

Liliana Fernandes Amaral

Dificuldades sentidas pelo Doente Portador da Diabetes Mellitus tipo II e Família

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde da

Porto, 2011



Liliana Fernandes Amaral

Dificuldades sentidas pelo Doente Portador da Diabetes Mellitus tipo II e Família

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde da

Porto, 2011

Liliana Fernandes Amaral

Dificuldades sentidas pelo Doente Portador da Diabetes Mellitus tipo II e Família

---

Liliana Fernandes Amaral

“Projecto de graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem.”

## **Sumário**

A melhoria da qualidade de vida/ saúde nos países desenvolvidos tem contribuído para o aumento da esperança média de vida das pessoas e, conseqüentemente, o envelhecimento da população. Tem aumentado o número de pessoas com doenças crónicas, nomeadamente a diabetes mellitus tipo II.

Com este estudo de revisão bibliográfica pretende-se investigar a dificuldade inerente á problemática que o doente portador de diabetes mellitus tipo II e sua família enfrenta.

Ao longo desta revisão foram analisados vários documentos, entre eles, artigos, e teses escritos em língua portuguesa e inglesa, onde se pretende identificar e reflectir nas repercussões da diabetes mellitus no doente e respectiva família.

Foram sistematizados conceitos sobre a problemática e propostas de acções de Enfermagem ao doente e família na medida em que foram analisados os documentos científicos para o efeito.

Como resultado da pesquisa efectuada constatamos que esta doença crónica no seio familiar é um factor de sobrecarga física e mental para o doente e respectiva família. Os conhecimentos sobre a doença e o apoio social são necessários para enfrentar este tipo de doença.

Se a educação para a saúde nas populações é fundamental para a prevenção das doenças, também o ensino para o controlo da doença assume um papel de extremo relevo na contenção da evolução da DM e dos custos a ela associados. A elaboração e desenvolvimento de programas educativos direccionados para as principais necessidades dos doentes e família são de uma enorme relevância e devem constar das actividades diárias da equipa multidisciplinar.

## **Abstract**

Improving the quality of life / health in developed countries has contributed to the increase in average life expectancy of persons and, consequently, the aging population. It has increased the number of people with chronic diseases, including diabetes mellitus type.

With this literature review study aims to investigate the inherent difficulty of the problems that patients with diabetes mellitus type II and his family faces. Throughout this review we analyzed various documents, among them, papers, and theses written in Portuguese and English, which aims to identify and reflect on the impact of diabetes on the patient and their family.

As a result of research conducted found that this chronic illness in the family is a factor in mental and physical burden for patients and their families. The knowledge about the disease and social support are needed to address this type of disease. Were systematized concepts and proposals on the issue of shares of Nursing to the patient and family in that it analyzed the papers for that purpose.

If education for health in populations is essential for the prevention of diseases, also teaching for the control of the disease assumes a role of extreme importance in containing the evolution of DM and costs associated with it. The design and development of educational programs targeted paras major needs of patients and families are an extremely important and must appear in the daily activities of the multidisciplinary team.

## **Agradecimentos**

À minha Mãe, à minha Tia Anabela e aos meus Tios Especiais

...pela oportunidade de ter vindo ao mundo, por tudo o que me ensinam todos os dias, pelo amor com que me educaram, por me terem transformado no que sou hoje, por me incentivarem sempre a estudar e, em especial, pelo apoio prestado nesta recta final. O meu Muito obrigado a todos!

À minha orientadora, Dra. Maria José Abreu

... pela disponibilidade e pertinência das suas orientações para a elaboração deste projecto de investigação. Sem o seu apoio incondicional e saberes transmitidos o desenvolvimento desta investigação não seria possível, o meu sincero agradecimento!

Aos meus amigos

...pelo apoio, pela amizade, pela cumplicidade, pela partilha de conhecimento e, acima de tudo, por terem sido um pilar ajudando-me a ultrapassar alguns obstáculos nesta caminhada que é a vida...o meu obrigado!

## **Lista de siglas**

ADA	American Diabetes Association
APDP	Associação Protectora do Diabéticos de Portugal
CID	International Classification of Diseases
DGS	Direcção Geral de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
OMS	Organização Mundial de Saúde
QVRS	Qualidade de Vida relacionada com a Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
UFP	Universidade Fernando Pessoa

## Índice

0.INTRODUÇÃO .....	12
I.FASE CONCEPTUAL .....	14
1.1.Problemática de investigação.....	14
i.Definição do tema .....	14
ii.Contextualização da problemática .....	14
iii.Pergunta de partida/ questões de investigação.....	15
iv.Objectivos da Investigação .....	15
1.2.Revisão bibliográfica .....	16
i. A Diabetes mellitus.....	16
a) Doença crónica.....	17
b) Epidemiologia da Diabetes Mellitus.....	17
c) Classificação e diagnóstico .....	20
d) Tratamento .....	21
e) Complicações da diabetes .....	22
ii.Factores associados ao comportamento de adesão à terapêutica .....	23
a) Adesão à terapêutica .....	23
b) Factores demográficos e psicossociais.....	24
c) Suporte social.....	25
d) A família .....	26
iii.Estudos relacionados com o tema.....	28
II.FASE METODOLÓGICA .....	37
2.1.Desenho da investigação.....	37
i.Tipo de estudo.....	37
III.FASE EMPIRICA.....	39
3.1.Apresentação dos resultados .....	39

3.2.Discussão dos resultados .....	44
III. CONCLUSÃO .....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	49

## **Índice de Gráficos**

Pag.

*Gráfico 1* – Distribuição da população diabética portuguesa, em 2009, segundo o Género.....22

*Gráfico 2* – Distribuição da população diabética portuguesa, em 2009, segundo Grupo Etário.....23

## **Lista de quadros**

Quadro 1 - Apresentação dos estudos pesquisados por autor, ano, tema e resultados mais pertinentes.....41

## **0. INTRODUÇÃO**

O presente trabalho de investigação foi elaborado no âmbito do 4º ano do curso da Licenciatura em Enfermagem como pré-requisito para obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a principal causa de incapacidade no mundo até 2020 serão as doenças crónicas que, se não forem bem geridas, representarão a maior sobrecarga para os sistemas e profissionais de saúde a eles associados.

A diabetes constitui um grave problema de saúde pública pela sua taxa de ocorrência na população, pela significativa deterioração na qualidade de vida, e complicações e dificuldades que provoca no doente e respectiva família. Compete aos Enfermeiros identificar essas mesmas dificuldades e minimiza-las. O tratamento da diabetes implica a adopção de comportamentos complexos a serem integrados na rotina diária do doente e família. A cronicidade da doença associada à adesão terapêutica (cuidados com alimentação, exercício físico, medicação e monitorização glicémica) e às responsabilidades a inculcar ao doente e família podem contribuir para a baixa adesão encontrada nos diabéticos (Cox & Gonder Frederick, 1992).

Investigação em Enfermagem “não são palavras vãs (...) investigar em qualquer área de actuação dos enfermeiros não só é necessário como imperioso, se queremos uma profissão em constante desenvolvimento” (Salgueiro, 1991). A investigação científica é, de acordo com Fortin (1999, p.17) “ (...) um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação (...)”. Assim sendo, é apresentado um estudo sobre as dificuldades sentidas pelo doente com Diabetes Mellitus tipo II e respectiva família, uma vez que os profissionais de saúde, concretamente os enfermeiros têm uma enorme responsabilidade na aplicação dos programas direccionados para a prevenção das complicações associadas e de adopção de estilos de vida saudáveis.

Esta investigação torna-se pertinente, porque a diabetes tipo II é a forma mais comum e atinge mais de 90%. Segundo a APDP, Associação Protectora dos diabéticos de Portugal, só na Europa existem mais de 30 milhões de pessoas atingidas por esta doença. Portugal também apresenta uma taxa de incidência/ prevalência preocupante de 4,7%, cerca de 500 mil diabéticos. O moderno estilo de vida com excessos alimentares e a utilização de alimentos de elevado valor calórico ricos em açúcares e gorduras, a redução da ingestão de fibras, o stress constante da vida moderna e sedentarismo explicam muito desta explosão mundial de diabetes.

Em consonância com estes pressupostos definiu-se para este estudo, a seguinte pergunta de partida: Quais as dificuldades sentidas pelo doente com Diabetes Mellitus tipo II e pela sua família?

Tem como objectivo geral identificar as dificuldades sentidas pelo doente com Diabetes Mellitus tipo II e pela sua família. É um estudo do tipo bibliográfico e exploratório, tendo sido utilizados dados recolhidos da internet, artigos de revistas de investigação científica, de livros consultados em bibliotecas, e biblioteca digital. Estabeleceu - se fazer a consulta a publicações até aos últimos 10 anos.

No sentido de desenvolver os diversos aspectos considerados neste projecto, como uma leitura fácil e compreensível, o presente trabalho encontra-se estruturado em três partes: fase conceptual, fase metodológica e fase empírica.

Como resultado da pesquisa efectuada constatamos que esta doença crónica no seio familiar é um factor de sobrecarga física e mental para o doente e respectiva família. Os conhecimentos sobre a doença e o apoio social são necessários para enfrentar este tipo de doença.

## **I. FASE CONCEPTUAL**

Como nos refere Fortin (1999,pag.39), conceptualizar é um processo, é uma forma ordenada de formular, de documentar as ideias em torno de um assunto que se pretende investigar, de modo a chegar a uma concepção objectiva e organizada do assunto em estudo.

### **1.1 Problemática de investigação**

#### **i. Definição do tema**

“A formulação de um problema de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que se deseja empreender”. Segundo Fortin (2000, pag.39)

Portanto o tema escolhido foi a Diabetes Mellitus tipo II como tema geral e as dificuldades que o doente e família apresentam relacionados com a temática da doença.

A Enfermagem tem um papel muito importante neste contexto, intervindo, não só através da prestação de cuidados humanos e de saúde aos doentes com Diabetes Mellitus e respectivos familiares, como também a sua atenção e controle através dos ensinamentos para a saúde.

#### **ii. Contextualização da problemática**

A motivação para a escolha do tema reside no facto de vivenciarmos uma situação familiar com dificuldades sentidas no dia-a-dia também devido à cronicidade da doença. Ao longo da formação, no âmbito da licenciatura, tomamos consciência da complexidade desta doença e suas implicações aos níveis pessoal, familiar e social, o que nos criou um interesse especial no seu aprofundamento para melhorar a qualidade de vida destas pessoas e seus familiares enquanto futuros enfermeiros.

O diagnóstico de uma doença pode afectar profundamente o modo como olhamos a nossa vida o que por si só vai influenciar a capacidade de nos relacionarmos com a nossa família, amigos, conhecidos e desconhecidos. Quando surge alguma incapacidade perante o diagnóstico e controle de uma doença, emoções como ansiedade, preocupação, medo e até culpa podem dificultar a adaptação à doença e a relação com os outros. Estes são maioritariamente a família.

A diabetes exige a adopção de comportamentos de alguma complexidade que têm de ser integrados de forma rotineira. A cronicidade da doença, associada as características da tríade terapêutica e as responsabilidades do doente podem contribuir para a baixa adesão vulgarmente encontrada nos diabéticos (Cox & Gonder Frederick, 1992).

### **iii. Pergunta de partida/ questões de investigação**

Segundo Fortin (2009), uma questão de investigação é uma pergunta explícita que diz respeito a um tema que se pretende analisar, com o objectivo de aprofundar o conhecimento existente.

Por isso mediante o tema nos interrogamos com a seguinte questão de partida: “Quais as dificuldades do doente portador da diabetes mellitus tipo II?”

### **iv. Objectivos da Investigação**

O objectivo determina a orientação da investigação e o tipo de estudo a empreender. (Fortin, 2009, p.327)

#### ***Objectivo geral***

O objectivo deste estudo foi identificar as dificuldades do doente portador da Diabetes Mellitus tipo II e Família através de artigos científicos publicados em revistas científicas indexadas, teses de mestrado no período de 2004 a 2011, e analisá-los

quanto ao tema, conceito, sistematização e propostas de ações de enfermagem ao doente e família .

## **1.2. Revisão bibliográfica**

De acordo com Lakatos e Marconi (2001), a revisão bibliográfica tem como finalidade permitir ao pesquisador o acesso ao que foi escrito sobre determinado assunto. Os mesmos autores, citando Manzo, 1971, referem que a pesquisa bibliográfica permite resolver problemas que já são conhecidos e abre caminho para novas áreas de investigação.

**Palavras-chave** introduzidas foram os seguintes conceitos: A Diabetes Mellitus, Doença crónica doente diabético, dificuldades, família, suporte social, adesão à terapêutica, que segundo Lakatos e Marconi (2001), constitui fase de compilação.

### **i. A Diabetes Mellitus**

De acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID), a Diabetes Mellitus descreve uma desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por uma hiperglicemia crónica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lipídios e proteínas, resultantes de deficiência na secreção ou acção da insulina, ou de ambas.

Na Diabetes tipo I, correspondente a 10% dos casos, há um mecanismo auto-imune que conduz à destruição das células beta com conseqüente deficiência (absoluta) na secreção de insulina. O doente tem necessidade da insulina para sobreviver, pelo que o tratamento passa pela administração de insulina.

Na Diabetes tipo II, ou há um predomínio da insulino-resistência, com deficiência relativa de insulina, ou há um predomínio de defeitos na secreção de insulina, com ou sem insulinoresistência; trata-se através de dieta, exercício, antidiabéticos orais ou insulina.

### **a) Doença crónica**

Por natureza sociocultural o panorama nacional é dominado pelo paradigma da doença aguda, em que intervenções de curta duração têm bastante eficácia. “A DM sendo um expoente das doenças crónicas, implica uma perspectiva distinta, que exige a participação activa do doente e, em maior ou menor grau, dos que com ele convivem” Melo, P. (2010). p.59

Segundo a OMS (consultado em 2/06/2011),

Chronic diseases are diseases of long duration and generally slow progression. Chronic diseases, such as heart disease, stroke, cancer, chronic respiratory diseases and diabetes, are by far the leading cause of mortality in the world, representing 60% of all deaths.

A diabetes exige a adopção de comportamentos de alguma complexidade que têm de ser integrados de forma rotineira. A cronicidade da doença, associada as características da tríade terapêutica e as responsabilidades do doente podem contribuir para a baixa adesão vulgarmente encontrada nos diabéticos (Cox & Gonderfrederick, 1992).

De acordo com Paúl e Fonseca (2001, p.102) “ Viver com uma doença crónica implica necessariamente uma tentativa de reconstrução da vida própria, envolvendo estratégias específicas para lidar com os sintomas, com as consequências percebidas da doença e com o ajustamento à doença no âmbito das relações sociais”.

### **b) Epidemiologia da Diabetes Mellitus**

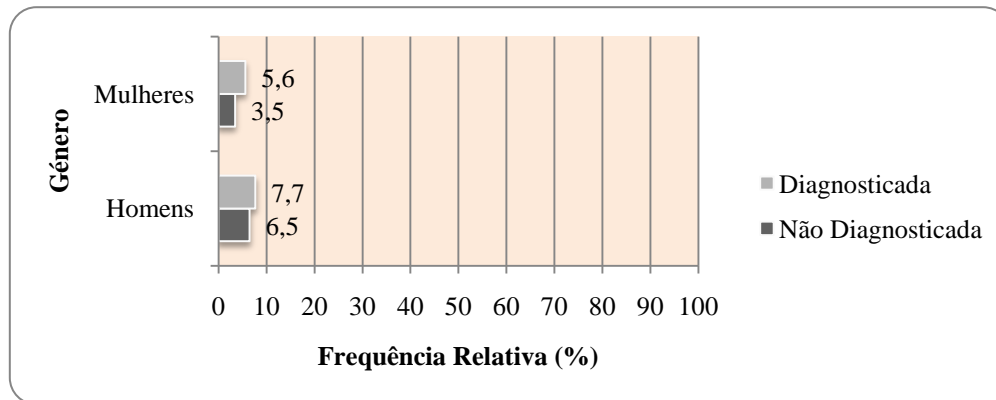
O conhecimento da sua epidemiologia é fundamental para qualquer programa que pretenda combater eficazmente o seu crescimento. A diabetes é uma doença crónica em larga expansão, atingindo de uma forma crescente as características de uma pandemia. Está associada a uma elevada morbidade e mortalidade relacionadas com o risco de complicações ao nível cardio e cérebro vascular, renal, oftalmológico e vascular periférico. A luta contra a sua expansão implica necessidades de medidas consistentes e

programadas em termos de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e controle (Correia cit. *in* Nunes 2010, p.1).

A prevalência é definida como o número de casos existentes numa determinada população num determinado espaço de tempo. Enquanto na diabetes tipo I, o diagnóstico é feito rapidamente logo é relativamente fácil saber a prevalência, na diabetes tipo II como pode evoluir durante anos assintomaticamente, o diagnóstico pode demorar o mesmo. Outro parâmetro a considerar é o da incidência, que é definida como o número de novos casos ocorridos numa população e espaço de tempo específico. Na população mundial existe uma diferença pouco significativa entre os dois sexos com uma ligeira predominância de sexo feminino, e uma prevalência significativa entre as populações urbanas relativamente às rurais. A diabetes tipo II é a forma mais comum de diabetes atingindo mais de 90% dos casos.

Segundo a APDP, só na Europa existem mais de 30 milhões de pessoas atingidas por esta doença. Portugal também apresenta uma taxa de incidência/ prevalência preocupante de 4,7%, cerca de 500 mil diabéticos. O moderno estilo de vida com excessos alimentares e a utilização de alimentos de elevado valor calórico ricos em açúcares e gorduras, a redução da ingestão de fibras, o stress constante da vida moderna e sedentarismo explicam muito desta explosão mundial de diabetes.

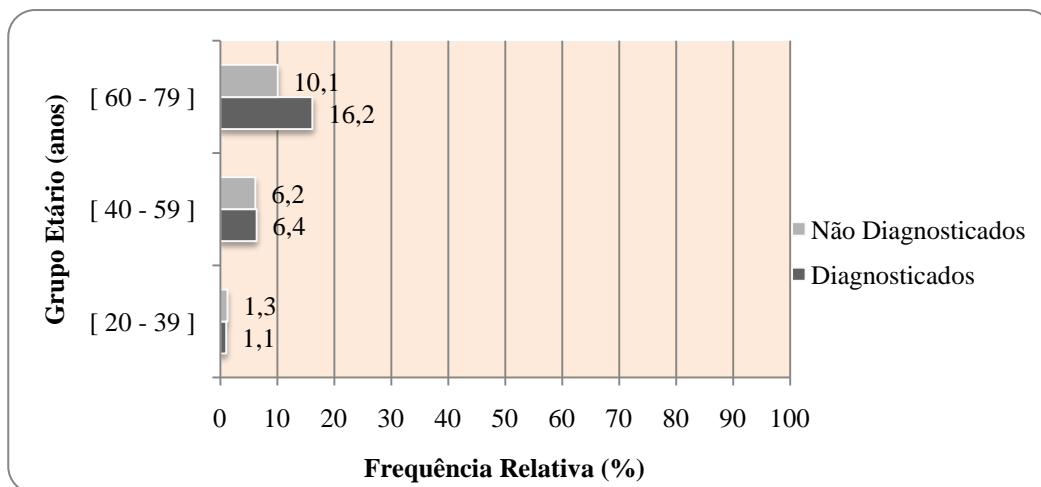
**Gráfico 1** – Distribuição da população diabética portuguesa, em 2009, segundo o Género



Fonte: Estudo da prevalência da Diabetes em Portugal,(2009)

Através do gráfico 1, é possível verificar que a maioria dos diabéticos portugueses é do género masculino (14,2%), sendo que 6,5% são casos não diagnosticados e 7,7% são casos diagnosticados. Em relação às mulheres diabéticas, representam 9,1% da população portuguesa, sendo que 3,5% são casos não diagnosticados e 5,6% são casos diagnosticados.

**Gráfico 2** – Distribuição da população diabética portuguesa, em 2009, segundo Grupo Etário



Fonte: Estudo da prevalência da Diabetes em Portugal,( 2009)

É de realçar que através do gráfico 2, a maior percentagem de diabéticos portugueses situa-se no grupo etário [20 - 39] com 26,3%, seguidamente o grupo etário dos [40 – 59] anos com 12,6% e, por fim, o grupo etário dos [20 – 29] anos com 2,4%.

### **c) Classificação e diagnóstico**

Para Rosas (cit. *in* Nunes 2010, p.11),

(...) a diabetes resulta da deficiência absoluta ou relativa, de insulina, conseqüente à ineficiência da sua acção ao nível dos tecidos, da deficiência da sua secreção ou de ambas. Daí resulta a perturbação do metabolismo de hidratos de carbono, lípidos e proteínas, sendo a consequência mais evidente, a hiperglicemia.

De acordo com Sousa (2003), a insulina é uma hormona produzida pelas células beta dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, e tem como principal função disponibilizar a glicose às células. Um deficit na sua produção ou acção vai provocar o incorrecto aproveitamento de proteínas, açúcares e gorduras, que representam as principais fontes de energia do nosso organismo.

O diagnóstico pode fazer-se:

- Em jejum quando a glicemia é  $\geq 126$  mg/dl (mais do que uma vez na presença ou não de sintomas).

- Na determinação de uma glicemia ao acaso ( $\geq 200$ mg/dl), a qualquer hora na presença de sintomas.

Com a prova de tolerância a glicose ( PTGO). A prova consiste em ingerir cerca de 75gr de glicose diluída em 250 a 300cc de água durante 5 min. Em jejum e após 2 horas é colhida uma amostra de sangue para determinar os valores de glicemia (OMS, 1998) .

Diagnosticada a diabetes, importa classificar a doença, porquanto a abordagem clínica e a decisão terapêutica depende da compreensão da patogenia que a classificação implica.

#### Diabetes tipo I – Insulinodependente (DMID)

Este tipo de diabetes representa cerca de 10% de todos os casos e é caracterizado pela falência total das células Beta pancreáticas que leva a uma deficiência absoluta na produção de insulina, obrigando o doente a necessitar de terapêutica insulínica para o resto da vida. Ocorre em qualquer idade mas manifesta-se frequentemente desde a idade jovem com um desenvolvimento brusco, as suas causas apontam para uma alteração no sistema imunitário do doente, que desencadeia uma reacção auto-imune destruindo as próprias células Beta. Aquando do seu diagnóstico, os valores de glicemia ocasional são elevados e tornam-se evidentes sinais e sintomas como: perda de peso, poliúria, polidipsia e polifagia. (Levy, 1999) consequência da insulinopenia pode ocorrer acidose metabólica.

#### Diabetes tipo II – insulinoresistente (DMIR)

Este tipo de diabetes representa cerca de 90 % dos casos e é caracterizado pela falência das células beta, que numa fase inicial da doença silenciosa existe insulinemia elevada e lentamente deixa de poder compensar a insulino-resistência, na maioria das vezes o doente permanece sem sintomas e sem diagnóstico. Ocorre tipicamente no doente adulto com tendência hereditária, doenças endócrinas e hábitos de vida menos saudáveis, já com alguns anos de evolução, podendo co-existirem complicações associadas.

#### **d) Tratamento**

Segundo a American Diabetes Association (ADA) o plano de tratamento a instituir, deve ser individualizado, resultando de um esforço comum entre o diabético, o prestador de cuidados e a equipa de saúde multidisciplinar. Enfatiza ainda que a componente educativa deve fazer parte integral do mesmo plano, mediada através de factores como a idade do doente, a sua escolaridade, situação social e familiar,

personalidade, entre outras de modo a serem traçados objectivos de acordo com a condição e motivação do doente e família.

De acordo com as recomendações do grupo de estudos da associação portuguesa de médicos de clínica geral, o tratamento da diabetes tipo 2 inclui:

- Controlo da diabetes: modificações do estilo de vida (hábitos alimentares saudáveis, exercício físico, redução da ingestão de álcool, e abstinência tabágica));
- Tratamento de factores de risco independentes: redução da tensão arterial e colesterol.

#### *Estratégias de controlo da diabetes*

Devido à rápida expansão desta patologia várias medidas têm vindo a ser desenvolvidas na área da prevenção e controlo metabólico da doença e das suas complicações. Vários consensos tem apontado quais os valores desejáveis de peso, tensão arterial, dos lipídios hemoglobina glicada, e glicemias a diferentes horas de acordo com a idade e o tipo de diabetes. Os valores atingir são de quase normoglicemia, que são aqueles que colocam os doentes em situações idênticas às pessoas sem diabetes, são metas difíceis mas que se deve ter em mente e a atingir.

#### **e) Complicações da diabetes**

Um dos objectivos do tratamento do doente com diabetes é evitar o aparecimento de complicações. As principais complicações associadas com a diabetes mellitus incluem as vasculopatias diabéticas, retinopatia, nefropatia. Algumas destas complicações constituem um risco para a vida e todas elas contribuem significativamente para a mortalidade da população diabética.

A hiperglicemia crónica vai originar, além de os sintomas clássicos, o aparecimento de várias complicações das quais se podem distinguir:

- Comprometimento vascular, com consequentes lesões nos tecidos e órgãos;
- Comprometimento neuro, macro e micro vasculares: pé diabético;
- Comprometimento da função sexual e maior susceptibilidade a infecções.

## **ii. Factores associados ao comportamento de adesão à terapêutica**

O ajustamento a uma doença crónica envolve recursos educacionais, sociais e materiais que devem ser mobilizados de modo a permitir um melhor ajustamento à própria doença.

### **a) Adesão à terapêutica**

Pela sua importância na saúde do indivíduo, especialmente quando esta se encontra alterada, a adesão terapêutica tem tido sido tema principal de variados estudos científicos, nomeadamente esta iniciativa tem partido daqueles que acompanham diariamente esta problemática.

Bradley (cit. *in* Correia 2007, p.9), refere:

A diabetes é uma doença existente com um tratamento multifacetado e que leva à necessidade de grandes alterações nos hábitos de vida diários, com vista à integração das actividades de auto-cuidado, tão importantes no controlo da doença. Comer correctamente e várias vezes ao dia, evitar o excesso de peso, praticar exercício físico, efectuar a auto-vigilância da glicemia, prestar cuidados aos pés, tomar os medicamentos etc...são algumas actividades exigidas aos diabéticos. Aceitar e cumprir todo o plano terapêutico proposto ou muitas vezes imposto aos profissionais de saúde, nem sempre é fácil o que leva frequentemente a uma fraca adesão e muitas dificuldades na gestão do regime terapêutico.

São vários os factores que interferem com a adesão e a gestão do regime terapêutico. Como confirma OMS (cit *in* Correia 2007, p.10),

que associa os factores em cinco grupos: sociais; económicos; culturais; factores relacionados com os profissionais de saúde e terapêutica prescrita; factores relacionados com a doença de base e comorbilidades; e factores individuais relacionados com os doentes. Esta variedade de factores envolvidos faz transparecer as dificuldades que o estudo do tema acarreta e também dificulta a criação de estratégias de intervenção mais direccionadas para combater estas dificuldades.

### **b) Factores demográficos e psicossociais**

A promoção da saúde assenta no pressuposto de que os nossos comportamentos e as circunstâncias em que vivemos têm um grande impacto na nossa saúde, sendo este resultado de uma complexa interacção entre factores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais (Bennet & Murphy, 1999).

O estilo de vida característico dos países desenvolvidos, está associado a inúmeros comportamentos considerados não saudáveis, que contribuem para o aparecimento de doenças crónicas e para diminuição efectiva da qualidade de vida do doente e consequentes cuidadores. A literatura em geral destaca os hábitos tabágicos, o excesso de álcool, a má nutrição e o sedentarismo como alguns desses factores (Bennet, 2002; Ribeiro, 1998).

Os recursos financeiros são considerados um factor de risco e um baixo estatuto socioeconómico, pode estar associado a uma prevalência da obesidade na diabetes tipo II (Wing et al, 2001).

De acordo com Paúl e Fonseca (2001, p.102),

“ Viver com uma doença crónica implica necessariamente uma tentativa de reconstrução da vida própria, envolvendo estratégias específicas para lidar com os sintomas, com as consequências percebidas da doença e com o ajustamento à doença no âmbito das relações sociais”.

Perante o diagnóstico de doença crónica, as pessoas podem reagir de formas diferentes, mas é certo que a condição crónica traz imposições e ajustamentos em termos comportamentais, sociais e emocionais, que vão provocando dificuldades nas mesmas ao longo do tempo. De facto, um dos maiores impactos deste tipo de doenças verifica-se na auto-percepção do indivíduo, o diagnóstico muda rapidamente o modo como as

peessoas vêm as suas próprias vidas exigindo frequentemente mudanças de planos a curto e a longo prazo (Brannon & Feist, 2007).

Pode definir-se dificuldades como “coisa difícil, impedimento, estorvo, obstáculo, embaraço” (Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa, 1987).

### **c) Suporte social**

De acordo com Santos (2005), o suporte social é primordial para o doente adquirir orientações de saúde adequadas para o processo de adaptação da doença, assim o processo educacional passa por valorizar as experiências guiadas pelos valores e crenças do próprio doente e núcleo familiar acerca da doença. É de considerar que a participação familiar no processo educativo do doente, serve de fonte emocional nos momentos em que o diabético se sente impotente perante os desafios que forem surgindo.

Para Ramos (cit. *in* Correia 2007, p.8),

.... é necessário que melhorem os cuidados de saúde e para que isso aconteça, é fundamental que se adequem os sistemas de Saúde aos sistemas de pensamento dos indivíduos. A comunicação e a relação estabelecida entre o enfermeiro, o doente e a família são fundamentais para o sucesso neste processo. As atitudes e as recomendações proferidas pelo enfermeiro têm que ter em conta as representações sociais, as crenças, os hábitos, o nível educacional, as condições de vida e a própria organização familiar e social que vão influenciar os comportamentos de saúde e de doença...a família pode neste contexto assumir um papel de protagonista, seja em aspectos positivos como no apoio a realização das actividades de auto-cuidado, seja nos aspectos mais negativos, como a fraca compreensão do fenómeno que vai inviabilizar muitas vezes o cumprimento do plano terapêutico do diabético.

Um estudo sobre o suporte social dos diabéticos mostra como os sujeitos com apoio social se ajustam melhor psicologicamente a acontecimentos indutores de *stress*; recuperam mais rapidamente da doença recentemente diagnosticada e reduzem o seu risco de mortalidade a doenças específicas como é o caso da diabetes. Documenta ainda que os diabéticos que beneficiam de mais apoio social, usufruem de Qualidade de Vida mais satisfatória (Nunes, 1999 e Nunes, 2004).

Vários autores consideram o suporte social como factor fundamental, no que diz respeito à adesão e gestão do regime terapêutico, de modo a mais facilmente o doente e respectiva família conseguirem ultrapassar as suas dificuldades.

#### **d) A família**

O conceito de família tem vindo a evoluir ao longo dos tempos, é um sistema de pessoas em interacção, ligadas por laços afectivos que se regem de acordo com padrões próprios, cujo propósito segundo Orem (1995), é promover o desenvolvimento integral dos seus elementos, onde o bem-estar de cada um contribui para o bem-estar de todos.

Assim, no interior da família, os indivíduos podem constituir subsistemas, podendo estes ser formados pela geração, sexo, interesse e/ ou função, havendo diferentes níveis de poder, e onde os comportamentos de um membro afectam e influenciam os outros membros. A família como unidade social, enfrenta uma série de tarefas de desenvolvimento, diferindo a nível dos parâmetros culturais, mas possuindo as mesmas raízes universais (Minuchin, 1990)

#### *Função da família*

Uma vez que a família é um contexto de desenvolvimento e socialização, uma das importantes funções que lhe cabe consiste em facilitar o estabelecimento e dar continuidade entre as aprendizagens e novas exigências desde a infância até a velhice. Assim é no contexto da família que o doente tem que realizar um treino progressivo para conquistar a sua autonomia. Este ponto de vista é realçado por Flemming (1993), quando refere que vários estudos têm demonstrado existir relação entre a autonomia e o modo como a família exerce autoridade sobre o doente.

Neste contexto cabe a família cuidar do doente de modo a minimizar as dificuldades sentidas desde que é decretado o diagnóstico até à adesão terapêutica. (Minuchin, 1990)

“ (...) cuidar é e será sempre , não apenas indispensável à vida dos indivíduos mas à perenidade de todo o grupo social” Collière (1999, p.15 cit. *In santos* , 2008).

Cuidar não é mais que satisfazer as necessidades fundamentais do indivíduo, através de uma relação de entreajuda. Quando é diagnosticada uma doença ocorrem alterações que afectam o papel de cada um no seio familiar o que pode levar a uma perda de equilíbrio da mesma. As doenças crónicas comportam consequências psicossociais complexas pois, para além de um forte impacto a nível da qualidade de vida do indivíduo afectado e da respectiva família, representam uma grande sobrecarga (OMS, 2002).

E não é necessário também cuidar dos familiares? De acordo com Massano (2009, p.400) quando se diagnostica uma doença crónica estabelece-se informalmente a existência de um potencial novo doente.

#### *As necessidades da família*

Geralmente um familiar tem mais atenção para com a pessoa que cuida do que consigo próprio o que leva ao desenvolvimento de necessidades cíclicas consoante a idade e saúde do cuidador, os conhecimentos sobre a patologia da pessoa cuidada, da dependência do doente e da existência de serviços de apoio de acordo com os recursos económicos (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004, *cit.in* Ferreira, 2008).

Os profissionais de saúde devem disponibilizar toda a formação aos familiares, pois um cuidador informado apresenta maior disponibilidade e capacidade para cuidar do seu doente. Segundo Ferreira, (2008) os enfermeiros devem elaborar um plano para uma prestação de cuidados aprimorada que permita uma preparação para a evolução da doença.

A APDP é a única instituição nacional de referência, sendo simultaneamente uma Associação vocacionada para a defesa dos direitos das pessoas com Diabetes e para uma correcta integração das pessoas com Diabetes na sociedade e uma Clínica prestadora de

cuidados médicos integrados e diferenciados ao doente com Diabetes, sem descurar os aspectos formativos e de investigação inerentes à excelência dos serviços prestados.

### *As dificuldades da família*

Para Fernandes (2009); e Grilo (2009) a prestação de cuidados a doentes crónicos pode ter repercussões ao nível económico, social e na saúde do cuidador, nomeadamente a perturbações físicas e psíquicas. Estas perturbações acentuam-se com as alterações no comportamento do doente, a falta de redes de apoio, reflectindo-se no cuidador ao longo do tempo. É necessário promover no cuidador, o bem-estar e equilíbrio fundamentais ao acto de cuidar.

### **iii. Estudos relacionados com o tema**

Após a escolha do tema e do modo de abordagem foi delineado um levantamento das referências bibliográficas existentes quanto ao tema em bibliotecas, livros e internet nomeadamente na base de dados Scielo, Lilacs e na biblioteca digital da UFP encontrados em diferentes momentos de pesquisa.

Péres et al. (2007), desenvolveram um estudo denominado “Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos” com o objectivo de identificar as dificuldades dos pacientes diabéticos em relação ao tratamento, para o controle da doença. Com uma amostra de 24 diabéticos que frequentavam um centro educativo para adultos e idosos, recolheram os dados individualmente a partir de uma questão que norteou o testemunho de cada um. A análise desses dados englobou quatro categorias analíticas relacionadas com alimentação, actividade física, medicação e sentimentos associados à experiência da doença.

Estes autores verificaram que são inúmeras as dificuldades relacionadas com o seguimento do tratamento como: a negação e a rejeição da sua condição de doente aliadas ao sofrimento e revolta devido às restrições impostas pelas categorias acima descritas. A dificuldade de seguir alimentação prescrita acontece porque está

relacionada com hábitos adquiridos, ao horário definido, ao valor cultural do alimento, às condições socioeconómicas e à questão psicológica envolvida. A transgressão e o desejo alimentar estão sempre presentes, alguns diabéticos reconheceram a influência que as emoções têm sobre o comportamento alimentar enquanto outros reconheceram a importância da reeducação alimentar na manutenção do controlo glicémico.

Quanto à descrição dos diabéticos segundo o uso da medicação mais de metade da amostra apresentou dificuldades em relação à toma, por dúvidas quanto à prescrição como por esquecimento ou sincera recusa, o uso constante de medicação que uma doença crónica comporta salienta ao doente a presença dessa enfermidade, o que pode levar a exaustão do doente e provocar ansiedade, medo e tristeza levando-o a evitar essa situação. Quanto à actividade física alguns doentes apesar de saberem que é importante para controlar o peso e a glicemia justificam a não adesão por motivos de carga horária, viagens, desânimo, preguiça e stress.

Em relação aos sentimentos associados à experiência de doença arremataram que a identidade do diabético é moldada por um processo complexo, exige entrar em confronto com emoções potencialmente desagregadoras, geradas pela rejeição da condição de portador de uma doença crónica especial que faz com que o doente se sinta menos normal no quotidiano. Este conflito provoca reacções emocionais imprevisíveis e intensas como ansiedade, preocupação permanente, magoa, revolta, e uma vigilância eterna para controlar os próprios impulsos de modo a não transgredir os limites e perder o controlo.

Como forma de minimizarem estes aspectos negativos, referem que o profissional de enfermagem não se deve restringir apenas à transmissão de conhecimentos sobre a problemática da doença, mas englobar os aspectos emocionais, sociais e culturais que influenciam a adesão ao tratamento pois a perda da condição de “indivíduo saudável” ocorre tardiamente após já complicações provenientes do mau controlo glicémico. Os mesmos autores acreditam que uma melhor compreensão dos sentimentos e comportamentos da pessoa diabética pode alterar o modo de atenção para com este tipo de doentes, incorporando os pressupostos do cuidados integral que incluem as dimensões do bem-estar biológico, psicológico, social, espiritual e entre outros.

Santos et al. (2003), realizaram em 2005 um estudo de caso intitulado “ O cuidado sob a óptica do paciente diabético e seu principal cuidador” com o objectivo de “descrever como o paciente diabético e seu principal cuidador percebem as dificuldades perante a doença” através de uma entrevista aplicada a uma paciente diabética e seu principal familiar convivente. O presente estudo permitiu descrever como o doente e respectivo familiar percebem as dificuldades diárias para o controle da diabetes, contribuindo para conhecer factores comportamentais e emocionais a ser considerados no apoio aos mesmos.

Como factores prelectores deste impacto familiar, foram referidos: as influencias interpessoais familiares e de pares, mudanças significativas no comportamento alimentar e problemas com a medicação. Assim é recomendado conhecer os padrões de resposta em relação a sentimentos, angustias, ansiedade, conflitos e necessidades através de um vínculo afectivo de modo a traçar estratégias direccionadas a alcançar o controlo emocional e metabólico. As situações que podem levar ao desânimo e depressão do familiar cuidador são: os distúrbios no comportamento do doente, a desestruturação conjugal/familiar e a repetição de tarefas. Quem assume o papel de cuidador com maior frequência é o cônjuge ou filho(a) o que leva acumulação dos aspectos negativos na relação. Para minimizar os mesmos, o referente estudo emite um alerta aos profissionais de saúde de modo a estarem atentos não só aos doentes com DM mas também aos seus cuidadores devido à percepção de sobrecarga física e emocional que esta doença crónica comporta.

Zanetti et al. (2007), desenvolveram um estudo denominado “ O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família” através de uma abordagem qualitativa tendo utilizado uma amostra de seis familiares entrevistados dos 54 disponíveis, com o objectivo de “ compreender as repercussões na família da assistência oferecida após implementação de um programa educativo em diabetes”. Estes autores referem que os familiares reconhecem o centro educativo como uma referência diferencial para adesão do doente ao plano alimentar, exercício físico, terapia farmacológica e não farmacológica. A educação desenvolvida no centro possibilitou que o doente compreendesse a importância do apoio familiar para conhecer e controlar a sua doença, são estes doentes que melhor a conhecem, aderem ao regime terapêutico, e incrementam

o exercício físico diário para um melhor controlo metabólico. As divergências familiares ocorrem quando o cuidador tende a buscar soluções e a opinar na tentativa de resolver o problema do seu familiar da melhor forma possível, este deve aprender aceitar a interferência do cuidador quando sofre com algum conflito ou dificuldade. Os cuidadores percebem os ajustes terapêuticos para o controlo desta doença crónica ao longo do tempo e para um controlo metabólico mais eficaz, manifestam a necessidade de orientação prévia do doente de forma a promover aceitação do novo tratamento e que este aconteça de forma menos traumática e conflituosa.

Weirich et al. (2004), realizaram em 2003 uma revisão bibliográfica intitulada “O cuidado de enfermagem à família: ”. Os dados foram obtidos através da base de dados Liliacs, em periódicos de enfermagem com até dez anos de publicação, este estudo tinha como objectivo analisa-los quanto ao conceito de saúde da família e sistematizar propostas de acção de enfermagem. Assim a definição de saúde da família é descrita como o estado individual de saúde ou doença dos membros da família e o funcionamento desta na sociedade, e envolve a saúde física e psíquica. A análise da saúde da família deve incluir uma descrição avaliativa das funções e estruturas da família compondo um foco de assistência da saúde individual como a saúde da família como um todo.

De acordo com Angelo & Bousso (2001) também citado neste estudo, é essencial compreender a família como a mais constante unidade de saúde para os seus membros, a assistência à família como unidade implica conhecer como cada uma se cuida e identifica as suas dificuldades e responsabilidades. Os profissionais de saúde devem usar os seus conhecimentos sobre cada família para junto dela conseguirem implementar a assistência a mais adequada possível.

A sistematização do cuidado foi citada para promover a saúde através de propostas de ajuda a família, criando novas formas de interacção para lidar com a doença: conhecer os pensamentos da família sobre o que causou a doença e as possibilidades de tratamento para ajudar esta a implementar estratégias para lidar com o cuidado da pessoa doente. Os mesmos autores consideram que a Enfermagem ainda está muito impregnada no modelo assistencial individualista e centrado na doença, onde a família

não passa de uma fonte de orientação e de busca de informações a respeito do estado do doente. A família deve ser considerada como elemento essencial do cuidado em família, pois numa situação de doença a família é considerada importante para a continuidade de cuidados de Enfermagem consoante as suas experiências de saúde.

O estudo do tipo exploratório-descritivo sobre “Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo II. O papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem” foi realizado por Correia,(2007). na consulta de Enfermagem ao utente com diabetes no centro de saúde da Lourinhã a uma amostra composta por 50 participantes que responderam a uma entrevista semi-estruturada. Este estudo tinha os seguintes objectivos: conhecer as representações que o diabético tipo II tem acerca da sua doença; a forma como estas influencia a vivencia da doença no dia-a-dia; identificar as dificuldades sentidas pelo diabético; analisar de que forma o suporte social contribui para a gestão eficaz da doença; identificar o grau de satisfação do diabético acerca dos cuidados prestados na consulta de Enfermagem. Os resultados obtidos revelam que alimentação e o exercício físico são as actividades de auto-cuidado que os doentes têm maior dificuldade em cumprir diariamente, com consequentes níveis de adesão mais baixos. O suporte social, especialmente a família parece ter um papel fundamental, colaborando na realização de algumas actividades de auto-cuidado, como a vigilância da glicemia, nos cuidados aos pés, e na toma da medicação. A falta de compreensão por parte de familiares e amigos para o cumprimento do plano alimentar e exercício físico foi aponte como o factor menos positivo do apoio social.

A Autora verificou uma satisfação de 82,77% face as consultas de Enfermagem, sendo valorizada a individualização da informação e o envolvimento do utente nos cuidados prestados. A mesma autora conclui que as grandes dificuldades sentidas, quer pelos doentes quer pelas suas famílias, prendem-se com aceitação da doenças e a capacidade para gerir de forma eficaz o regime terapêutico proposto, traduzindo-se numa fraca adesão com consequente agravamento do estado de saúde e repercussões a nível individual, social e económico. Sugere ainda que esta patologia, deve merecer uma atenção redobrada por parte dos profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito à capacidade de envolver o diabético e a família no tratamento.

O estudo realizado por Aguiar et al. (2010), teve como objectivo definir qualidade de vida e identificar instrumentos de qualidade de vida relacionada com a saúde do doente diabético. A qualidade de vida é cada vez mais utilizada para medir o impacto das doenças na vida dos indivíduos, onde a DM é uma doença crónica que provoca morbimortalidade elevada e prejuízo na qualidade de vida. A utilização de instrumentos de avaliação da QV permitiu avaliar o impacto desta doença crónica na vida dos doentes. Estes autores referem que esta doença é sinónimo de menor qualidade de vida, mas os aspectos que estão envolvidos ainda não são claramente conhecidos. Sabiam contudo, que o tipo de DM, idade, complicações, nível social, factores psicológicos, etnias, educação, conhecimento sobre a doença, e tipo de assistência podiam afectar a qualidade de vida dos pacientes diabéticos.

Também consideraram que a qualidade de vida varia de sujeito para sujeito e que é possível que a qualidade negativa de vida seja equivalente à perda de saúde. A DM tipo II é uma das doenças crónicas mais comuns estando associada ao aumento de prevalência de problemas micro e macro vasculares associados ao comprometimento da produtividade, da sobre vida e bem-estar dos pacientes. Esta enfermidade representa um grande desafio para o SNS (Sistema Nacional de Saúde), sendo necessária uma equipa multidisciplinar para delinear o tratamento mais adequado, uma vez que a obesidade viscer/abdominal é associada a uma menor tolerância à glicose. Concluindo que a mudança dos estilos de vida (aumento da actividade física, dieta alimentar adequada, e terapia farmacológica) para os portadores desta doença crónica são fundamentais pois as complicações crónicas decorrentes da doença ao longo da vida, possuem um impacto directo sobre a qualidade de vida destes mesmos doentes. Sugerem ainda que os enfermeiros devem intervir prestando cuidados como encorajar a pratica de exercício físico, reeducação alimentar e respeitar a terapêutica prescrita.

O estudo realizado por Alves et al. (2011), teve como objectivo primário avaliação da qualidade dos cuidados disponibilizados aos doentes diabéticos portugueses, em particular aos diabéticos tipo II, tendo por adquirido que o acesso aos cuidados de saúde primários é um direito que lhes assiste. Entre Abril a Setembro de 2010 fizeram um levantamento das entidades e instituições que lidam com estes doentes e recolheram os dados de agrupamentos de centros de saúde e hospitais do serviço nacional de saúde

através de um questionário intitulado “oferta clínica em contexto de pratica integrada” solicitando também a diversas entidades e personalidades de reconhecido merito na área informação adicional no que se refere a eventuais deficiências e dificuldades detectadas em relação à qualidade dos cuidados prestados aos portadores de DM.

Foi reiteradamente mencionada a existência de um elevado número de doentes, que devido à dificuldade na atribuição de médico de família e na marcação de consultas de recurso, recorrem ao centro de saúde para levantar receituário, ficando sujeitos a um longo período sem avaliação clínica e laboratorial. Por outro lado houve diversas alusões a utentes enviados para consulta hospitalar pelos mesmos motivos, que chegaram a consulta de especialidade sem uma avaliação da evolução da doença, podendo já serem diabéticos a vários anos sem vigilância.

Foi mencionado, ainda neste caso, que o principal interesse dos profissionais de saúde centra-se na qualidade do controlo glicémico como indicador clínico. A aposta na educação para a Saúde não terá sido implementada na dimensão que se justificava para constrangimento dos profissionais de saúde, embora existam circulares normativas e técnicas da DGS, Direcção Geral de Saúde. Referem ainda que a educação para a saúde pode melhorar o conhecimento da doença, a percepção de factores positivos e negativos na sua evolução, a adesão à terapêutica e aos programas de controlo da doença, a redução global de custos e melhoria da qualidade de vida.

A utilização da auto-monitorização glicémica tem um custo cujo beneficio apenas deve ser equacionado se existir uma partilha de informação e consequência entre o utente diabético e o seu prestador de cuidados de saúde. Deverá então ser desencorajada nos casos de ausência quer de educação contínua, quer de motivação para modificar os comportamentos ou os esquemas terapêuticos.

Quanto ao impacto do “Guia da pessoa com diabetes”, documento distribuído gratuitamente pela rede de cuidados primários de saúde do SNS que é da competência da DGS. As pessoas devem ter acesso a este documento individual com o objectivo de se contratualizar entre o doente e o seu médico, um objectivo anual atingir e registar no mesmo guia. É de salientar que este modelo em suporte de papel choca com os registos

clínicos informatizados em crescente uso e com os constrangimentos de tempos de consulta invocados.

Enfatizam também que a carência de materiais indispensáveis à avaliação do seu estado de saúde, é notória nos cuidados do pé e à prevenção das amputações pois é conhecido que o número actual de amputações é superior ao verificado no início desta década. A consulta do pé diabético é escassa face à necessidade de uso do monofilamento de Semmes-Weintein com mais frequência, de preferência os resultados serem lidos de forma mais rigorosa por especialistas em podologia de modo a ocorrer um seguimento da evolução destas situações.

Constituindo os cuidados hospitalares parcela significativa nos custos da saúde (cerca de 400 milhões de euros por ano), a DM pela sua prevalência em expansão pode representar um problema face à incidência e peso das complicações da doença.

Concluíram então que apesar da produção de diversas circulares normativas de elevada qualidade relativamente à DM pela DGS, não é possível avaliar a implementação das mesmas nem o seu cumprimento por parte dos prestadores de cuidados. Se a ineficácia do controlo da diabetes pode ter por base as características dos doentes considerados, é certo que também as características dos profissionais de saúde ou das unidades onde estes se inserem são fundamentais para a sua melhoria. Sugerem ainda que há uma necessidade de complementaridade de cuidados na diabetes, nomeadamente face à obesidade sublinhando que o PNCPD, Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes assim o assume como condição expressa, Fica então clara a fragilidade do SNS no entendimento, apoio e participação aos meios de tratamento e prevenção da obesidade devido a fraca oferta de equipas multidisciplinares.

A aposta na área da nutrição ainda está longe do desejável face a uma doença como a DM, torna-se dramática quando se sabe que os cuidados alimentares impõem neste grupo de doentes, quer para combate à obesidade, quer para o controlo da própria doença.

Algumas contribuições apontaram para o papel central dos cuidados de Enfermagem, não só pela facilidade de contacto ou na marcação de consultas, mas também pela proximidade e linguagem utilizada.

## II. FASE METODOLÓGICA

A fase metodológica reporta-se ao conjunto de meios e actividades para responder às questões de investigação ou para verificar hipóteses formuladas no decurso da fase conceptual (Fortin, 2009,p.211).

Segundo Fortin (1996),

A investigação científica é em primeiro lugar um processo, (...) sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação (...) é rigoroso e leva à aquisição de novos conhecimentos.

### 2.1 Desenho da investigação

O desenho de investigação comporta decisões importantes relativamente à condução de cada investigação, definindo um plano lógico para obter resposta às questões de investigação, tentando reduzir ou mesmo eliminar as ameaças à sua validade.

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 (...)”.

Assim, o desenho de investigação é um plano desenvolvido por parte do investigador que visa a obtenção de respostas de cariz válido às questões de investigação previamente colocadas. O objectivo do referido desenho de investigação é, segundo Fortin (1996), p.89“(...) *controlar as potenciais fontes de enviesamento.*”

#### i. Tipo de estudo

O tipo de investigação comporta decisões importantes relativamente à condução de cada investigação, definindo um plano lógico para obter resposta às questões de investigação, tentando reduzir ou mesmo eliminar as ameaças à sua validade.

O presente estudo contempla uma abordagem exploratória – descritiva uma vez que a questão de investigação se situa no nível I da hierarquia dos níveis de investigação. De acordo com Fortin (1996) “Os estudos deste género visam denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação.”

Fortin (1996), p.114 defende que “O estudo descritivo satisfaz pelo menos dois princípios: a descrição de um conceito relativo a uma população e a descrição das características de uma população no seu conjunto.”

Optou-se por fazer uma revisão bibliográfica e exploratória com abordagem qualitativa através de dados recolhidos a partir de artigos científicos, teses de mestrado e livros em língua portuguesa e inglesa.

### **III. FASE EMPIRICA**

Segundo Fortin (2009), a fase empírica encontra-se dividida em duas etapas: a colheita de dados e a sua análise. Após a colheita de dados, passaremos à sua discussão e apreciação crítica, tendo como referencia o marco teórico desenvolvido ao longo deste projecto de graduação.

#### **3.1 Apresentação dos resultados**

A apresentação dos resultados é feita pela ordem sequencial dos estudos seleccionados e descritos anteriormente em forma de quadro.

Para facilitar a leitura dos mesmos, estruturamos a apresentação dos resultados da seguinte forma:

- Autores e ano de publicação do estudo; publicados em revistas científicas indexadas, teses de doutoramento no período de 2004 a 2011,
- Tema, e resultados mais pertinentes apresentados.

Quadro 1 – Apresentação dos estudos pesquisados por autor, ano, tema e resultados mais pertinentes

AUTORES	ANO	TITULO	RESULTADOS
Peres Denise et al.	2007	Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos.	Dificuldades em relação à toma, e em relação a actividade física, justificam a não adesão por motivos de carga horária, viagens, desânimo, preguiça e stress.
Santos, Ellen et al.	2005	O cuidado sob a óptica do paciente diabético e seu principal cuidador.	Conhecer os padrões de resposta em relação a sentimentos, angustias, ansiedade, conflitos e necessidades através de um vínculo afectivo de modo a traçar estratégias direccionadas a alcançar o controlo emocional e metabólico.  Estas situações podem levar ao desânimo e depressão do familiar cuidador, como: os distúrbios no comportamento do doente, a desestruturação conjugal/familiar e a repetição de tarefas. O cônjuge ou filho(a) assumem o papel de cuidador com maior frequência, levando acumulação dos aspectos negativos na relação.

<p>Zanetti, Maria et al.</p>	<p>2007</p>	<p>O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família.</p>	<p>A educação desenvolvida no centro possibilitou que o doente compreendesse a importância do apoio familiar para conhecer e controlar a sua enfermidade, são estes doentes que melhor conhecem a sua enfermidade, aderem ao regime terapêutico, e incrementam o exercício físico diário para um melhor controlo metabólico.</p> <p>Os cuidadores percebem os ajustes terapêuticos para o controlo desta doença crónica ao longo do tempo e para um controlo metabólico mais eficaz,</p>
<p>Weirich, Claci et al.</p>	<p>2004</p>	<p>O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico.</p>	<p>É essencial compreender a família como a mais constante unidade de saúde para os seus membros, a assistência à família como unidade implica conhecer como cada uma se cuida e identifica as suas dificuldades e responsabilidades.</p> <p>A família deve ser considerada como elemento essencial do cuidado em família, pois numa situação de doença a família é considerada importante para a continuidade de cuidados de Enfermagem consoante as suas</p>

			experiências de saúde
Correia, Carla.	2007	O papel do Suporte Social e da satisfação com os Cuidados de Enfermagem.	<p>Os resultados obtidos revelam que alimentação e o exercício físico são as actividades de auto-cuidado que os doentes têm maior dificuldade em cumprir diariamente, com consequentes níveis de adesão mais baixos.</p> <p>Esta patologia, deve merecer uma atenção redobrada por parte dos profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito à capacidade de envolver o diabético e a família no tratamento</p> <p>.O suporte social, especialmente a família parece ter um papel fundamental, colaborando na realização de algumas actividades de auto-cuidado, como a vigilância da glicemia, nos cuidados aos pés, e na toma da medicação. A falta de compreensão por parte de familiares e amigos para o cumprimento do plano</p>

			alimentar e exercício físico .
Aguiar, Carlos et al.	2010	Instrumentos de avaliação de Qualidade de vida relacionada à Saúde na Diabetes Mellitus: Revisão bibliográfica.	<p>.....É uma doença crónica que provoca morbimortalidade elevada e prejuízo na qualidade de vida. A utilização de instrumentos de avaliação da QV permiti avaliar o impacto desta doença crónica. O tipo de DM, idade, complicações, nível social, factores psicológicos, etnias, educação, conhecimento sobre a doença, e tipo de assistência podiam afectar a qualidade de vida dos pacientes diabéticos.</p> <p>.....A mudança dos estilos de vida (aumento da actividade física, dieta alimentar adequada, e terapia farmacológica) para os portadores desta doença crónica são fundamentais pois as complicações crónicas decorrentes da doença ao longo da vida destes doentes.</p>

Alves Eurico et al.	2011	Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus: segundo a entidade reguladora da saúde .	A aposta na educação para a Saúde não terá sido implementada na dimensão que se justificava para o constrangimento dos profissionais de saúde, embora existam circulares normativas e técnicas da DGS. Referem ainda que a educação para a saúde pode melhorar o conhecimento da doença, a percepção de factores positivos e negativos na sua evolução, a adesão à terapêutica e aos programas de controlo da doença, a redução global de custos e melhoria da qualidade de vida.
---------------------	------	---	---

### 3.2 Discussão dos resultados

É expectável que os doentes diabéticos, ao longo das suas vidas integrem um leque de acções comportamentais, quer preventivas, quer terapêuticas o que sugere o risco confirmado pelos estudos analisados de uma falta de adesão globalizada, como acontece na generalidade das doenças crónicas. Para tal, a educação para a saúde e para a prevenção são fundamentais como afirmado na maioria dos estudos.

Relativamente a dificuldade dos pacientes diabéticos para o controle da doença verificou-se através da análise dos estudos anteriormente descritos que são inúmeras as dificuldades relacionadas com o seguimento do tratamento como: a negação e a rejeição da sua condição de doente aliadas ao sofrimento e revolta devido às restrições impostas

para controlo da doença. O facto da convivência prolongada com as limitações de uma doença crónica acaba por gerir reacções emocionais intensas. O uso constante de medicação, faz o doente lembrar que tem uma doença; as limitações no regime alimentar faz com que o doente sinta um desejo alimentar segundo os seus hábitos anteriormente adquiridos transgredindo facilmente este factor; a actividade física também foi vista como algo obrigatório e facilmente influenciável pela força de vontade.

Como confirma Péres et al,

Acredita-se que melhor compreensão dos sentimentos e comportamentos da pessoa diabética pode contribuir para redimensionar o modelo de atenção à saúde nestes doentes, incorporando os pressupostos do cuidado integral que incluem as dimensões do bem-estar biológico, psicológico, social e espiritual entre outros.

No que concerne às dificuldades da família destes doentes verificou-se através da análise dos estudos anteriormente escritos que a falta de compreensão e comunicação, as mudanças significativas no comportamento alimentar e problemas com a medicação do doente, bem como a sobre carga física e emocional são factores que os profissionais de saúde deveriam ter em conta aquando do contacto com o doente de forma a identificar as necessidades, conflitos, sentimentos e até angústias para que num contacto próximo o profissional possa definir estratégias a curto, médio e longo prazo.

Segundo Silva (2002), os cuidadores que enfrentam uma condição crónica apresentam carências e expectativas que nem sempre são atendidas atempadamente durante os contactos com os profissionais de saúde.

A importância da multidisciplinaridade da equipa é referenciada na maioria dos estudos, nomeadamente face a obesidade pela falta de nutricionistas no SNS e face a consulta do pé diabético pela escassez de profissionais especialistas em podologia. A maioria dos estudos ressalva a necessidade de apoio e acompanhamento contínuo por uma equipe multidisciplinar pois quando os doentes são acompanhados de forma sistemática é possível prevenir e controlar a doença. A eficácia do controlo da diabetes tem por base as características dos doentes e dos profissionais de saúde.

Quanto ao apoio social, a qualidade dos cuidados disponibilizados aos doentes diabéticos, em particular aos diabéticos tipo II, é afectada pela dificuldade na marcação de consultas médicas, pela dificuldade na atribuição do médico de família e até pela ausência de uma avaliação contínua da evolução da doença.

Neste sentido, a ERS recomenda,

A uniformização dos procedimentos de registo e partilha de informação, maior investimento na prevenção da doença, através da institucionalização e sistematização do processo de educação para a saúde, contratualização com profissionais nas áreas de Nutricionismo, Podologia, Fisioterapia ou Motricidade, entre outros, e maior rigor na verificação do cumprimento das Normas e Circulares da DGS.

Quanto à educação para a saúde, os estudos apontam lacunas deficiências nos sistemas de comunicação inter-institucionais, escassez em termo da diversidade dos cuidados prestados e falhas no cumprimento de directivas da DGS. Os autores referem que os ensinamentos podem melhorar adesão à terapêutica, a redução global de custos, melhorar a qualidade de vida e o conhecimento da doença.

A qualidade de vida é utilizada para medir o impacto geral de uma doença crónica na vida de um indivíduo. Neste caso o tipo de DM, idade, complicações, nível social, factores psicológicos, etnias, educação, conhecimento sobre a doença, e tipo de assistência são factores que podem afectar a qualidade de vida dos pacientes diabéticos.

#### **IV.CONCLUSÃO**

De acordo com Nunes (2010), vivemos actualmente perante uma epidemia global chamada diabetes e o nosso país não é excepção. A comprova-lo, os dados do estudo de prevalência da diabetes em Portugal. Tais dados alarmantes, colocam Portugal no ranking dos países com prevalência mais elevada da doença, e colocam-nos um grande desafio: como conter esta epidemia. Para esta luta, é necessária a interligação dos vários agentes prestadores de cuidados de saúde.

Este trabalho permite fazer uma reflexão sobre a doença e sobre as necessidades do doente e respectiva família no dia-a-dia com esta doença. Pensamos ter atingido o objectivo geral a que nos propusemos para este trabalho que consistiu em identificar as dificuldades do doente portador da DM tipo II e família através da pesquisa em artigos publicados em revistas científicas e indexadas, teses de mestrado no período de 2004 a 2011. Foram sistematizados conceitos sobre a problemática e propostas de acções de Enfermagem ao doente e família na medida em que foram analisados os documentos científicos para o efeito.

Apesar da produção de diversa informação pela DGS relativamente à DM, não se puderam perceber a implementação das mesmas, nem o seu cumprimento por parte dos prestadores de cuidados. O enfermeiro deve ser visto como contributo para a melhoria da qualidade de vida destes doentes, e encarar o doente e família de uma forma holística, isto é, atender a todas as necessidades incluindo as emocionais e relacionais.

Se, durante os estágios ao longo do curso, já havia uma sensibilização para o cuidado com o doente e respectivos familiares, a realização deste trabalho permitiu ter uma percepção das dificuldades porque passam.

Prestar cuidados a estes doentes, exige dos profissionais de saúde, além das competências éticas inerentes à profissão, competências relacionais de modo a que haja um constante diálogo entre a família, o doente, o enfermeiro e toda a equipa multidisciplinar para garantir a qualidade e continuidade dos cuidados prestados. Por isso foi percebida a necessidade de complementaridade dos cuidados na diabetes

através da parceria de cuidados implicando as instituições de apoio e a sociedade em geral.

Se a educação para a saúde nas populações é fundamental para a prevenção das doenças, também o ensino para o controlo da doença assume um papel de extremo relevo na contenção da evolução da DM e dos custos a ela associados. A elaboração e desenvolvimento de programas educativos direccionados para as principais necessidades dos doentes e família são de uma enorme relevância e devem constar das actividades diárias da equipa multidisciplinar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

American Diabetes Association (2002). *Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus (position statement)*. Diabetes care, 25 (suppl.1), S33-S49.

Associação Protectora dos Diabeticos de Portugal. (2001). *Viver com a diabetes*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bennett, P. ( 2002). *Introdução clínica à psicologia da Saúde*. Lisboa: manuais universitários. Climepsi Editores

Bennet, P & Murphy,S. (1999). *Psicologia e promoção da Saúde*. Lisboa: manuais universitários. Climepsi Editores

Bradley, C. (2007). *Measures of perceived controlo f diabetes*. Handbook of psychology and diabetes. Amesterdam: Harwood Academic Publishers, pp.291-331

Brannon, L & Feist, J. ( 2007). *Living with chronic illness*. Health psychology. Brooks Publishing Company, Third Edition

Colliere, M. (1999). *Promover a vida*. Lisboa, Lidel-Tradições Técnicas Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Cox, D.J & Gonder-Frederick, L & Saunders, T. (1992).Diabetes. Clinical Issues and Management. In Jerry J.Sweet, Ronald H. Rosensky & Stevan M. Toivan (Eds). *Handbook of Clinical Psychocogy in medical settings* (pp. 473-495). New York and London: Plenum Press.

Correia, L. (2010). Epidemiologia da diabetes mellitus. *In: Nunes, J. (Ed.).Diabetes uma abordagem global*. Algés, Euromédice, pp. 1-9.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociencia.

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação*. Loures, Lusociencia – 3ªed.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.

Lakatos, M. e Marconi, A. (2001). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo, editora atlas S.A., 6ª Edição.

Massano, J. (2009). Compreender as doenças. *In: Melo, A. Dificuldades sentidas pelo cuidador de um doente com Alzheimer*. Porto, UFP, pp. 34-42.

Melo, P. (2010). Estratégias para a optimização do controlo metabólico. *In: Nunes, J. (Ed.).Diabetes uma abordagem global*. Algés, Euromédice, pp. 145-154.

Minuchin, S.(1990). *Famílias: Funcionamento & Tratamento*. Porto Alegre, Artes Médicas, pp. 25-69.

Paúl, C e Fonseca, A (2001) *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores. p.102

Wing et al. (2001). *Behavioral science research in diabetes: Lifestyle changes related to obesity, eating behavior, and physical activity*. *Diabetes care*. pp. 117-123

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA NA INTERNET**

Aguiar et al. (2010). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n6/04.pdf>>, [Consultado em 2/04/2011].

Classificação Internacional de Doenças. [Em linha]. Disponível em <http://trigramas.bireme.br/cgi-bin/mx/cgi=@1?collection=CID10p&lang=p&text=diabet>

es%0D%0A&resubmit=CID10p&x=26&y=5&maxrel=10&minsim=0.30 [Consultado em 12/04/11].

Ferreira, S. (2008). Papel dos cuidadores informais. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro. [Em linha]. Disponível em <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/DisQSws/get.aspx?filename=2009000625.pdf&catalog=teses&type=pdf> [Consultado em 19/03/2011].

Organização Mundial de Saúde. (2002). Cuidados inovadores para condições crónicas. Relatório mundial. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/chronic-conditions/en> [Consultado em 21/04/2011].

Organização Mundial de Saúde. [Em linha]. Disponível em [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en) [Consultado em 6/05/2011].

Peres et al. (2007). Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=472593&indexSearch=ID>, [Consultado em 12/04/2011].

Santos et al. (2005). Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200007), [Consultado em 25/03/2011].

Weirich et al. (2004). Disponível em <http://repositorioaberto.univab.pt/bitstream/10400.2/707/1/LC237.pdf>, [Consultado em 7/03/2011].

Zanetti et al. (2007). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a07v61n2.pdf>, [Consultado em 2/04/2011].

Alves et al. (2011). Disponível em <http://www.ers.pt/actividades/estudos/DM%20Relatorio%20Final.pdf>, [Consultado em 31/01/2011].

