráfica do sexo dos inquiridos

O gráfico 2 demonstra que 39% (n=12) dos inquiridos pertencem ao sexo masculino e 61% (n=19) ao sexo feminino.



**Gráfico 3** - Distribuição gráfica do estado civil dos inquiridos

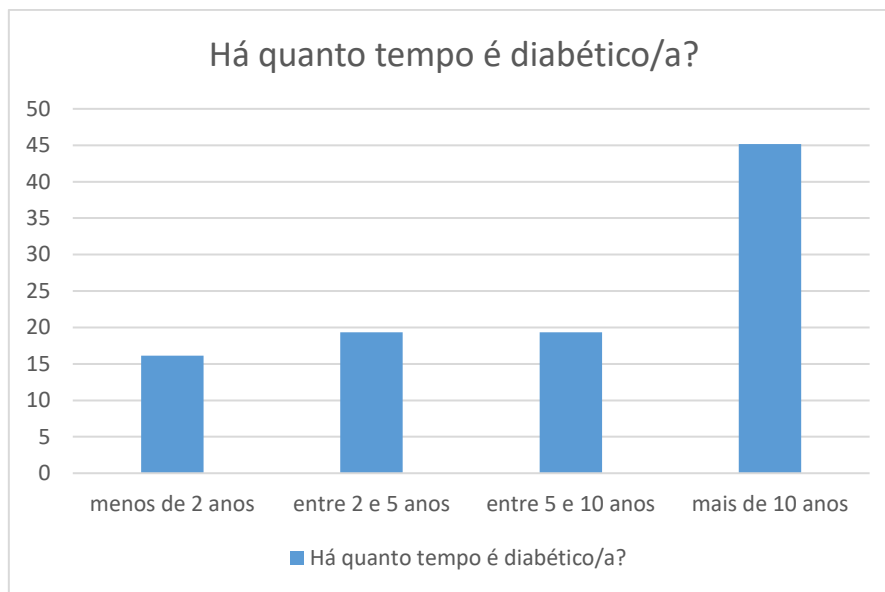
A partir do gráfico 3 é possível verificar que a maior parte da população em estudo é casada, 41,94% (n=13). Segue-se o estado de “viúvo” com 29% (n=9), de “solteiro” com 19,35% (n=6) e de “divorciado/separado” com 9,68% (n=3). Nenhum dos inquiridos indicou a opção “outro”.



**Gráfico 4** - Distribuição gráfica das habilitações literárias dos inquiridos

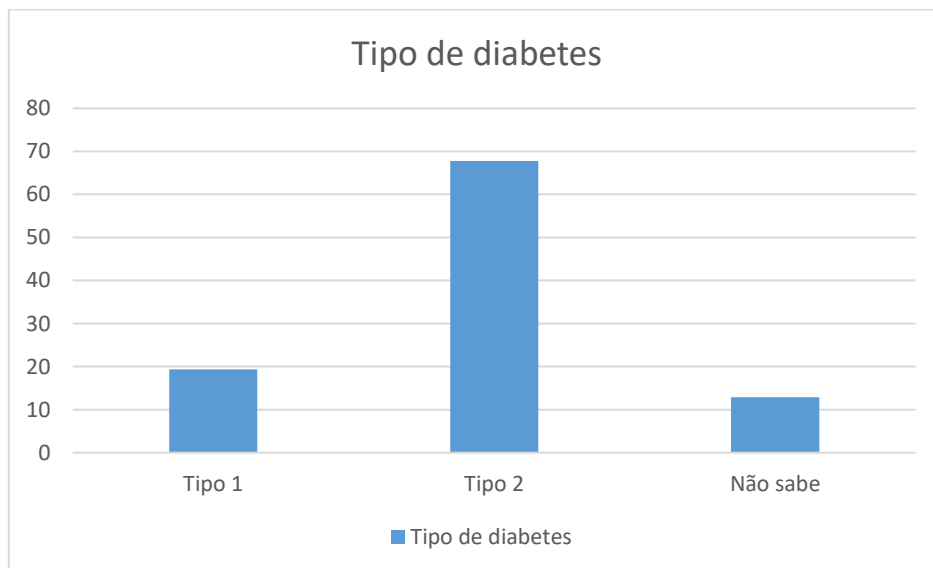
No gráfico 4 apresentam-se as habilitações literárias dos inquiridos. Assim, 22,58% da amostra não possuem quaisquer habilitações literárias (n=7), 29% (n=9) têm como grau de escolaridade o 1º ciclo, 22,58% (n=7) o 2º e 3º ciclos, 22,58% (n=7) o

ensino secundário e 3,23% (n=1) o bacharelato. Nenhum dos inquiridos é licenciado ou apresenta qualquer outro nível de escolaridade.



**Gráfico 5** - Distribuição gráfica do número de anos em que o inquirido é portador da doença

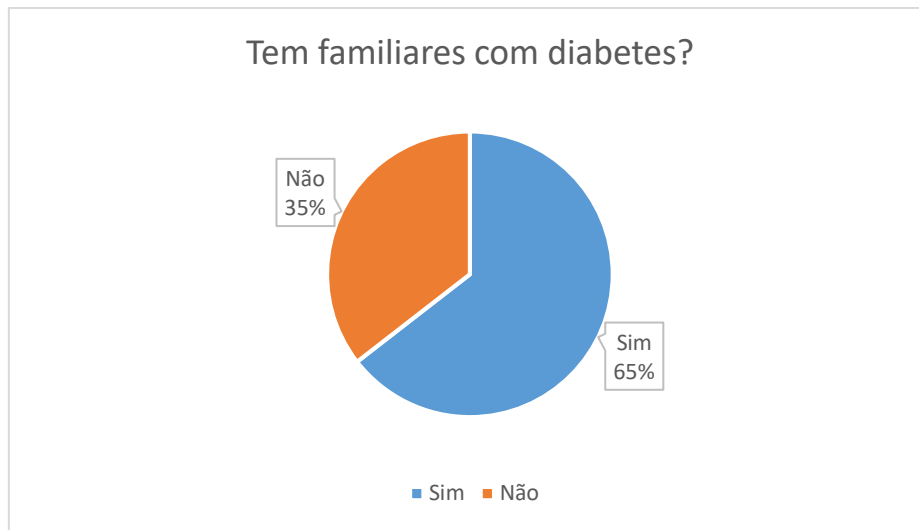
Como podemos inferir a partir do gráfico 5, 16,13% (n=5) dos inquiridos têm a doença há menos de 2 anos, 19,35% (n=6) entre 2 a 5 anos, 19,35% (n=6) entre 5 a 10 anos e 45,16% (n=14) há mais de 10 anos, o que merece destaque.



**Gráfico 6** - Distribuição gráfica do tipo de diabetes apresentado pelo respondente

Relativamente ao tipo de diabetes, é possível verificar, a partir do gráfico 6, que uma percentagem significativa da amostra, 67,74% (n=21) é portadora de DM2, 19,35%

(n=6) são portadores de DM1 e 12,9% (n=4) não sabem qual o tipo de diabetes de que padecem.



**Gráfico 7** - Distribuição gráfica da existência, ou não, de antecedentes familiares de diabetes

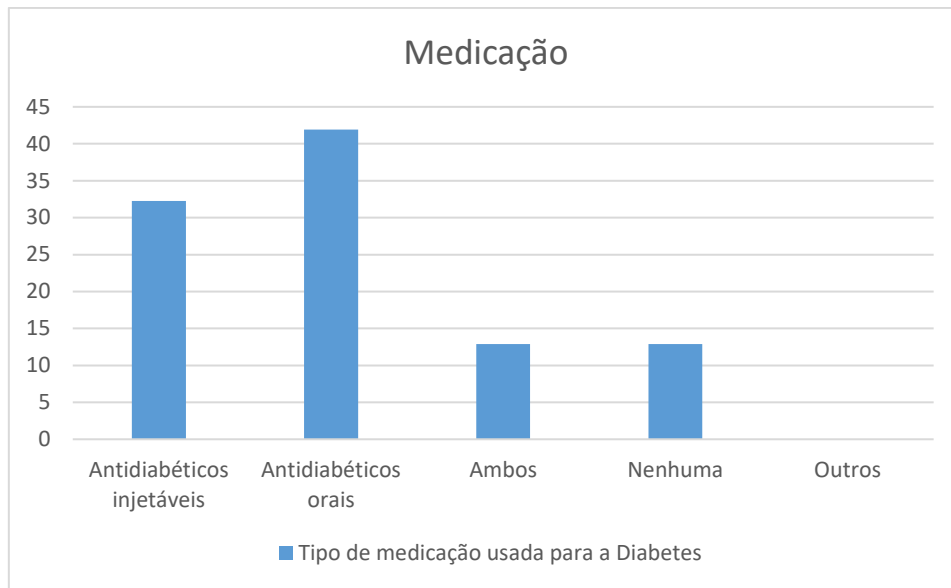
No concernente à existência de familiares com diabetes, 65% dos inquiridos (n=20) respondem terem na família elementos portadores da doença contra 35% (n=11) que respondem negativamente.



**Gráfico 8** – Distribuição gráfica da existência de outras complicações de saúde

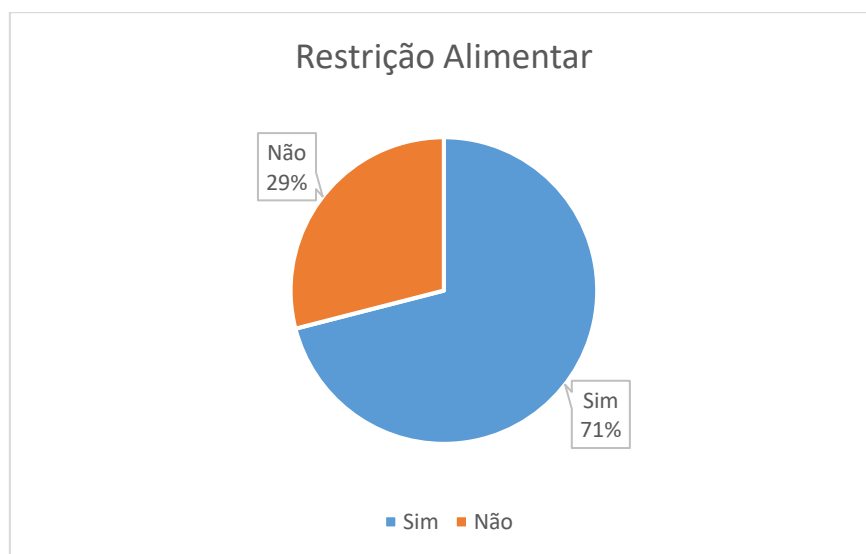
Quanto a outro tipo de complicações, 48,39% dos inquiridos (n=15) referem sofrer de pressão arterial elevada, 16,13% (n=5) de retinopatia, 6,45% (n=2) de nefropatia, valor

semelhante aos portadores de doença cerebral e de doença arterial/venosa. 29,03% (n=9) referem não sofrer de quaisquer outras patologias para além da diabetes.



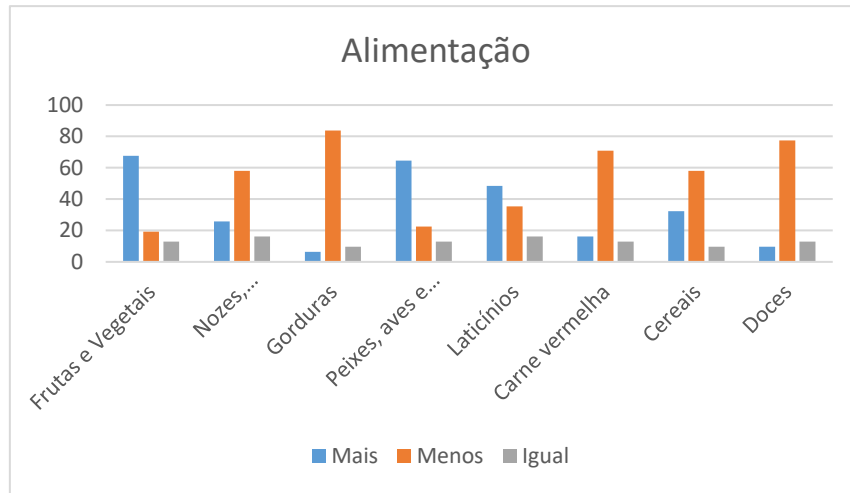
**Gráfico 9** - Distribuição gráfica do tipo de medicação usada para a diabetes pelo inquirido

É possível verificar que a maioria dos inquiridos toma antidiabéticos orais, 41,94% (n=13), seguidos de 32,26% (n=10) que tomam antidiabéticos injetáveis. Por sua vez 12,9% (n=4) dos inquiridos referem tomar ambos os tipos de medicação e 12,9% (n=4) referem não tomar quaisquer medicamentos para a diabetes.



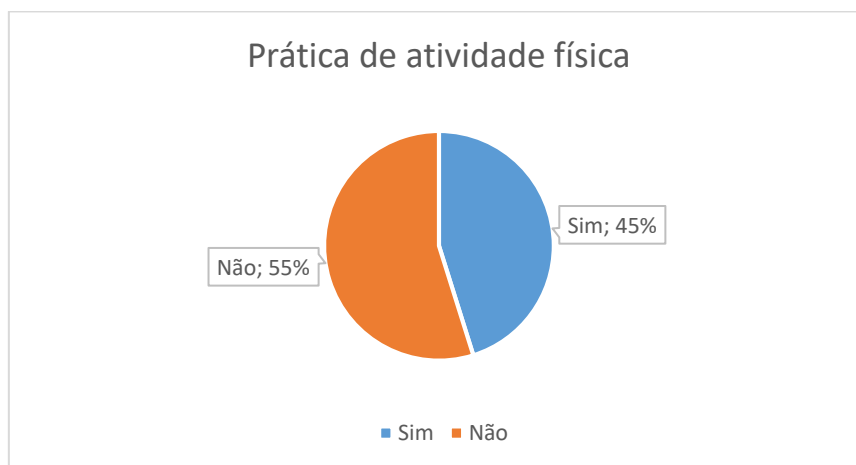
**Gráfico 10** - Distribuição gráfica da existência, ou não, de restrição alimentar

Relativamente à existência, ou não, de restrição alimentar por parte dos inquiridos, 71% (n=22) respondem afirmativamente contra 29% (n=9) que dizem não fazer qualquer tipo de restrição alimentar.



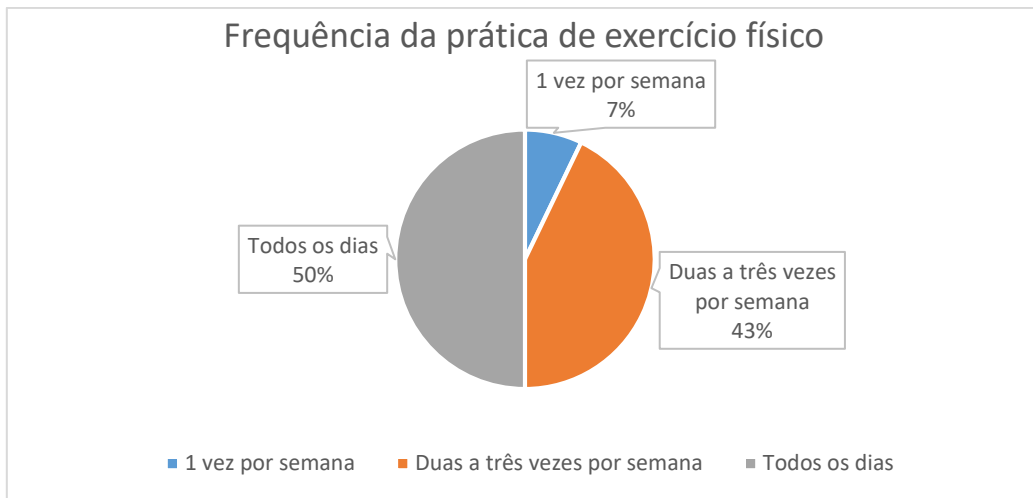
**Gráfico 11** - Distribuição gráfica dos alimentos ingeridos em maior ou menor quantidade pelo inquirido

Da análise do gráfico 11, é possível concluir que as frutas e os legumes bem como o peixe, as aves, os ovos e os laticínios são os alimentos que tiveram maior aumento no seu consumo, 67,74% (n=21), 64,52% (n=20) e 48,39% (n=15), respetivamente, por oposição às gorduras, às carnes vermelhas e aos doces, que registram maior diminuição no consumo, 83,87% (n=26), 70,97% (n=22) e 77,42% (n=18), respetivamente, podendo verificar-se que os inquiridos que mantiveram o seu regime alimentar habitual ronda os 10%.



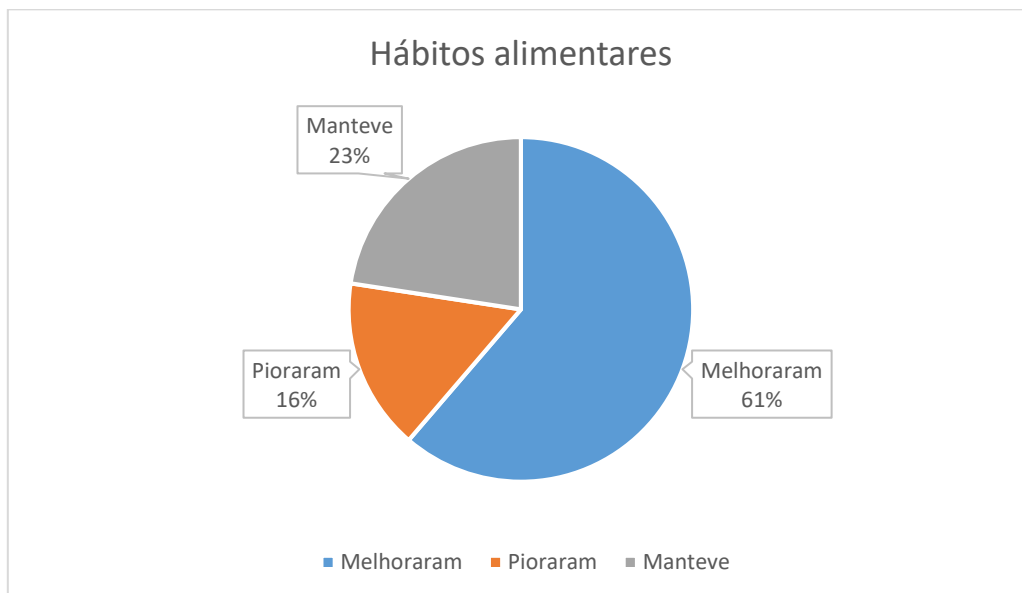
**Gráfico 12** - Distribuição gráfica da prática de atividade física pelo inquirido

Quanto à prática de exercício físico, 55% (n=17) dos inquiridos respondem negativamente e 45% (n=14) afirmativamente.



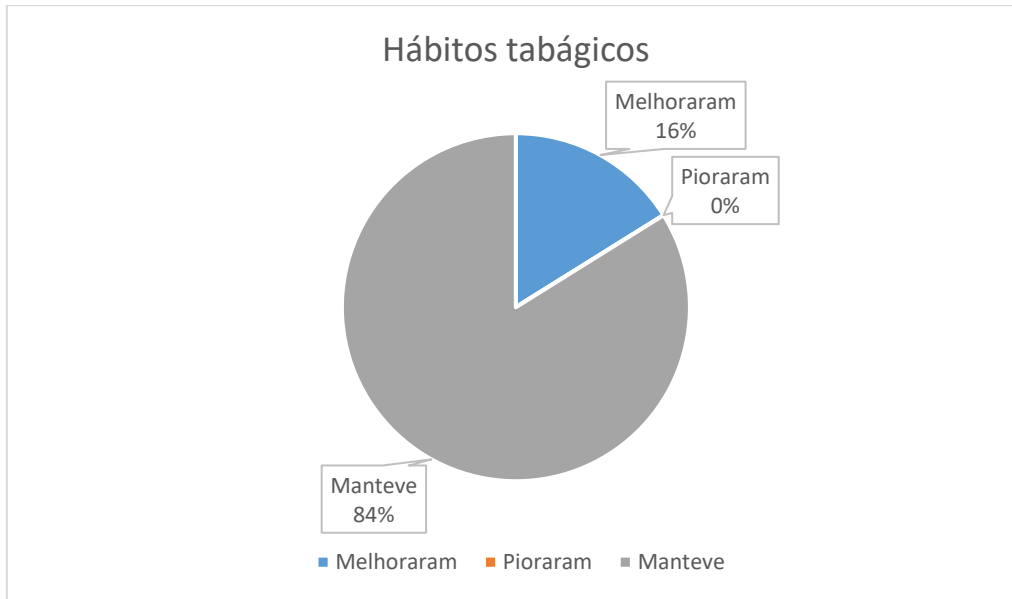
**Gráfico 13** - Distribuição gráfica da frequência com que o inquirido pratica atividade física

Dos 17 inquiridos que responderam praticar exercício físico, 50% (n=7) referem fazê-lo diariamente, 43% (n=6) 2 a 3 vezes por semana e 7% (n=1) apenas 1 vez por semana.



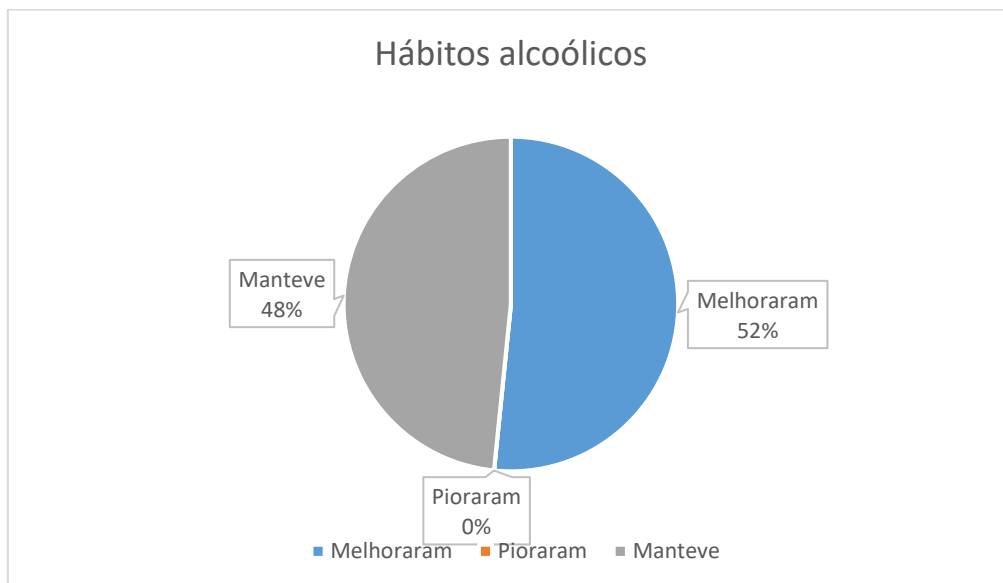
**Gráfico 14** - Distribuição gráfica da modificação dos hábitos alimentares após diagnóstico da diabetes

No respeitante à modificação dos hábitos alimentares, é possível concluir que 61% (n=19) dos inquiridos melhoraram os seus hábitos alimentares, 23% (n=7) mantiveram-nos e, curiosamente, 16% (n=5) pioraram no tipo de ingestão de alimentos.



**Gráfico 15** - Distribuição gráfica da modificação dos hábitos tabágicos após diagnóstico da diabetes

Os dados presentes no gráfico 17 permitem concluir que 84% (n=26) dos inquiridos mantiveram os seus hábitos tabágicos e 16% (n=5) melhoraram a este respeito. Não se registou caso algum em que esta adição tivesse piorado.



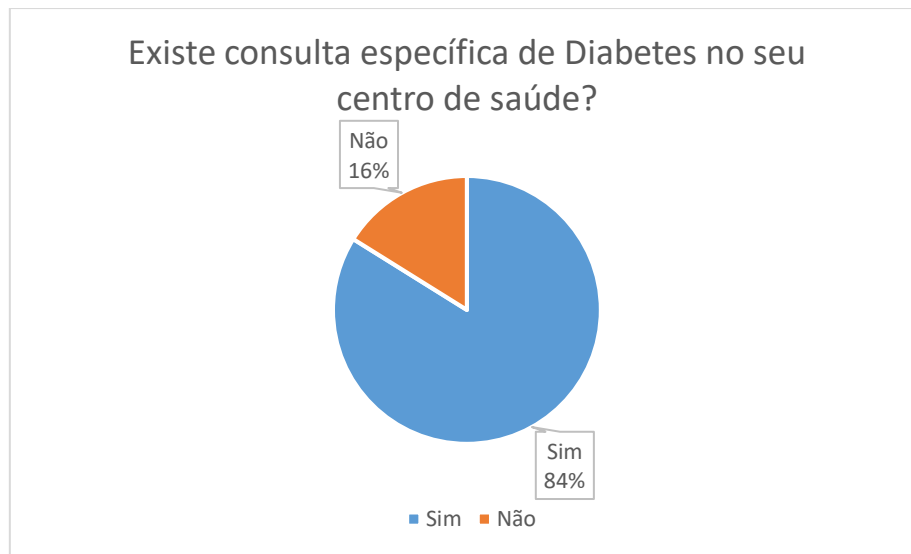
**Gráfico 16** - Distribuição gráfica da modificação quanto ao consumo de bebidas alcoólicas após diagnóstico da diabetes

O gráfico em referência permite concluir, relativamente ao consumo de álcool, que 48% (n=15) dos inquiridos mantiveram os seus hábitos alcoólicos contra 52% (n=16) que os melhoraram. Nenhum caso de agravamento foi registado.



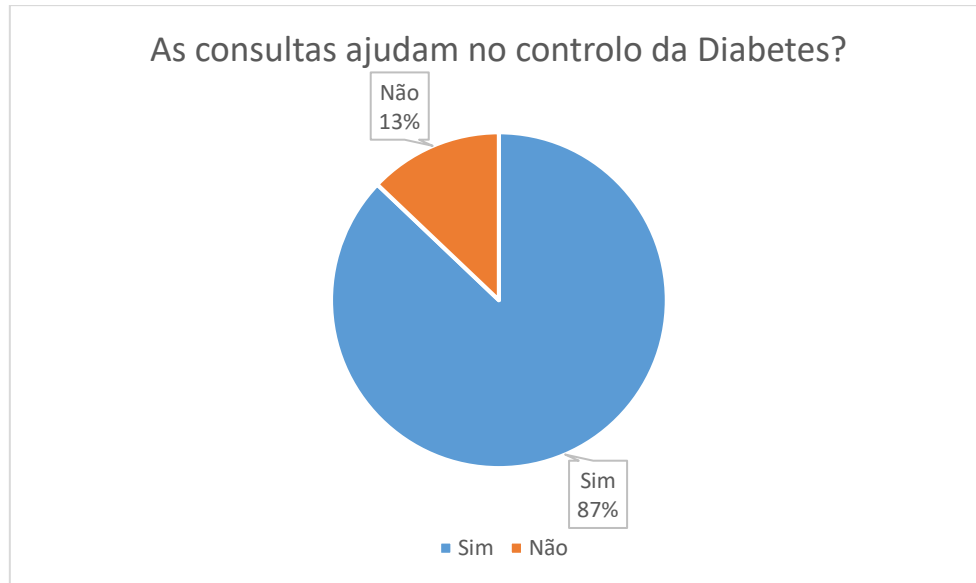
**Gráfico 17** - Distribuição gráfica da modificação na prática de exercício físico após diagnóstico da diabetes

Em relação à prática de exercício físico, é possível verificar que 68% (n=15) dos inquiridos a mantiveram, 16% (n=5) a melhoraram e 16% (n=5) a pioraram.



**Gráfico 18** - Distribuição gráfica da existência no Centro de Saúde de consulta de diabetes

No respeitante à existência no Centro de Saúde do utente de consulta de diabetes, 84% (n=26) dos inquiridos respondem afirmativamente, apenas 16% (n=5) confirmando a não existência deste tipo de consulta no Centro de Saúde da sua área de residência.



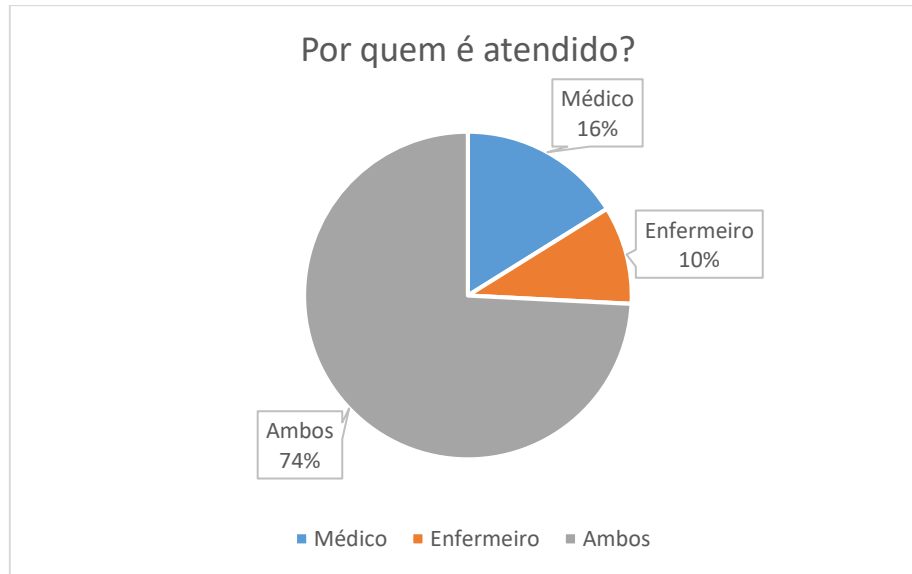
**Gráfico 19** - Distribuição gráfica da Importância das consultas no Centro de Saúde para o controlo da diabetes

Quando inquiridos quanto ao facto destas consultas ajudarem, ou não, no controlo da diabetes, 87% (n=27) dos inquiridos respondem afirmativamente e 13% (n=4) negativamente.



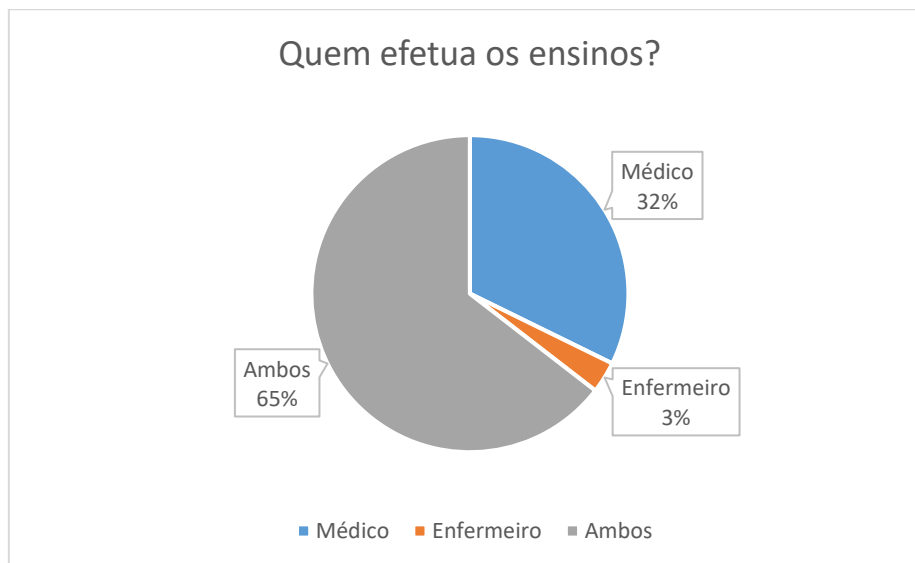
**Gráfico 20** - Distribuição gráfica da frequência das idas às consultas para controlo da diabetes

Os dados presentes no gráfico permitem concluir que 94% (n=29) dos inquiridos vão às consultas de diabetes com regularidade contra 6% (n=2) que o não fazem.



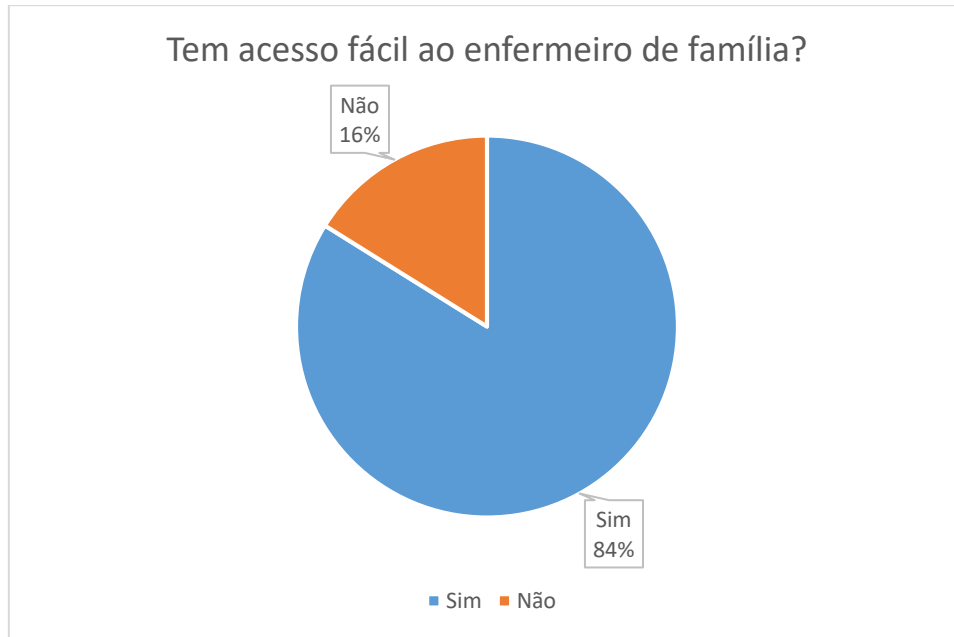
**Gráfico 21** - Distribuição gráfica dos profissionais qualificados que atendem o inquirido nas consultas de diabetes

Através do gráfico 21 é possível concluir que 74% (n=23) dos inquiridos referem ser atendidos por um enfermeiro e pelo médico de família, 16% (n=5) apenas pelo médico de família e 10% (n=3) apenas por um enfermeiro.



**Gráfico 22** - Distribuição gráfica do profissional que administra os ensinamentos sobre diabetes

O gráfico supra permite concluir que, para uma significativa percentagem dos inquiridos, 65% (n=20), médico e enfermeiro efetua os ensinamentos conjuntamente, sendo que é o médico a efetua-los em 32% (n=10) e o enfermeiro em 3% (n=1) dos casos.



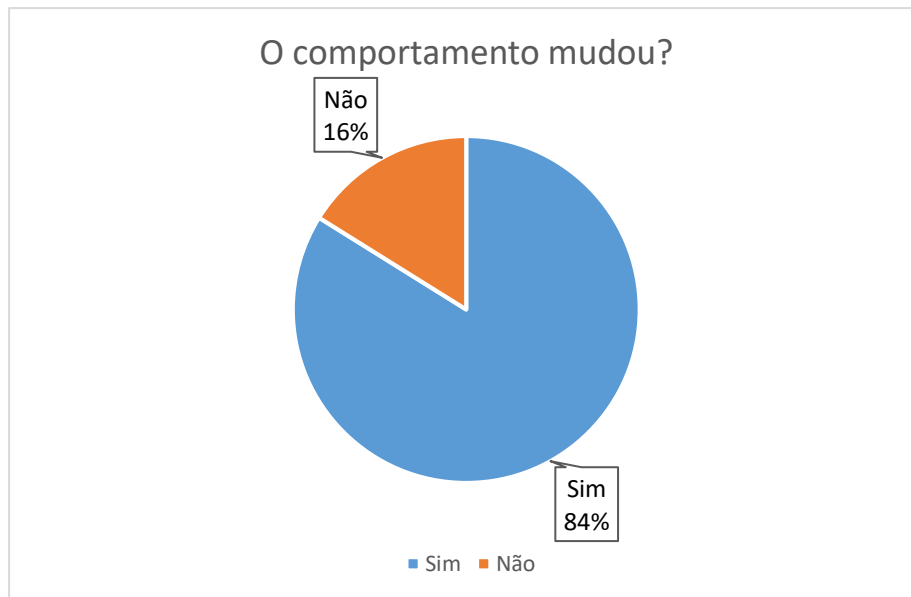
**Gráfico 23** - Distribuição gráfica da facilidade de acesso ao enfermeiro de família em caso de dúvida

84% (n=26) dos inquiridos afirmam ter facilidade de acesso ao seu enfermeiro de família em caso de doença. Os restantes 16% (n=5) afirmam não o ter.



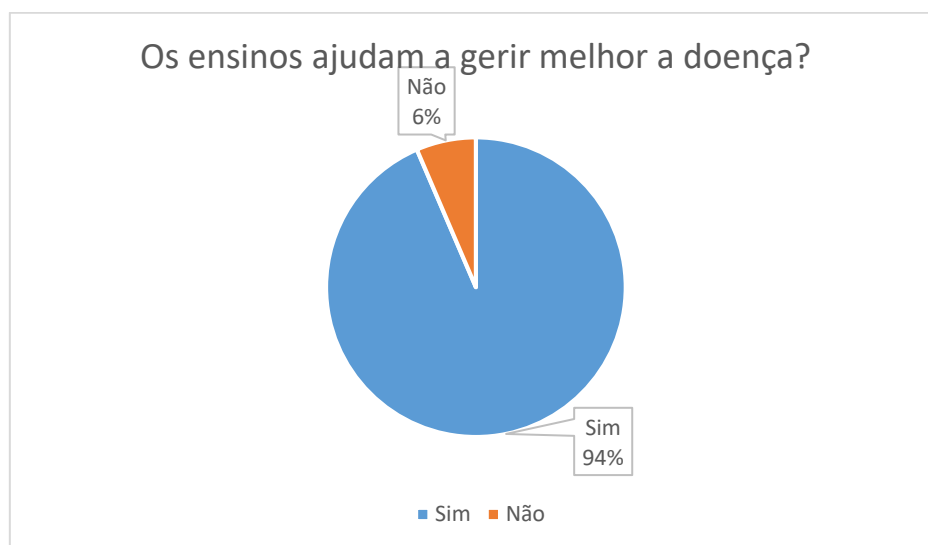
**Gráfico 24** - Distribuição gráfica das dúvidas do inquirido são devidamente esclarecidas

90% (n=28) dos inquiridos referem que o enfermeiro os esclarece devidamente contra 10% (n=3) que referem o inverso.



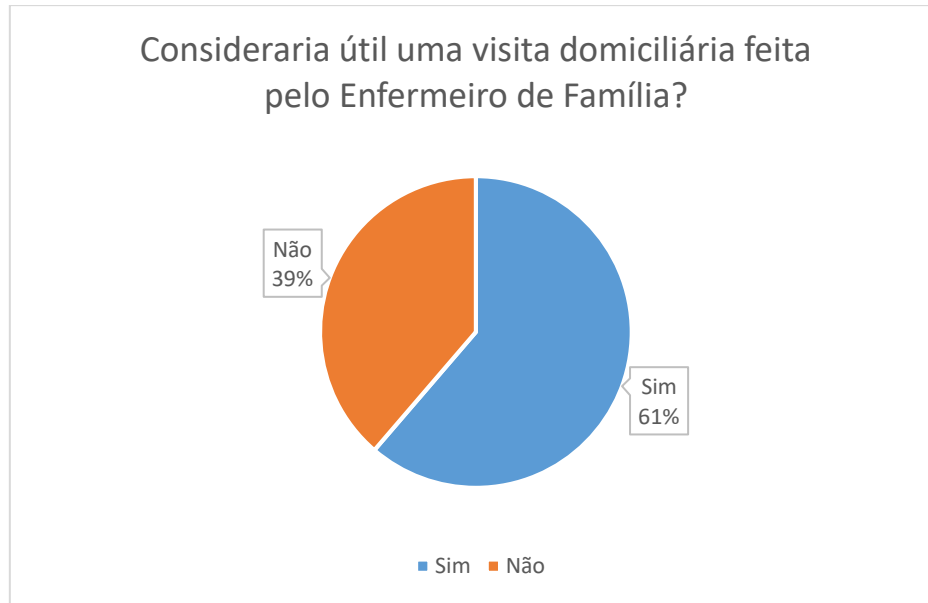
**Gráfico 25** – Distribuição gráfica sobre a mudança ou não de comportamentos resultantes dos ensinamentos efetuados pelos enfermeiros sobre a diabetes

Quando inquiridos sobre a mudança comportamental a nível de determinados hábitos, 84% (n=26) dos inquiridos respondem afirmativamente contra 16% (n=5) que referem o contrário.



**Gráfico 26** - Distribuição gráfica da contribuição dos ensinamentos para uma melhor gestão da doença

Quando questionados sobre a contribuição dos ensinamentos para uma melhor gestão da doença, 94% (n=29) dos inquiridos responderam afirmativamente contra 6% (n=2) que não.



**Gráfico 27** - Distribuição gráfica da importância do Enfermeiro de Família fazer visitas domiciliárias

Relativamente à importância do enfermeiro de família fazer visitas domiciliárias, 61% (n=19) dos inquiridos considera-as positivas contra 39% (n=12) que as considera desnecessárias.

## 2. Análise e interpretação dos resultados

Apresentados os resultados, proceder-se-á, agora, à sua análise e discussão, daí se retirando as respetivas conclusões.

A amostra é composta por 31 indivíduos portadores de diabetes, tendo estes sido escolhidos em meio natural, o que explica a diversidade das faixas etárias. Dos inquiridos, é possível dizer, a partir do gráfico nº 1, que as faixas etárias predominantes estão no intervalo entre os 40-50, 51-60 e 61-70 anos com 16,3% de casos, sendo o intervalo entre os 80 e os 90 anos de idade que representa mais significativamente a amostra, 19,35% de casos, isto é, 6 indivíduos.

Relativamente ao sexo, a amostra é composta por 61% (n=19) de indivíduos do sexo feminino e 39% (n=12) do sexo masculino, maioritariamente casados – 41,4% (n=13).

Quanto às habilitações literárias, é predominante a existência de indivíduos que apenas detêm o 1º ciclo de escolaridade, 22,58% (n=7).

A partir do gráfico 5, é possível verificar que 16,13% (n=5) dos inquiridos têm conhecimento da sua doença num intervalo inferior a 2 anos, 19,35% (n=6) entre 2 a 5 anos e 5 a 10 anos e 45,16% (n=14) há mais de 10 anos, o que merece destaque e vem corroborar a tese de que se trata de uma doença crónica com a qual se consegue viver desde que sejam tomadas medidas no sentido de a controlar. Uma parte significativa da amostra é portadora de DM2, 67,4% (n=21), 19,35% (n=6) referem ser portadores de DM1 e 12,9% (n=4) não sabem qual o tipo de diabetes de que padecem. Concomitantemente, 65% dos inquiridos (n=20) dizem ter na família elementos portadores da doença o que vem, deste modo, comprovar a importância dos fatores genéticos para a ocorrência da patologia.

Destes doentes, 61,29% (n=22) referem que sofrem de outras complicações de saúde. 48,39% (n=15) reportam pressão arterial elevada, 16,13% (n=5) retinopatia, 6,45% (n=2) nefropatia, valor semelhante aos portadores de doença cerebral e de doença arterial/venosa e 29,03% (n=9) referem não sofrer de quaisquer outras patologias para além da diabetes. Daqui, é possível concluir que, de facto, a diabetes concorre para o surgimento de outras complicações de saúde, podendo mesmo agravá-las.

Correia e Boavida (2012) categorizam as complicações tardias da diabetes em alterações macrovasculares (a nível dos grandes e médios vasos) com repercussões a nível cerebral, do coração e dos pés; microvasculares, responsáveis por alterações a nível do olho (retinopatia), dos rins (nefropatia) e dos nervos periféricos (neuropatia); o pé diabético e ainda outras complicações como as infeções e a disfunção sexual. Também Brunner (2011) refere que é frequente indivíduos portadores de DM1 apresentarem sintomas iniciais de doença renal após 15 a 20 anos de DM, ao passo que os portadores de DM2 a desenvolver num período de 10 anos depois do seu diagnóstico.

No que se refere ao tipo de tratamento, predomina a toma de antidiabéticos orais, referida por 41,94% (n=13) dos inquiridos, seguida dos antidiabéticos injetáveis, em 32,26% (n=10) dos casos. 12,9% (n=4) dos inquiridos tomam ambos os tipos de medicação, o que pode remeter para o facto de se tratar de estádios da doença em que os antidiabéticos orais não bastam para o seu controlo.

É curioso referir que igual percentagem aos que tomam os dois tipos de medicamento em simultâneo não estão a fazer qualquer tratamento, o que pode ser sintomático duma despreocupação evidente quanto ao seu estado de saúde ou, simplesmente, se encontrem em estádios muito precoces da doença e ter-lhes sido prescrita apenas uma dieta adequada e a prática de exercício físico regular, uma vez que estes dois aspetos influem diretamente no surgimento de níveis alterados de glicose no sangue. Na verdade, é possível verificar, a partir da leitura dos gráficos 10 e 11, que 71% (n=22) dos inquiridos fazem algum tipo de restrição alimentar, sendo que as frutas e os legumes bem como os peixe, as aves, os ovos e os laticínios são os alimentos que sofreram maior aumento no seu consumo, por oposição às gorduras, às carnes vermelhas e aos doces, que sofreram maior diminuição no consumo, 83,87% (n=26), 70,97% (n=22) e 77,42% (n=18), respetivamente, podendo verificar-se que os inquiridos que mantiveram o seu regime alimentar habitual anda na casa dos 10%.

A prática de atividade física também está presente em 45% (n=14) dos casos, dos quais 50% a referem como sendo uma atividade diária, 43% (n=6) referem fazer exercício 2 a 3 vezes por semana e 7% (n=1) apenas 1 vez por semana.

Uma vez mais, é possível verificar que estamos perante uma abordagem multifatorial, já que a terapia convencional (medicamentosa) é associada a outro tipo de comportamentos, tratando a patologia não enquanto fator isolado mas como parte de um todo mais alargado. Na verdade, a DGS (2012) recomenda que os portadores de diabetes sigam uma dieta consonante com a sua patologia devendo ser capazes de identificar os alimentos que contribuem para uma melhoria no seu estado geral de saúde e de evitar os que, por assim dizer, se podem designar como alimentos de risco, isto é, aqueles que concorrem para um despoletar da diabetes ou mesmo para o seu agravamento, opinião corroborada por Correia e Boavida (2012) quando referem que um bom controlo dos níveis de glicose no sangue só é possível com a combinação de medicação para o efeito com exercício físico e com uma alimentação saudável, pelo que colocam grande ênfase no papel da educação alimentar.

O mesmo se aplica ao consumo de tabaco que, sabe-se, contribui para o surgimento de algumas condições associadas à diabetes, designadamente a fraca irrigação sanguínea e a má cicatrização de feridas, em especial nos membros inferiores, responsável, em muitos casos, pela sua amputação. O gráfico 15 elucida a este respeito,

no entanto, é possível verificar que 84% (n=26) dos inquiridos optaram por manter os seus hábitos tabágicos e apenas 16% (n=5) melhoraram.

Quanto à ingestão de bebidas alcoólicas, da leitura do gráfico 16 é possível aferir que o consumo destas se manteve em 8% (n=15) dos casos, o que sugere que ainda há muito a ser feito para cimentar nestes doentes a importância da adoção de hábitos saudáveis, para além da própria alimentação e da prática desportiva.

Quanto à existência de consulta de diabetes no Centro de Saúde onde o inquirido é assistido, 84% (n=26) dos inquiridos respondem afirmativamente, contra 16% (n=5) que referem não possuírem ainda esse tipo de serviço. Estes números vêm corroborar as iniciativas tomadas pelos governos no sentido de tornarem as equipas clínicas multidisciplinares de forma a dar uma resposta integral ao problema da diabetes, hoje um flagelo a nível mundial. Ainda a este respeito, 87% (n=27) dos inquiridos referem que este tipo de consultas é fundamental para o controlo da doença.

O gráfico 20 é bastante claro no que respeita à frequência com que os inquiridos vão a este tipo de consulta, permitindo concluir que 94% (n=29) o fazem com regularidade contra apenas 6% (n=2) que o não fazem.

Relativamente ao tipo de atendimento, ou seja, quem são os profissionais por quem o doente é atendido, o gráfico 21 demonstra que 74% (n=23) dos inquiridos referem serem atendidos por um enfermeiro e pelo médico de família, 16% (n=5) apenas pelo médico de família e 10% (n=3) apenas por um enfermeiro. Trata-se de um resultado interessante já que vemos um trabalho multidisciplinar a ser desenvolvido em parceria. Médico e enfermeiro coadjuvam-se no tratamento do doente podendo, assim, dar uma resposta mais cabal aos seus problemas, cabendo a cada uma das partes tarefas distintas. O mesmo gráfico refere ainda que 10% (n=3) dos indivíduos que constituem a amostra são apenas observados por um enfermeiro, o que, de certo modo, pode atestar a capacidade do mesmo para lidar com a doença e de fornecer ao doente as informações necessárias para o controlo da mesma.

De facto, o gráfico 22, alusivo à efetuação dos ensinamentos, corrobora a informação supra no sentido de informar que em 65% (n=20) dos casos tanto o médico de família

como o enfermeiro efetuam os ensinamentos conjuntamente, sendo apenas o médico a efetuar-los em 32% (n=10) e o enfermeiro em 3% (n=1) dos casos.

É, pois, possível verificar que o enfermeiro e a consulta de enfermagem são elementos fundamentais no controlo da diabetes. Vieira (2011) refere que a consulta de enfermagem se apresenta bastante útil para dar início ao processo de educação para a saúde, imprescindível para que os portadores de diabetes compreendam que o tratamento é tanto mais eficaz quanto mais os doentes aprendam a lidar com a doença, a conhecerem os seus riscos e os modos de a controlarem, melhorando assim a sua qualidade de vida.

O autor reforça a mais-valia que o enfermeiro constitui enquanto agente transformador de consciências no que respeita tanto a aspetos preventivos como paliativos da doença, facultando ao seu portador modos de incrementar o seu bem-estar, em especial quando se trata de descompensação diabética, referindo, ainda, o seu papel orientador na promoção da educação para a saúde, ao incentivar o doente a melhorar os aspetos mais prejudiciais e a implementar hábitos de vida mais saudáveis (Vieira, 2011).

Atendendo à importância do enfermeiro em todo o processo, procurou-se perceber se o utente, quando necessário, tem fácil acesso às consultas de enfermagem, resposta obtida através do gráfico 23 que nos diz que 84% (n=26) dos inquiridos facilmente acedem ao seu enfermeiro de família em caso de doença, sendo as dúvidas claramente esclarecidas em 90% (n=28) dos casos.

Talvez por essa razão, 84% (n=26) dos inquiridos atestem ter mudado os seus hábitos alimentares e outros, porquanto 94% (n=29) referem que os ensinamentos dos enfermeiros contribuíram para uma melhor gestão da sua doença. Segundo Ferreira (2010), o enfermeiro de família é, sem sombra de dúvida, uma mais-valia para as populações graças às relações de proximidade e de confiança nos cuidados prestados às mesmas, devendo por isso, estar presente nos Centros de Saúde como suporte de apoio para quaisquer dúvidas que possam surgir e atuar como linha da frente na melhoria da qualidade de vida dos utentes.

Por último, pretendeu-se perceber se, de algum modo, as visitas domiciliárias feitas pelos enfermeiros são importantes, caso as haja, ou, caso contrário, se a sua implementação seria útil, tendo 61% (n=19) dos inquiridos respondido positivamente.

### 3. Conclusões do estudo

Este estudo teve como objetivo principal indagar sobre a perceção por parte dos utentes da importância dos ensinamentos de enfermagem no controlo da Diabetes. As respostas fornecidas pelos inquiridos foram fulcrais para que se pudesse ficar com uma ideia mais clara sobre a questão. Na verdade, na sua grande maioria, os participantes sabem de que tipo de diabetes padecem, tomam medicação para o seu controlo, seja sobre a forma oral, injetável ou ambas.

Foi ainda possível concluir que em grande parte dos Centros de Saúde de Paredes existem consultas específicas para o acompanhamento e tratamento da doença, compostas por uma equipa multidisciplinar onde o médico ocupa o lugar cimeiro mas cabe já ao enfermeiro levar a cabo uma série de procedimentos fundamentais para o controlo destes pacientes.

Quanto às questões colocadas pelos utentes, estes referem que o papel do enfermeiro é fundamental na implementação de hábitos alimentares saudáveis, de aconselhamento quanto à toma de medicação, entre outros, sendo que os inquiridos referem que onde existem, este acompanhamento é benéfico. É de notar, todavia, que ainda existem alguns Centros de Saúde que não dispõem, de acordo com os inquiridos, de consulta de diabetes, 16% (n=5) pelo que é de considerar tomarem-se medidas a nível local, através do SNS, para que estas falhas sejam colmatadas, já que um efetivo controlo da doença é importante em termos de morbilidade e de mortalidade dos seus portadores.

Foi ainda possível verificar que os inquiridos que dispõem deste tipo de consultas as frequentam com assiduidade, o que leva a acreditar que as consideram imprescindíveis no seu processo individual em termos de saúde.

Por tudo isto, pode concluir-se que os serviços prestados pelos enfermeiros devem ser reforçados nas áreas onde não existem ou ainda são em número insuficiente, como forma de minorar as sequelas resultantes da DM ou mesmo preveni-la quando ainda se está num estágio precoce da patologia. Quanto à ida dos enfermeiros a casa dos utentes, também se apresenta como fundamental, porquanto muitos deles, atendendo à própria idade, apresentam dificuldades de mobilidade, exigindo do SNS custos significativos com transportes ou, simplesmente, desistem de se tratar agravando o seu estado de saúde.

## CONCLUSÃO

A preocupação com a diabetes tem vindo a assumir grandes proporções ao longo dos tempos, sobretudo nas últimas décadas por se saber que interfere negativamente com outras patologias podendo agravá-las e até causar a amputação de membros ou mesmo a morte.

A realização do presente estudo foi fundamental para se perceber de que modo os doentes com esta patologia são atendidos nos Centros de Saúde e se, efetivamente, está a ser dada, por parte do SNS uma resposta cabal ao tratamento da mesma.

Assim, além de se dever apostar na prevenção da diabetes, sobretudo quando o utente sabe, de antemão, que possui antecedentes familiares com o mesmo tipo de problema, e mesmo não os tendo, nos casos em que a doença está instalada, devem encontrar-se fórmulas que permitam ao doente lidar com a doença sempre com qualidade de vida.

A relevância da presente investigação prende-se com o papel do enfermeiro enquanto coadjuvante no tratamento da patologia, em especial ao capacitar o doente para a gestão da sua doença. Como a diabetes é uma doença crónica sobremaneira ligada aos estilos de vida, tornando a sua gestão complexa, o enfermeiro deve ser capaz de fazer uma abordagem multifatorial, cabendo-lhe, juntamente com o médico de família, interagir com o doente, a própria família e mesmo a comunidade no seu todo, no sentido de identificar os problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular.

Uma aposta na literacia da saúde garantirá não só ao doente mas também a todos os que a ele se encontram mais diretamente ligados dotá-los de ferramentas para lidar com o problema e dar-lhe uma resposta cabal.

A sustentação teórica permitiu cimentar algumas noções que viriam a ser confirmadas através da aplicação dos questionários, pelo que a clarificação do referencial teórico se revelou basilar para o desenvolvimento do processo investigativo. É importante que todo o conhecimento seja ancorado em conhecimento científico sob pena de desvirtuarem os resultados.

O que despertou a atenção e é deveras interessante é a capacidade de *empowerment* que o enfermeiro deve inculcar no doente de modo a responsabilizá-lo pela sua própria saúde.

Refira-se que este estudo apresenta várias limitações já que o número de indivíduos que compõem a amostra é curto e que introduzindo-se outras variáveis poder-se-ia obter resultados mais precisos.

A este facto, alia-se o curto espaço de tempo disponível para a sua realização bem como a pouca experiência na execução de trabalhos desta natureza.

Não obstante, este foi um passo significativo já que veio cimentar a convicção de que, efetivamente, a prática da enfermagem e a existência de enfermeiros de família nos Centros de Saúde é fundamental para uma melhor saúde pública.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alberti K., Zimmet P. (1999). *For the World Health Organization Consultation. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus.* Geneva, WHO.

American Diabetes Association (2002). Standard of medical care for patients with diabetes mellitus – position statement, *Diabetes Care*, vol. 25.

American Diabetes Association (2007). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, *Diabetes Care*, pp. 42-47.

American Diabetes Association (2008). Economic costs of diabetes in the USA in 2007, *Diabetes Care*, vol. 31, pp. 596-615.

American Diabetes Association(2009). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, vol. 32, pp. 13-53.

American Diabetes Association (2011). Standards of Medical Care in Diabetes, *Diabetes Care*, vol. 34, pp. 11-61

American Diabetes Association (2013). Economic costs of diabetes in the USA in 2012, *Diabetes Care*, vol. 36, pp. 1033-1046

Anderson, R. (1998). Pharmacologic therapies In: American Association of Diabetes Educators. A core curriculum of diabetes education. Chicago.

Arduino F. (1973). A diabetes através dos tempos. In: Arduino F. Diabetes mellitus e suas complicações. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Assal, J. (2000). From metabolic crisis to long term diabetes continuous. A plea for more efficient therapy. In: Davidson JK (ed). Clinical Diabetes Mellitus. A problem oriented approach. New York; Thieme, vol. 49, pp. 799-943.

Barceló, A. et al (2003). The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean, *Bull World Health Organization* 81(1), pp. 19-27.

Bahia, L. et al. (2011). The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian Public Health System, *Value in Health*, 4, pp 137-140.

Bennett, J. & Goldman, L. (2005). *Cecil: Tratado de Medicina Interna*. Goldman, Lee & Bennett.

Boell, J. et al. (2014). *Fatores de risco para o desencadeamento do pé diabético*. Disponível em [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v16/n2/pdf/v16n2a15.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a15.pdf) (acedido em 05 de junho de 2017).

Brostoff, J. Keen, H. (2007). A diabetic life before and after insulin era, *Diabetologia*, nº 50, pp. 1351-1353.

Brunner, Suddarth, (2011). *Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica*. Guanabara Koogan, 12ª edição.

Campos, A. (2008). *Reformas da Saúde: O fio condutor*. Coimbra, Almeida.

Correia, L. & Boavida, J. (2012). *Viver com a Diabetes*. Lisboa, C. Editores.

Decreto-lei n.º 28/08. D.R. I Série, nº 38 (08-02-22) p.1182-1189.

Decreto-lei nº 118/2014. D.R. I Série, nº 149 (14-08-05) p. 4069-4071.

Despacho n.º 3052/2013, D.R. II Série, nº 40 (13-02-26), p.7527-7529.

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

Direção Geral de Saúde (2013). *Informação N.º 001/2013: Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2*. Lisboa, 19 de fevereiro de 2013.

Diabetes Prevention Program Research Group (2002). Reduction of the incidence of type 2 diabetes with life style intervention or metformin, *The New England Journal of Medicine*, vol. 346, pp. 393-403.

Ekoe, J. et al. eds. (2008). *The epidemiology of diabetes mellitus*, 2ª edição. Oxford, Wiley-Blackwell.

Entidade Reguladora da Saúde (2011). Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus. Porto, ERS.

Erlich, H. et al. (2008). HLA DR-DQ haplotypes and genotypes and type 1 diabetes risk: analysis of the type 1 diabetes genetics consortium families, *Diabetes*, vol. 57, p. 1084.

Ferreira, L. (2010). De que falamos quando se fala em “Enfermeiro de Família?”. Ponta Delgada. Ordem Enfermeiros. Secção Regional dos Açores. Disponível em WWW:URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoeres/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/Dequefalamosquandosefalaem%E2%80%9CEnfermeirodeFam%C3%ADlia%E2%80%9D.aspx>. Consultado em 10 de julho de 2017.

Figuerola, D. (2003). *Diabetes*. Barcelona, Masson.

Fortin, M. (2009). O processo de investigação da conceção à realização. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.

Fox, C. et al. (2004). Trends in cardiovascular complications of diabetes, *Jama*, vol., 20, pp.2495-2499.

George, F. (2014). Sobre determinantes da saúde. Lisboa, DGS. Disponível em [www:url:http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx](http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx). Consultado em 30 de junho de 2017.

Gimeno, S. et al. (2000). The Japanese-Brazilian Diabetes Study Group. Weight gain in adulthood and risk of developing glucose disturbance – A study of a Japanese- Brazilian population, *Journal of Epidemiology*, vol. 10, pp. 103-110.

Gorus, K. et al (1997). IA-2-autoantibodies complement GAD65-autoantibodies in new-onset IDDM patients and help predict impending diabetes in their siblings. The Belgian Diabetes Registry, *Diabetologia*, pp. 40:95.

Harrison. D. (2007). *Principles of Internal Medicine*. New York, Editorial McGraw-Hill.

Hirsch, I. (2005). Insulin analogues, *New England Journal of Medicine*, vol. 352, pp. 174-183.

International Council of Nurses (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento: Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Genebra, Cadernos OE. Série II, nº1, 2009. Disponível em www: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE\\_AdesaoTratamento.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf). Consultado em 17 de junho de 2017.

International Diabetes Federation (2013). IDF Diabetes Atlas. Belgium, IDF.

Jarvela, I. et al. (2006). Gestational identifies women at risk for permanent type 1 and type 2 diabetes in fertile age: Predictive role of autoantibodies, *Diabetes Care*, vol. 29, p. 607.

Kaulzky-Willer, A. et al. (1997). Pronounced insulin resistance and inadequate beta cell secretion characterize lean gestational diabetes during and after pregnancy, *Diabetes Care*, vol. 20, p. 1717.

King, M. (2003). A history of insulin: from discovery to modern alternatives. *Brazilian Journal of Nurses*, vol 12, pp. 1137-1141.

Lakatos, E.; Marconi M. (2008). *Técnicas de Pesquisa*. S. Paulo, Edições Atlas.

Leavel, H. (1976). *Medicina Preventiva*. S. Paulo, Megrw-Hill.

Lerman, I. (2005). Adherence to treatment: a key for avoiding long-term complications of diabetes, *Archives of Medical Research*, May-Jun, vol. 36, pp. 300-306.

Lundberg, V. et al. (1997). Diabetes as a risk factor for myocardial infarction: population and gender perspectives, *Journal Internal medicine*, vol. 242, pp. 485-492.

Murnaghan, J.; Talalay, P. (1967). John Jacob Abel and the crystallization of insulin, *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 10, pp. 334-381.

Ordem dos Enfermeiros (2000). Conferência de Munique. Ordem dos Enfermeiros, nº 0 (julho 2000), p. 7-11.

OE (s/d) Visitação Domiciliária. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informação/Documentos/Artigos%20Enfermeiros/VISITA%20%87%20%83O%20DOMICILI%20%81RIA%20Sandra%20Abreu.pdf>. Consultado em 26 de julho de 2017.

OMS (2012) Consenso Internacional sobre Pé Diabético. Disponível em: <http://docplayer.com.br/1195102-Consenso-internacional-sobre-pe-diabetico-documento-preparado-pelo-grupo-de-trabalho-internacional-sobre-pe-diabetico.html> (acedido em 12 de junho de 2017).

Phipps, W. et al. (2009). *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. Lisboa, Lusodidata.

Quivy, R., Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa, Gradiva.

Robertson, K. et al. (2007). Insulin detemir compared with NPH insulin in children and adolescents with type 1 diabetes, *Diabetic Medicine*, vol. 24, pp. 27-34.

Roglic, G. et al. (2005). The burden of mortality attributable to diabetes: realistic estimates for the year 2000, *Diabetes Care*, vol. 28, pp. 2130-2135.

Schramm, J. et al. (2004). Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 9, pp. 897-908.

Sociedade Brasileira de Diabetes (2007). *Diretrizes. Tratamento e acompanhamento da Diabetes Mellitus*, Rio de Janeiro, Gen.

Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2013). *Diabetes: Factos e Números 2013. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa, SPD.

Sonksen, P. (1977). The evolution of insulin treatment, *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, vol. 6, pp. 481- 497.

The Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulindependent diabetes mellitus, *New England Journal of Medicine*, vol. 329, pp. 977-986.

Tuomilehto, J. et al. (2001). The Finnish Diabetes Prevention Program. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in life style among subjects with impaired glucose tolerance, *New England Journal of Medicine*, vol. 344, pp. 1343-1350.

UK Prospective Diabetes Study Group (1999). Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes, *Lancet*, vol. 354, p. 602.

Vieira, V. (2012). *O Papel Do Enfermeiro No Tratamento De Pacientes Com Diabetes Descompensada*. Universidade Presidente Antônio Carlos, Disponível em: <http://www.redentor.inf.br/arquivos/pos/publicacoes/31072012TCC%20Viviane%20Helena%20Fidelis.pdf> [Consultado em 03/06/2017].

World Health Organization (2002). The importance of pharmacovigilance. Safety monitoring of medical products. Geneva, WHO.

World Health Organization (2002). *The World Health Organization Report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneve,WHO.

World Health Organization (2002). *Diabetes: the cost of diabetes*. Geneve, WHO.

Williams, G. et al. (2004). Handbook of Diabetes. Massachusetts, Blackwell Publishing.

## ANEXOS

## ANEXO 1

### Instrumento de Recolha de Dados

#### Questionário

Eu, \_\_\_\_\_, aluno do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Ciências da Saúde, estou a elaborar o meu projeto de graduação intitulado “Percepção dos ensinamentos de Enfermagem na prevenção de complicações relacionadas com a Diabetes” para o qual agradeço a sua colaboração no preenchimento do questionário sobre esta temática.

O estudo será apenas usado para efeitos de investigação, estando garantido o seu anonimato, pelo que não deverá assinar o seu nome ou rubricar nenhuma folha.

Por favor responda a todas as questões, se tiver dúvidas estou disponível para ajudar.

Obrigado pela sua colaboração!

- **Idade:** \_\_\_\_ anos
- **Sexo:** Masculino \_\_\_\_  
Feminino \_\_\_\_
  
- **Estado civil:** Casado \_\_\_\_  
Viúvo \_\_\_\_  
Divorciado/Separado \_\_\_\_  
Solteiro \_\_\_\_  
Outro: \_\_\_\_
  
- **Habilitações literárias:** Sem habilitações \_\_\_\_  
1º Ciclo \_\_\_\_  
2º e 3º Ciclo \_\_\_\_  
Ensino secundário \_\_\_\_  
Bacharelato \_\_\_\_  
Licenciatura \_\_\_\_  
Outro \_\_\_\_

- 1 – Há quanto tempo é diabético:** < 2 anos \_\_\_\_  
entre 2 e 5 anos \_\_\_\_  
entre 5 e 10 anos \_\_\_\_  
mais de 10 anos \_\_\_\_

- 2 – Sabe qual o tipo de diabetes que apresenta?** Tipo 1 \_\_\_\_  
Tipo 2 \_\_\_\_  
Não sei \_\_\_\_

- 3 – Tem familiares com diabetes?**  
Sim \_\_\_\_  
Não \_\_\_\_

**4 – Tem outras complicações além da diabetes?**

Retinopatia \_\_\_\_\_  
Nefropatia \_\_\_\_\_  
Neuropatia \_\_\_\_\_  
Doença coronária \_\_\_\_\_  
Doença cerebral \_\_\_\_\_  
Doença arterial/venosa dos membros inferiores \_\_\_\_\_  
Hipertensão arterial \_\_\_\_\_  
Infeções \_\_\_\_\_

**5 – Que medicação toma para a diabetes?**

Antidiabéticos injetáveis \_\_\_\_\_  
Antidiabéticos orais \_\_\_\_\_  
Nenhuma \_\_\_\_\_  
Outros \_\_\_\_\_

**6 – Faz algum tipo de restrição alimentar?**

Sim \_\_\_\_\_  
Não \_\_\_\_\_

Dos alimentos a seguir indicados diga, desde que descobriu ser diabético/a, quais ingere mais, menos ou em igual quantidade:

Frutas e Vegetais \_\_\_\_\_  
Nozes, sementes, feijões e Tofu \_\_\_\_\_  
Gorduras \_\_\_\_\_  
Peixes, aves e ovos \_\_\_\_\_  
Laticínios \_\_\_\_\_  
Carne vermelha \_\_\_\_\_  
Cereais \_\_\_\_\_  
Doces \_\_\_\_\_

**7 – Pratica algum tipo de atividade física? (jardinagem, passeios a pé, andar de bicicleta, etc.)**

Não \_\_\_\_\_

Sim \_\_\_\_\_

**Com que frequência?**

1 vez por semana	_____
2-3 vezes por semana	_____
Todos os dias	_____

**8 – Após o aparecimento da diabetes:**

**Mudou hábitos alimentares?**

Manteve	_____
Diminuiu	_____
Aumentou	_____

**Mudou os hábitos tabágicos?**

Manteve	_____
Diminuiu	_____
Aumentou	_____

**Alterou o consumo de álcool?**

Manteve	_____
Diminuiu	_____
Aumentou	_____

**E quanto ao exercício físico?**

Manteve	_____
Diminuiu	_____
Aumentou	_____

**9 – No seu Centro de Saúde existe uma consulta específica para os doentes com diabetes?**

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

**10 – Para si, as consultas no Centro de Saúde ajudam no controlo da diabetes?**

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

**11 – Vai regularmente às consultas?**

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

**12 – Quando vai ao Centro de Saúde, à consulta de diabetes, é geralmente atendido por?**

Médico \_\_\_\_\_

Enfermeiro \_\_\_\_\_

Ambos \_\_\_\_\_

**13 – Os ensinamentos sobre cuidados a ter quando se é portador da diabetes foram efetuados por:**

Médico \_\_\_\_\_

Enfermeiro \_\_\_\_\_

Ambos \_\_\_\_\_

**14 – Em caso de dúvida sobre os cuidados a ter com a sua doença tem acesso fácil ao seu enfermeiro de família?**

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

**15 – Considera que as suas dúvidas são esclarecidas na consulta de enfermagem?**

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

**16 – Os ensinamentos efetuados pelos enfermeiros sobre a diabetes mudaram o seu comportamento no que se relaciona com a alimentação, exercício físico, hábitos tabágicos e prevenção do pé diabético?**

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

**17 – Considera que os ensinamentos efetuados contribuem decisivamente para gerir melhor a sua doença?**

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

**18 – Considera que seria uma mais-valia para a gestão adequada da sua doença ter maior contacto incluindo visita domiciliária do seu Enfermeiros de família?**

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

Obrigado!

## ANEXO 2

### Consentimento Informado

Como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem foi escolhido como tema de monografia “Perceção dos ensinamentos de Enfermagem na prevenção de complicações relacionadas com a Diabetes”.

Esta investigação tem como principal objetivo aferir a importância da perceção dos ensinamentos de Enfermagem por parte dos utentes na prevenção de complicações relacionadas com a Diabetes.

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo a participação de portadores de diabetes. É por isso que a sua colaboração é fundamental.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco.

As informações recolhidas serão efetuadas através de um questionário e toda a informação será confidencial, não sendo revelada a terceiros, nem publicada.

A sua participação neste estudo é voluntária, podendo retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto acarrete consequências para o inquirido.

Após lidas as explicações acima, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_