



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

**ADESÃO AO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Dina Isabel Lopes De Oliveira

Leiria, setembro de 2016



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

**ADESÃO AO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Dina Isabel Lopes De Oliveira, Nº 5130293

Unidade Curricular: Dissertação

Professora Orientadora da Dissertação: Professora Doutora Eva Menino

Leiria, setembro de 2016

“Devemos ser a enfermagem que queremos ter.”

Marislei Espíndula Brasileiro

Dedico este trabalho a todos os enfermeiros, à minha família e amigos que me motivaram a desenvolver todo este percurso!

AGRADECIMENTOS

Nesta etapa que agora termina, várias foram as pessoas que tiveram uma grande importância e destaque no decorrer de todo este percurso. Contudo chega o momento de destacar algumas delas.

- À professora Doutora Eva Menino pelo apoio excepcional que demonstrou no decorrer da orientação desta dissertação, pela disponibilidade, pela orientação fornecida, pela força que me transmitiu não me deixando desistir e pelas horas despendidas.
- À professora Doutora M^a Anjos Dixe pelo apoio, incentivo e disponibilidade que apresentou sempre ao longo deste mestrado.
- A todos os profissionais que colaboraram comigo na realização da colheita de dados.
- A todos os amigos e familiares que sempre acreditaram em mim e me incentivaram.
- Ao meu marido Edgar, um obrigado do tamanho do mundo pela compreensão, pelo apoio e incentivo que demonstrou ao longo de todos estes meses, sem nunca colocar em causa as ausências e o tempo dependido na realização deste trabalho.
- A todos os que não consigo aqui enunciar em particular, mas que de alguma forma contribuíram para a realização desta investigação.

A todos o meu muito e sincero obrigado!

RESUMO

Introdução: Em Portugal, a diabetes apresenta uma carga significativa com aumento da sua prevalência. Sendo esta uma doença cujo controlo depende da autogestão do regime terapêutico a adoção de comportamentos de autocuidado é central na redução da mortalidade e morbilidade.

Metodologia: Estudo descritivo-correlacional desenvolvido com os objetivos de: identificar o nível de autocuidado, conhecimentos e satisfação com os cuidados de enfermagem, da pessoa com diabetes tipo 2; analisar a relação entre os comportamentos de autocuidado da pessoa com diabetes mellitus tipo 2 e o seu controlo metabólico e clínico, com o nível de conhecimentos e com a satisfação com os cuidados de enfermagem. Foi desenvolvido num Agrupamento de Centros de Saúde da região centro de Portugal. A amostra foi constituída por 81 pessoas com diabetes mellitus tipo 2, e os dados foram colhidos no período de novembro de 2015 a fevereiro de 2016.

Resultados: Verificou-se que relativamente aos conhecimentos acerca da DM2 a amostra apresenta melhores conhecimentos acerca da alimentação e piores conhecimentos acerca dos sintomas de hipo e hiperglicemia. Relativamente à adesão ao autocuidado, verificamos que os inquiridos apresentam maior taxa de adesão no que diz respeito aos cuidados com a alimentação específica, e o autocuidado que apresenta menos adesão é o exercício físico. A maioria dos inquiridos refere sentir-se satisfeito com os cuidados de enfermagem no centro de saúde. Verificou-se existir uma relação estatisticamente significativa, para a amostra em estudo, entre a idade e a adesão ao autocuidado; entre as habilitações literárias e a adesão ao autocuidado e, finalmente, entre a satisfação com os cuidados de enfermagem e a adesão ao autocuidado.

Conclusão: Através deste estudo, alcançou-se um conhecimento mais aprofundado da amostra, permitindo traçar estratégias ou desenvolver programas de educação contínuos voltados para o cuidado holístico à pessoa com DM2, visando desenvolver uma qualidade de vida satisfatória e prevenir complicações, através de orientações com apoio de equipas multidisciplinares.

PALAVRAS-CHAVE

Autocuidado; Diabetes Mellitus/ Diabetes tipo 2; Enfermagem/Cuidados de saúde

ABSTRACT

Introduction: In Portugal, diabetes presents a significant load with an increase in its prevalence. Since this is a disease whose control depends on the self-management of therapeutic regime, the adoption of self-care behaviors is something central in reducing mortality and morbidity.

Methodology: descriptive and correlational study developed with the following objectives: identify the level of self-care knowledge and satisfaction with nursing care of people with type 2 diabetes; analyze the relationship between the self-care person's with type 2 diabetes mellitus and its metabolic and clinical control, with the level of knowledge and satisfaction involving nursing care. It has been developed at a health centers grouping located at the Portugal central region. The sample was composed by a total of 81 people with type 2 diabetes mellitus, and all the data and results were collected and obtained from November 2015 to February 2016.

Results: We verified that, regarding knowledge concerning DM2, the sample presents better knowledge about healthy food and presents the worst knowledge about the symptoms of hypo- and hyperglycemia. With regard to adherence to self-care, we can notice that the respondents have showed higher membership fee in relation to the specific nutritional care, and showed less adherence to the practice of physical exercise. Most of the respondents mentioned that they feel satisfied with the nursing care administered at the health center. We can see, that there was there indeed a statistically significant relationship regarding the sample presented and under study, not only between age and adherence to self-care; but also between the qualifications and adherence to self-care and, finally also between the satisfaction with nursing care and adherence to self-care.

Conclusion: Through this study, we have been able to reach at a deeper knowledge about the sample under study, allowing us to strategize and develop continuing education programs for holistic care to people with type 2 diabetes, in order to develop a

satisfactory quality of life and to consequently prevent complications through the guidelines support of some multidisciplinary teams.

KEY WORDS

Self-Care; Diabetes Mellitus /Diabetes type 2; Nursing/Healthcare.

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ADA – American Diabetes Association

ADO – Antidiabéticos orais

ADR – Adesão ao regime terapêutico

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CS – Centro de Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

DM- Diabetes mellitus

DM2 – Diabetes mellitus tipo 2

DP – Desvio padrão

HbA1C – Hemoglobina glicada

HDL – Lipoproteína de alta densidade

ICN – International Council of Nurses

IDF – International Diabetes Federation

IMC – Índice de massa corporal

M – Média

Nº- frequências absolutas

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

OND – Observatório Nacional da Saúde

PTGO – Prova de tolerância à glicose oral

SDSCA – Escala Summary of Diabetes Self- Care Activities

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TA – Tensão arterial

X máx – máximos

X min – mínimos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 16

1. DIABETES MELLITUS: CARATERIZAÇÃO DA DOENÇA 20

1.1. CONCEITO, DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO 21

1.2. COMPLICAÇÕES 24

2. GESTÃO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2 ENQUANTO DOENÇA CRÓNICA E O PAPEL DO ENFERMEIRO 29

2.1. GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA COM DM TIPO 2 29

2.2. A ADESAO AO REGIME TERAPÊUTICO 33

2.3. O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA DM 2 39

3. INDICADORES DE RESULTADOS COM A DIABETES 43

3.1. AUTOUIDADO 43

3.2. CONHECIMENTOS 47

3.3. SATISFAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM STATUS DE SAÚDE 48

3.4. STATUS DE SAÚDE 52

4. METODOLOGIA 54

4.1. OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO 54

4.2. TIPO DE ESTUDO 55

4.3.HIPÓTESES	56
4.4.POPULAÇÃO E AMOSTRA	57
4.5.INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	57
4.5.1. Atividades de Auto-Cuidado com a Diabetes	59
4.5.2. Questionário de conhecimentos sobre a diabetes	60
4.5.3. Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde	60
4.6.QUESTÕES ÉTICAS	62
4.7.TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	62
5. RESULTADOS	64
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	64
5.2 CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA	65
5.3 CONHECIMENTOS SOBRE A DIABETES	66
5.4 ADESÃO AO REGIME DE AUTOCUIDADO	68
5.5 SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CENTRO SAÚDE	70
5.6 ESTUDO CORRELACIONAL	72
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	75
6.2 CARATERIZAÇÃO DA DOENÇA	76
6.3 CONHECIMENTOS SOBRE A DIABETES	80
6.4 ADESÃO AO AUTOCUIDADO	81

6.5 SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CENTRO SAÚDE 83

6.6 ESTUDO CORRELACIONAL: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 83

7. CONCLUSÃO 86

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 89

ANEXOS

Anexo I	Instrumento de colheita de dados
Anexo II	Aprovação da comissão de ética para a saúde
Anexo III	Consentimento informado

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Estatística descritiva dos indicadores clínicos da amostra em estudo 65
Tabela 2	Distribuição da amostra segundo os conhecimentos acerca da diabetes 66
Tabela 3	Distribuição da amostra pela escala: Atividades de autocuidado com a diabetes 69
Tabela 4	Distribuição da amostra, segundo a satisfação com os cuidados de enfermagem no Centro de Saúde 70
Tabela 5	Distribuição da amostra, segundo a satisfação com os cuidados de enfermagem no Centro de Saúde por dimensões 71
Tabela 6	Correlações de Spearman entre as hipóteses apresentadas 72

Tabela 7 Teste de Mann Whitney entre o sexo e a adesão ao autocuidado 72

Tabela 8 Correlações de Spearman entre as hipóteses apresentadas 73

INTRODUÇÃO

A nível mundial, tem existido um aumento dramático das doenças crónicas, incluindo doenças não infecto-contagiosas, como é o caso da diabetes [Organização Mundial de Saúde (OMS), 2015].

Estima-se que no mundo existam cerca de 350 milhões de pessoas com esta doença. Em Portugal, mais de um milhão de portugueses adultos é portador desta patologia, o que corresponde a 13,1% da população portuguesa [Observatório nacional da diabetes (OND), 2014].

Atualmente, as doenças crónicas são responsáveis por 60% da carga global das doenças, sendo expectável que, em 2020, esse número possa subir para 80%. O envelhecimento da população, a adoção de estilos de vida pouco saudáveis e a urbanização contribuem para que cada vez mais pessoas vivenciem um processo de doença crónica (OMS, 2015).

Os fatores de risco das doenças crónicas são conhecidos. O estilo de vida e o comportamento são decisivos para prevenir ou aumentar as complicações, as quais podem reduzir a qualidade de vida e aumentar a mortalidade prematura. A deteção e o tratamento precoces são uma estratégia fundamental para reduzir esta carga (Cortez, Reis, Souza, Macedo & Torres, 2015).

A gestão da doença crónica pretende o alcance de um nível de apoio alargado nas suas comunidades para manterem durante o maior tempo possível o melhor estado de saúde e nível de funcionamento. Requerem aptidões de autocuidado para gerir os problemas em casa, associadas a um cuidado e tratamento proactivos, integrados e planeados, que prevejam as suas necessidades, de modo a que quaisquer alterações ou deterioração no seu estado possam ser rapidamente encarados antes de evoluírem para uma situação aguda [Ordem dos enfermeiros (OE), 2010].

No centro da gestão da doença crónica está o enfoque nos doentes, famílias e comunidades, que serão informados, motivados e apoiados por uma equipa colaborativa de profissionais (OE, 2010).

Os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para liderar e apoiar modelos apropriados de cuidados na doença crónica (OE, 2010), pois podem facilitar a gestão da doença, ao consciencializar e promover o auto cuidado junto das pessoas com diabetes e seus familiares (Cardoso, Queirós & Ribeiro, 2015).

A adesão ao autocuidado é determinante na gestão da doença crónica, esta passa não só por tomar medicamentos e seguir o plano alimentar, mas também, por adotar mudanças no estilo de vida que vão ao encontro das recomendações preconizadas por um profissional de saúde.

No tratamento da diabetes mellitus (DM), a falta de adesão é um desafio quase diário na prática clínica de enfermagem. Desta forma, torna-se fundamental a procura constante de estratégias e intervenções que visem minimizar esta situação (Faria, Santos, Arrelias, Rodrigues, Gonela, Teixeira & Zanetti, 2014).

O enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica apresenta competências específicas que são fundamentais na diabetes, nomeadamente através de uma colheita de dados objetivos de uma forma contínua, numa intervenção por antecipação com vista à melhor recuperação possível (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro do Ministério da Saúde).

A diabetes é, indubitavelmente uma doença que coloca muitas vezes as pessoas em risco de vida, uma vez que afeta órgãos vitais, tais como o sistema renal, cardiovascular e neurológico (Cortez, Reis, Souza, Macedo & Torres, 2015). Caso estas afeções não sejam devidamente prevenidas e minimizadas em tempo útil, a pessoa corre risco eminente de falência de uma ou mais funções orgânicas. O enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica está altamente qualificado para prestar cuidados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções

básicas da vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2014).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2011).

Neste âmbito, esta dissertação pretende conhecer de forma aprofundada o estado de saúde, referente à diabetes e à sua autogestão, para que, no futuro, e através dos resultados obtidos, os enfermeiros possam prestar cuidados de saúde mais objetivos e personalizados, indo ao encontro das necessidades reais das pessoas com diabetes.

Este estudo visa traçar estratégias ou desenvolver programas de educação continuada, voltados para o cuidado holístico da pessoa com Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), para obter uma qualidade de vida satisfatória, através de orientações dadas por equipas multidisciplinares, de forma a prevenir complicações.

O conhecimento da prevalência e do impacto global de uma doença, tornam-se fatores fundamentais para definir as prioridades e estratégias em saúde, pois minimizam as consequências que todas as complicações associadas acarretam. A nível nacional, essa preocupação tem estado bem presente em várias orientações técnicas, normas e protocolos e de, forma mais sistematizada, no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Procura-se a implementação de práticas baseadas na evidência e na efetividade das mesmas.

Esta dissertação apresenta como ponto de partida as seguintes questões de investigação: Qual o nível de adesão aos diferentes comportamentos de autocuidado na DM2? Qual o nível de conhecimentos acerca da DM2 que a amostra apresenta? Qual o nível de satisfação que a amostra apresenta relativamente aos cuidados de enfermagem? Quais as características sociodemográficas que a amostra apresenta? Qual a caracterização da

DM2 na amostra em estudo? quais as dimensões do autocuidado a que as pessoas com DM2 aderem? A satisfação com os cuidados de enfermagem está relacionada com a adesão ao regime terapêutico? As variáveis sociodemográficas da amostra estão relacionadas com a adesão ao autocuidado? A adesão ao autocuidado encontra-se relacionada com os conhecimentos da pessoa com DM2? A adesão ao autocuidado está relacionada com a HbA1c?

Desta forma, foram definidos os seguintes objetivos para este estudo: Avaliar o nível de autocuidado com a diabetes da pessoa com DM2; Avaliar o nível de conhecimentos sobre a diabetes da pessoa com DM2; Identificar o nível de satisfação da pessoa com DM2 com os cuidados de Enfermagem; Relacionar a adesão ao autocuidado com as variáveis sociodemográficas; Relacionar a adesão ao autocuidado com os conhecimentos da pessoa com DM2; Relacionar a adesão ao autocuidado com a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem e relacionar a adesão ao autocuidado da pessoa com DM2 com a HbA1c.

Esta dissertação tem início com a introdução que contempla a contextualização do tema abordado e apresentação da problemática que motiva o desenvolvimento do estudo, apresentando-se os objetivos e as questões de investigação que motivaram e orientaram o desenvolvimento desta investigação. Segue-se o enquadramento teórico que contempla uma breve caracterização da DM2 enquanto doença que assume características muito específicas no quadro das doenças crónicas, abordando-se o conceito, diagnóstico, classificação da doença e suas complicações. Segue-se uma abordagem sobre a gestão do regime terapêutico nesta doença, enquanto pilar central nesta doença crónica, aludindo-se ao papel do enfermeiro na promoção da autogestão. Apresenta-se a metodologia e opções inerentes na consecução da investigação, seguindo-se a apresentação dos resultados e a análise e discussão dos mesmos, terminando com a conclusão.

1. DIABETES MELLITUS: CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA

A diabetes *Mellitus* (DM) inclui-se no grupo das doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção de insulina e/ ou na sua ação. A hiperglicemia crónica está associada a complicações, levando à disfunção e falência de vários órgãos que podem colocar em risco a vida (Gross, Silveiro, Camargo, Reichelt & Azevedo, 2002).

A incidência e a prevalência desta doença aumentaram de uma forma significativa anualmente, pelo que a diabetes *mellitus* é considerada um problema de saúde pública a nível mundial e nacional, sendo considerada a epidemia do século XXI (OND, 2014).

A taxa de mortalidade e morbilidade provocadas por esta doença incurável são elevadas. Os danos que esta doença pode provocar são imensos mas são passíveis de serem reduzidos através de um controlo rigoroso da hiperglicemia, da hipertensão arterial, da dislipidémia, entre outros, bem como através de uma vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis a esta doença, tais como retina, nervos, rim, coração, entre outros (OND, 2014).

A diabetes é uma doença silenciosa que se pode desenvolver de forma assintomática durante muitos anos. Com indicadores de prevalência e incidência crescentes, atinge cada vez mais pessoas em todo o mundo e em idades cada vez mais jovens. Alguns dos fatores de risco não são modificáveis para o desenvolvimento da diabetes, como é o caso da idade, raça, etnia, género e história familiar. No entanto, há outros que são modificáveis, nomeadamente: o excesso de peso e de colesterol, a pressão arterial elevada, tabagismo, sedentarismo, alimentação não saudável. A maioria das pessoas não reconhece a sua situação de risco (Virgínia, 2013), pelo que o enfermeiro poderá intervir, modificando comportamentos de risco precocemente.

Em 2014, 9% dos adultos com 18 anos ou mais foram diagnosticados com diabetes. Em 2012, a diabetes foi a causa direta de 1,5 milhões de mortes (OMS, 2015). Em Portugal, esta doença assume um papel significativo nas causas de morte, tendo vindo a aumentar

a cada ano (OND, 2014), transformando Portugal num dos países com os níveis mais elevados de prevalência da diabetes da Europa (Correia, et al., 2013).

1.1 CONCEITO, DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

O termo diabetes *mellitus* descreve uma desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por uma hiperglicemia crónica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, resultantes de deficiências na secreção ou ação da insulina, ou de ambas. Os efeitos da diabetes mellitus a longo prazo incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos (Portal da Saúde, 2013).

A Diabetes tipo 2, previamente referenciada como “diabetes não insulino-dependente” ou “diabetes de início na idade adulta,” conta com 90-95% de todos os casos de diabetes. A diabetes tipo 2 engloba os indivíduos que apresentam insulinoresistência e usualmente deficiência relativa (ao invés da absoluta) de insulina. Inicialmente e, frequentemente por um período longo de tempo, estas pessoas não necessitam de insulinoterapia para a sua sobrevivência [American Diabetes Association (ADA), 2015].

São várias as causas da diabetes tipo 2, embora não se conheça a etiologia específica. A destruição autoimune nas células β não ocorre, como no caso da diabetes tipo 1. A maioria dos doentes com diabetes é obesa. A obesidade, por si só, causa, em certa medida, insulinoresistência. Muitas vezes, ainda que os indivíduos com diabetes não tenham obesidade pelos critérios tradicionais, apresentam uma percentagem elevada de massa gorda distribuída predominantemente na região abdominal (ADA, 2015).

A diabetes mellitus pode apresentar sintomas característicos tais como sede, poliúria, visão turva e perda de peso. Em casos mais graves, pode desenvolver-se cetoacidose ou um estado hiperosmolar não-cetónico que pode conduzir a letargia, coma e, na ausência de tratamento adequado, à morte. Na maioria das vezes, os sintomas não são graves, sendo até ausentes e, conseqüentemente, pode estar presente durante muito tempo uma hiperglicemia suficiente para causar alterações patológicas e funcionais, antes de ser feito o diagnóstico [Sociedade portuguesa de diabetologia (SPD), 2015].

Os efeitos a longo prazo da diabetes *mellitus* incluem o desenvolvimento progressivo das complicações específicas de retinopatia diabética com potencial cegueira, nefropatia que pode conduzir à insuficiência renal, e/ou neuropatia com risco de ulcerações nos pés, amputações, artropatia de Charcot e sinais de disfunção autonómica, incluindo disfunção sexual. As pessoas que sofrem de diabetes têm um risco aumentado de doença cardiovascular, vascular periférica e cerebrovascular. Estão envolvidos no desenvolvimento da diabetes vários mecanismos patogénicos que destroem as células- β do pâncreas, com conseqüente deficiência de insulina, e outros que resultam na resistência à ação da insulina. As perturbações nos metabolismos glucídico, lipídico e protídico devem-se à deficiente ação da insulina nos tecidos alvo que resulta da insensibilidade ou falta de insulina (SPD,2015).

O diagnóstico desta doença representa implicações importantes para a saúde individual e para os profissionais de saúde. A deteção precoce e o rastreio são recomendados por inúmeras organizações a nível internacional. Em Portugal estima-se que 5,7% dos diabéticos ainda não estejam diagnosticados (SPD, 2014).

A International Diabetes Federation (IDF) (2012) recomenda que cada serviço de saúde decida que tipo de programa deve ter para diagnosticar esta patologia, baseando essa decisão na prevalência da diabetes, nos recursos disponíveis para realizar o programa de diagnóstico, sem nunca esquecer o tratamento para os novos casos. Os programas de triagem universal para diagnosticar a diabetes não são recomendados.

A diabetes pode ser diagnosticada com qualquer um dos seguintes critérios [Direção Geral da Saúde (DGS), 2011]: Glicémia em jejum ≥ 126 mg/dl ou glicémia ≥ 200 mg/dl às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose ou hemoglobina glicada (HbA1c) $\geq 6,5\%$ ou glicémia ocasional ≥ 200 mg/dl na presença de sintomas clássicos da diabetes.

Os indivíduos assintomáticos com um único teste anormal devem repetir o teste para confirmar resultado, exceto quando o resultado é inequivocamente elevado. Quando detetada uma glicémia ≥ 100 mg/dl e < 200 mg/dl, deve ser realizada uma PTGO e uma avaliação de HbA1c (DGS, 2011).

O recurso a HbA1c como teste de diagnóstico iria exigir testes de controlo de qualidade rigorosos com ensaios padronizados para os valores de referência internacional, o que na atualidade ainda não se verifica (DGS, 2011).

Os requisitos para confirmação do diagnóstico numa pessoa com sintomatologia grave e com hiperglicemia diferem dos necessários numa pessoa assintomática com valores de glicemia apenas ligeiramente acima do valor limite para o diagnóstico. Uma hiperglicemia grave, detetada em condições de stress agudo infeccioso, traumático, circulatório ou outro, pode ser transitória e não deve por si só ser considerada como diagnóstica de diabetes. O diagnóstico numa pessoa assintomática nunca deve ser feito com base num único valor anormal de glicemia. Para o doente assintomático é essencial pelo menos mais um teste à glicose no sangue/plasma com resultado positivo, quer em jejum, ao acaso ou numa PTGO. Se estes testes não permitirem confirmação do diagnóstico de diabetes *mellitus*, é geralmente aconselhável manter vigilância e fazer novos testes periodicamente até que o diagnóstico seja claro (SPD, 2015). Nestas circunstâncias, é importante ter em consideração alguns fatores adicionais tais como etnia, história familiar, idade, obesidade e patologias concomitantes, antes de tomar uma decisão referente ao diagnóstico ou terapêutica (SPD, 2015).

Definido o diagnóstico procede-se agora à categorização desta doença. A diabetes pode ser classificada em quatro categorias: (1) Diabetes tipo 1 – refere-se ao processo de destruição das células β , levando à deficiência absoluta de insulina; (2) Diabetes tipo 2 – ocorre devido a uma resistência na ação da insulina e/ou numa anomalia na secreção de insulina; (3) Diabetes gestacional - refere-se à intolerância aos hidratos de carbono que resulta em hiperglicemia de gravidade variável e que tem início ou é reconhecida durante gravidez; (4) Outros tipos específicos de diabetes - são, geralmente, causas menos comuns de diabetes *mellitus*, mas é neles que a anomalia subjacente ou o processo patológico podem ser identificados de uma forma relativamente específica. Estes incluem, por exemplo, pancreopatia fibrocalculosa, doenças do pâncreas exócrino ou diabetes induzida quimicamente como acontece, por exemplo, após um transplante de órgãos (ADA, 2015).

A diabetes *mellitus* constitui um dos principais problemas de saúde pública a nível mundial, não só pela sua alta prevalência e incidência mas também pelo seu impacto

económico, pelas suas complicações e pela mortalidade que provoca anualmente (Silva, Ferreira, Cruz, Ricardo, Pereira, Alves & Correia, 2015).

Na última década, decorreu um incremento substancial da prevalência da diabetes tipo 2. Em 2013, a OMS estimava que existissem 382 milhões de pessoas com DM. Se não forem implementadas medidas preventivas, estima-se que esse número possa aumentar para 592 milhões em 2035. Inquietante é também o facto de metade (46%) destas pessoas não terem sido ainda diagnosticadas, o que leva a que, no momento do diagnóstico, metade das pessoas com DM tipo 2 já tenham complicações associadas (IDF, 2013).

O aumento da prevalência da Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) está fortemente relacionada com o aumento da esperança média de vida. Atualmente com o aumento da esperança média de vida, existe uma percentagem elevada da população com mais de 65 anos, faixa etária onde se encontra a maior percentagem de pessoas com DM2. Portugal é um dos países com maior prevalência desta doença e com maior tendência de aumentar nos próximos anos e cerca de 43% dos diabéticos em Portugal ainda estão por diagnosticar (Silva, Ferreira, Cruz, Ricardo, Pereira, Alves e Correia, 2015).

Face aos dados epidemiológicos apresentados e à especificidade da Diabetes tipo 2, nomeadamente no papel central da própria pessoa portadora da doença na gestão da mesma, o capítulo que se segue caracteriza a diabetes enquanto doença de autogestão e especifica qual o papel do enfermeiro neste âmbito.

1.2. COMPLICAÇÕES

A persistência de um nível elevado de glicose no sangue, mesmo quando não estão presentes sintomas, resulta em lesões nos tecidos. Embora a evidência dessas lesões / complicações possa ser encontrada em diversos órgãos, é nos rins, olhos, nervos periféricos e sistema vascular, que se manifestam as mais importantes e frequentemente fatais (OND, 2014).

Praticamente, em todos os países desenvolvidos, a Diabetes é a principal causa de cegueira, insuficiência renal e amputação de membros inferiores. A Diabetes constitui,

atualmente, uma das principais causas de morte, por implicar um risco significativamente aumentado de doença coronária e de acidente vascular cerebral (OND, 2014).

As complicações da diabetes aumentam ao longo dos anos. Identificar esta associação pode ser uma estratégia para traçar medidas que minimizem o aparecimento de complicações de forma precoce (Cortez, Reis, Souza, Macedo & Torres, 2015).

As complicações da diabetes podem dividir-se em agudas e crónicas. As complicações agudas incluem a hipoglicémia, hiperglicemia e a cetoacidose diabética. Já as crónicas incluem a retinopatia, nefropatia, cardiopatia isquémica, neuropatias, doença cerebrovascular e vascular periférica. As doenças degenerativas mais frequentes são o enfarte agudo do miocárdio, arteriopatia periférica, o acidente vascular cerebral e a microangiopatia (Cortez et al., 2015).

Relativamente às **complicações agudas** identifica-se a hipoglicémia, hiperglicemia e coma hiperosmolar.

A hipoglicémia define-se como um estado metabólico caracterizado por níveis de glicémia inferiores a 70 mg/dL, acompanhada de manifestações clínicas de intensidade e expressão variáveis, que refletem sintomas como a ansiedade, palpitações, tremores, défice cognitivo e coma. Esta é a definição padrão e está relacionada com o limiar inicial para a libertação de hormonas contrarreguladoras (glucagon, catecolaminas, cortisol e hormona do crescimento). Existe ainda referência a hipoglicémia grave que é considerada quando os níveis de glicémia se encontram inferiores a 50 mg/dl e que, na grande maioria das vezes, já reflete alterações do estado de consciência (ADA, 2015).

Na literatura não existe consenso sobre o valor exato para o diagnóstico desta complicação. A sociedade brasileira de diabetes (2009) alerta para o facto de ser necessário associar-se o limite destas alterações em função da faixa etária, objetivos de tratamento e sensibilidade à hipoglicémia.

Para manter a glicémia dentro do intervalo de valores de referência, há um sistema de regulação endócrino, do qual a insulina e o glucagon desempenham um papel predominante. A glicose presente no organismo pode ser proveniente da dieta ou da

produção endógena. Deste modo, a hipoglicémia pode resultar de um consumo excessivo de glicose (exercício físico ou aumento de perdas externas) ou de um inadequado aporte de glicose (produção endógena insuficiente ou inanição), (Rodrigues, 2014).

A hipoglicémia é uma complicação aguda, muito frequente, que surge como consequência do tratamento da diabetes com insulina e/ou sulfonilureias e, com muito menos frequência, no indivíduo não diabético. Neste, a hipoglicémia pode ser consequência primária de uma patologia, ou seja, por intervenção direta no metabolismo da glicose ou consequência secundária de uma patologia, isto é, por um mecanismo não direto. O estado de jejum ou pós-prandial do indivíduo quando surge a hipoglicémia também auxilia no diagnóstico diferencial (Rodrigues, 2014).

A hiperglicemia traduz-se no aumento significativo da glicose no sangue. Desta forma, significa que a entrada de glucose no plasma é superior à quantidade de glucose saída. Em jejum, a hiperglicemia está diretamente relacionada com o aumento da glucose hepática. Já no caso de hiperglicemia pós- prandial significa que pode existir um estímulo de insulina defeituoso. A função anormal das células da ilhota é o principal determinante da hiperglicemia (Silvio, Inzucchi, Bergenstal, Buse, Diamant, Ferrannino, Nauck, Anne, Tsapas, Wender & Matthews, 2012).

O coma hiperosmolar é uma complicação das pessoas com diabetes tipo 2, caracterizado por hiperglicemia acentuada, desidratação e hiperosmolaridade plasmática. A hiperglicemia é uma complicação metabólica aguda da DM, e o não reconhecimento desta complicação causa progressiva deterioração metabólica, podendo ocasionar sequelas bastante graves como o coma hipoerosmolar, especialmente em doentes que usam de insulina ou drogas secretoras de insulina. Pode ser assintomático ou acompanhado da sensação de fome, confusão mental, coma, entre outras (Rizzardi, 2013).

Relativamente às **complicações crônicas** identificamos a retinopatia, a nefropatia, cardiopatia isquêmica, neuropatia, doença cerebrovascular e vascular periférica.

A retinopatia faz parte das complicações microvasculares da diabetes, associada à longa duração da doença e ao controle glicêmico inadequado. Estima-se que, 99% dos

pacientes com DM tipo 1 e 60% dos pacientes com DM tipo2 progridam para alguma forma de retinopatia diabética após 20 anos, sendo esta a principal causa de cegueira adquirida em adultos (Alves, Santos, Sobrinho, Rocha & Loch, 2014). A retinopatia não é a única patologia ocular relacionada com a diabetes, mas é a mais comum. Em Portugal, em 2013, estavam identificadas 8110 pessoas com retinopatia diabética (OND, 2014).

A nefropatia é uma complicação que afeta 10 a 40% das pessoas com DM. É uma afeção microvascular. Esta é uma alteração crónica caracterizada por albuminúria, hipertensão arterial e declínio progressivo da função renal, pelo progressivo declínio da taxa de filtração glomerular. A nefropatia diabética é uma complicação grave, uma vez que é uma das causas principais de novos casos de diálise e está associada ao aumento da taxa de mortalidade (Viana & Rodriguez, 2011).

Quanto à cardiopatia isquémica, é importante referir que a doença cardiovascular é responsável por até 80% das mortes a pessoas com DM2. O risco relativo de morte por episódios cardiovasculares é três vezes superior que na população em geral. Existem vários fatores de risco cardiovascular: hipertensão arterial, doença arterial coronária, obesidade, resistência à insulina e alterações nos lípidos e lipoproteínas plasmáticas. A cardiomiopatia diabética envolve uma agressão direta ao miocárdio. Esta é uma patologia de progressão lenta e tem ainda como agravantes o facto de a sua fisiopatologia não estar ainda completamente definida, nem o tratamento ainda ser satisfatório (Macambira, Santana, Soares & Kiperstok, 2012).

A neuropatia é caracterizada pela degeneração progressiva dos axónios das fibras nervosas. Está relacionada com a perda de sensibilidade e diminuição da velocidade de condução nervosa. A neuropatia e a doença arterial periférica em que a aterosclerose constitui o principal fator etiológico, são complicações da diabetes consideradas fatores de risco para o desenvolvimento das úlceras nos pés (Braga, Bortolini, Rozetti, Zarpellon, Nascimento & Neris, 2015). Em Portugal, o número de internamentos por pé diabético tem vindo a aumentar nos últimos anos, bem como o número de amputações dos membros inferiores (OND, 2014).

Quanto à doença cerebrovascular e vascular periférica: a hipertensão arterial é identificada na maioria das pessoas com DM2. A combinação da hipertensão arterial e

diabetes é grave porque aumenta o risco de eventos cerebrovasculares e doenças arteriais coronárias. A incidência de hipertensão em pessoas com DM2 aumenta com a idade, sendo que o idoso diabético apresenta mais hipertensão arterial sistêmica que idosos não diabéticos (Pinho, Aguiar, Oliveira, Barreto & Ferreira, 2015).

As complicações da diabetes estão extensamente documentadas e todas elas colocam em risco a vida das pessoas se não forem tratadas atempada e continuamente. O conhecimento da prevalência e da grandeza tornam-se fatores fundamentais para definir as prioridades e estratégias em saúde, pois visam minimizar as consequências que todas estas complicações acarretam. A nível nacional essa preocupação tem estado bem presente em várias orientações técnicas, normas e protocolos e de forma mais sistematizada no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Procura-se a implementação de práticas baseadas na evidência e a efetividade das práticas.

2. GESTÃO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2 ENQUANTO DOENÇA CRÓNICA E O PAPEL DO ENFERMEIRO

A DM é das doenças crónicas que mais cresce e está associada a uma variedade de complicações graves que resultam na redução da qualidade de vida e em mortalidade prematura. A deteção e o tratamento precoces são uma estratégia fundamental para reduzir esta carga (Cortez et al., 2015).

A diabetes é uma doença de autogestão onde se pressupõe uma predisposição do doente na adesão ao autocuidado. Este capítulo incide sobre a gestão terapêutica da DM tipo 2, a adesão ao Regime Terapêutico e o Cuidado de Enfermagem na Gestão da DM2 e, por último, o cuidado de enfermagem na gestão da DM2. A enfermagem, enquanto disciplina, foca-se na gestão do regime terapêutico, razão pela qual o capítulo encerra com o papel do enfermeiro na gestão da DM2.

2.1. GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA COM DM TIPO 2

As doenças crónicas individuais já não são vistas de forma isolada, uma vez que existe um número crescente de pessoas afetadas por mais do que uma doença deste tipo. As exigências que as doenças crónicas impõem aos doentes, às famílias e ao sistema de saúde, são semelhantes e existem estratégias de gestão que sejam efetivas. Os doentes com quadros crónicos necessitam de um nível de apoio alargado nas suas comunidades para manterem o melhor estado de saúde e nível de funcionamento, durante tanto tempo quanto possível. São requeridas a estes doentes aptidões de autocuidado para gerir os problemas em casa, associadas a um cuidado e tratamento proactivos, integrados, planeados, que prevejam as suas necessidades, de modo a que quaisquer alterações ou deterioração no seu estado possam ser rapidamente enfrentados antes de evoluírem para uma situação aguda.

Dada a sua natureza, a diabetes Mellitus pode ser extraordinariamente influenciada pelo autocuidado diário. Nenhuma outra doença exige tanto do doente em termos de conhecimentos e capacidade (...) o enfermeiro depara-se com o desafio e a responsabilidade de ajudar o doente a adquirir conhecimentos, capacidades, e a tomar as atitudes necessárias ao autocuidado (Sheehan & Ulchaker, 2010, p.1141).

Destacam-se dois modelos na gestão da doença crónica compatíveis com o foco dos cuidados de enfermagem, nos quais os enfermeiros se encontram em posição privilegiada para liderar e apoiar. São eles: o modelo de cuidados na doença crónica e o quadro de referência de cuidados inovadores para os quadros crónicos, ambos com enfoque nos doentes, famílias e comunidades, informados e motivados, apoiados por uma equipa colaborativa de profissionais (OE, 2010).

O objetivo do tratamento da diabetes não é a cura pois, a diabetes, até à data, não tem cura. O tratamento, de uma forma geral, pretende conseguir um controlo metabólico ótimo por forma a minimizar as complicações que decorrem das oscilações da glicémia.

Os objetivos do tratamento da DM2 devem ser definidos individualmente, tendo em conta fatores como a idade do doente, tempo de duração da doença e existência ou não de complicações, (SPD, 2015). No entanto, existem padrões genéricos focados, na sua maioria, em comportamentos e na autogestão desta doença que são recomendados a todas as pessoas com diabetes:

- Controlar o nível de glicémia. A auto monitorização da glicemia no sangue deve somente ser recomendada a pessoas com diabetes quando estas possuem conhecimentos, habilidades e vontade de usar as informações obtidas nos testes com o objetivo de ajustar o tratamento, melhorar a compreensão da diabetes e avaliar a eficácia do plano de controlo da glicémia (IDF, 2012).
- Avaliar a hemoglobina glicada. Considera-se um valor ótimo quando está inferior a 6.5% sem hipoglicémias (SPD, 2015).
- Controlar a tensão arterial. A hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública mundial. Esta doença é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares,

cerebrovasculares e renais, sendo responsável por 40% das mortes por acidente vascular encefálico, 25% das mortes por doença arterial coronária e, em combinação com a diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal (Silva, Souza, Santos, Jucá, Moreira, Frota & Vasconcelos 2012).

- Controlar os níveis de colesterol: a pessoa com DM2 tem maior risco de desenvolver dislipidemia, uma vez que a resistência à insulina predispõe a alterações no metabolismo das lipoproteínas circulantes. Os padrões mais comuns observados na dislipidemia são a elevação dos níveis de triglicéridos e a redução dos níveis de lipoproteína de alta densidade (HDL) colesterol (Pinho, 2015).
- Cessação tabágica. Deixar de fumar traz inúmeros benefícios para a saúde. O tabagismo promove aumento do estado oxidativo e inflamatório. Desta forma, a inflamação subclínica desenvolve patogênese nas doenças cardiovasculares. O tabaco é uma mistura de mais de 4000 substâncias químicas e bioativas que podem interagir com os sistemas biológicos humanos, expondo o organismo ao stresse oxidativo. Assim, a grande quantidade de radicais livres originados pelo tabaco pode induzir ao stresse oxidativo em especial nos sistemas respiratório e circulatório. Os fumadores apresentavam maiores concentrações de colesterol total, índice de massa corporal e pressão arterial, além de maior risco para doenças cardiovasculares e doença pulmonar crônica obstrutiva (Volp, Brito, Roas, Córdova & Ferreira, 2012).
- Antidiabéticos orais (ADO): na DM2, geralmente a primeira abordagem farmacológica passa pela prescrição de antidiabéticos orais. A metformina é o fármaco de primeira escolha para tratamento de DM2, sendo o anti-hiperglicemiante oral mais amplamente prescrito, devido ao seu perfil de toxicidade favorável e eficácia clínica. O fármaco reduz os níveis de glicose diminuindo principalmente, a gliconeogênese hepática, o que leva a um declínio médio nos níveis de insulina, e também promove a captação de

glicose no músculo (Neto, Marques, Ferreira, Lobo, Júnior, Camarão & Moraes, 2015).

As sulfonilureias (ADO) estimulam a libertação de insulina pelo pâncreas. No entanto, para que a sua ação seja eficaz, é necessário que o pâncreas produza insulina. Tem como efeitos colaterais o aumento de peso e risco de hipoglicémias (SPD, 2015).

Os inibidores das alfa-glicosidades inibem a ação de determinadas enzimas no sistema digestivo, o que impede o organismo de transformar os hidratados de carbono em glicose reduzindo, assim, os níveis de açúcar no sangue.

- Insulina: está indicada no tratamento da hiperglicemia severa com cetonemia ou cetúria, em diabéticos tipo 2, que não respondam ao tratamento com dieta, exercício e/ou ADO. Existem diversos tipos de insulina com ação ultra rápida, intermédia lenta ou mista. Os esquemas de administração de insulina também são múltiplos e devem ser individualizados (Araújo, Brito & Cruz, 2000).
- Alimentação e exercício: a atividade física é reconhecida como uma estratégia terapêutica não farmacológica fundamental para o controlo da diabetes tipo 2 e do risco cardiovascular associado, e os indivíduos com diabetes tipo 2 são aconselhados a aumentarem a atividade física inerente às atividades da vida diária, e a praticarem exercício físico para controlarem a doença e obterem benefícios adicionais na sua saúde (Mendes, 2014).
- A pessoa com diabetes, à semelhança da população geral, deve manter hábitos alimentares saudáveis, dando particular atenção à variedade de nutrientes e vigilância das porções. A terapia nutricional deve ser individualizada e deve ter em conta fatores como a história do utente, o estado nutricional e estado metabólico. Um plano alimentar para um utente diabético deve ser elaborado de acordo com as necessidades alvo, variando

em teor calórico e de macronutrientes, e deve garantir uma distribuição uniforme de hidratos de carbono ao longo do dia (Godinho et al., 2015).

Segundo a ordem dos enfermeiros (2010) estes profissionais desempenham cada vez mais o papel de gestores na doença crónica, particularmente na gestão da diabetes mellitus tipo 2. Existem alguns focos de atenção que devem ser transversais a todos os profissionais na sua prática clínica: (1) Cuidados centrados no doente: a comunicação é vital para que o utente possa tomar decisões informadas; (2) Educação: é fundamental que, no momento do diagnóstico, se inicie um plano de educação estruturada, baseada na evidência e de encontro às necessidades do indivíduo; (3) Aconselhamento nutricional: centrado nos princípios da alimentação saudável; (4) Avaliação e controlo da pressão arterial; (5) Avaliação do controlo da glicose; (6) Auto monitorização da glicémia; (7) Gestão dos lípidos.

Os enfermeiros podem desempenhar um papel importante no apoio da implementação do regime terapêutico, liderando campanhas de educação e informação, garantindo que as mensagens de saúde são claras e consistentes e influenciando as políticas relacionadas com o acesso a alimentos saudáveis, como por exemplo nas escolas. Dispõem de autoridade para: facultar o acesso a serviços de saúde, como aconselhamento nutricional ou rastreio de pressão arterial; incentivar a criação de ambientes saudáveis e disponibilizar instalações para atividade física; criar um ambiente no qual as escolhas saudáveis sejam escolhas fáceis (OE, 2010).

Os enfermeiros têm estado na linha da frente da prática ao facultar informações e educação ao doente, estabelecer relações com os doentes, cuidadores e comunidades, disponibilizar continuidade de cuidados, utilizar tecnologia para fazer avançar a prestação de cuidados, apoiar a adesão a terapêuticas a longo prazo e promover a prática colaborativa (OE, 2010). Deste modo, com recurso às premissas constantes nos modelos de gestão da doença crónica apresentados, o enfermeiro pode fazer a diferença na promoção do autocuidado essencial à autogestão da diabetes tipo2.

2.2. A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

A adesão é definida como a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar medicamentos, seguir o plano alimentar ou adotar mudanças no estilo de vida corresponde às recomendações preconizadas por um profissional de saúde. No tratamento da diabetes, a falta de adesão é um desafio quase diário na prática clínica de enfermagem, tornando-se fundamental a procura constante por estratégias e intervenções que visem minimizar esta situação (Faria, Santos, Arrelias, Rodrigues, Gonela, Teixeira & Zanetti, 2014).

A não adesão ao regime terapêutico leva a uma diminuição do controle efetivo das doenças, aumento do risco de hospitalizações e aumento da mortalidade (Remondi, Cabrera & Souza, 2014).

Segundo a OMS (2003), existem cinco dimensões que influenciam a adesão ao regime terapêutico (ADR): fatores relacionados com a doença, doente, tratamento, equipa de saúde e fatores socioeconómicos.

Existem vários fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento, relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconómico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (perceção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento dentro do qual se engloba a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipa de saúde (Gusmão, 2006).

Quanto aos motivos extrínsecos relativos à não adesão ao regime terapêutico, nomeadamente ao regime medicamentoso, verificou-se que cerca de metade dos portugueses acredita que o esquecimento é o principal, seguindo-se a falta de recursos económicos. O terço restante refere a «preguiça» como fator para não aderir à terapêutica, bem como a falta de instrução; não querer ou não gostar de tomar medicamentos; e adormecer antes da hora a que devia tomar a medicação. Entre os motivos de segunda ordem, a falta de recursos económicos assume a maior importância, seguindo-se o esquecimento e a falta de instrução. Como motivo de terceira ordem, a

relutância em tomar medicamentos e as dificuldades económicas são os mais apontados (Cabral & Silva 2010).

No que diz respeito às características dos medicamentos e à evolução dos tratamentos que podem condicionar a adesão à terapêutica, verificou-se que, para cerca de metade dos portugueses, a falta de adesão se deveria a dois fatores principais: os doentes sentirem-se melhor ou queixarem-se dos efeitos secundários dos medicamentos. Ainda com alguma expressão, surge o facto de não quererem misturar medicamentos com álcool ou outras substâncias; sentirem-se pior quando tomam os medicamentos; não sentirem melhoras ou considerarem que o tratamento não está a fazer efeito; duvidarem da eficácia do tratamento; a duração demasiado longa do tratamento; a toma de demasiados medicamentos; dificuldade em tomar os medicamentos de acordo com a prescrição. Como motivos de segunda ordem, os mais importantes são o facto de os doentes se sentirem melhor e a duração do tratamento. Por fim, como terceiro motivo mais importante, está o número elevado de medicamentos a tomar (Cabral & Silva 2010).

No que diz respeito ao tratamento não farmacológico, verifica-se que a não adesão aos comportamentos de autocuidado está relacionada com a perceção que as pessoas com diabetes têm em relação à necessidade de mudança de hábitos alimentares e às dificuldades enfrentadas para aderir ao novo estilo de vida. A ausência de sintomas é um dos aspetos que dificultam a realização de dieta, pois os diabéticos não apresentam manifestações de mal-estar após se alimentarem. Algumas pessoas parecem precisar de algo concreto, palpável e visível para facilitar e estimular o autocuidado. O conceito de realizar a dieta recomendada reveste-se de vários significados, tais como a perda do prazer de comer e de beber, a restrição da autonomia e da liberdade para se alimentar como e quando desejar (Espírito Santo, Souza, Souza, Ferreira & Taitson, 2012).

Existem também pessoas com diabetes que relatam ter vergonha de assumir a sua doença em público, o que depois se reflete em níveis glicémicos mais elevados (Espírito Santo, et al., 2012). Sintomas psíquicos também têm influência no controle metabólico, uma vez que a doença crónica pode gerar sentimentos diversos, como angústia, tremor e incertezas (Espírito Santo, et al., 2012).

É também fundamental que os profissionais de saúde verifiquem o grau de compreensão que o utente teve das recomendações feitas, por forma a detetar possíveis distorções das recomendações feitas (Espírito Santo, et al., 2012).

Outros aspetos importantes na adesão ao tratamento estão relacionados com a motivação, quer do utente quer do profissional, a falta de conhecimentos, dificuldades económicas, falta de envolvimento dos familiares e a baixa escolaridade (Espírito Santo, et al., 2012).

A organização mundial de saúde diz-nos que as políticas públicas no que se referem às doenças crónicas têm falhado. Uma das causas apontadas para tal é o facto de não se reconhecer adequadamente os determinantes sociais e culturais que envolvem a pessoa. De uma forma geral, as políticas de saúde tem considerado o doente como uma entidade isolada e ignora as relações sociais, a forma como estas estão interligadas. Têm culpado o doente pelo seu estilo de vida, ocultando o impacto socioeconómico (Juárez-Ramírez, Théodore, Villalobos, Jiménez-Corona, Lerin, Nigenda & Lewis, 2015).

Borba, Marques, Leal, Ramos, Guerra e Caldas (2013) referem ainda outros fatores que influenciam a ART: a duração do tratamento e as mudanças frequentes que levam a erros na continuidade do tratamento. A deficiência cognitiva e visual, comum nos idosos, pode dificultar o reconhecimento das prescrições. Além disso, o esquecimento decorrente do próprio processo de envelhecimento é outro dos fatores que podem influenciar para que exista uma baixa ART.

Para desenvolver o autocuidado relativo a esta doença, é fundamental que a pessoa tenha as habilidades necessárias. No entanto, estas habilidades parecem ser influenciadas por fatores pessoais, tais como sexo, idade, autoestima, fatores psicológicos, fatores interpessoais e fatores ambientais (nível socioeconómico, condições de vida e condições habitacionais), além do conhecimento sobre a doença, do tratamento, duração da doença, acesso aos serviços de saúde, entre outros (Coelho, Boas, Gomides, Foss-Freitas & Pace, 2015).

O conhecimento das características pessoais é importante e estas podem interferir no plano de cuidados que, desta forma, pode ser ainda mais individualizado (Coelho et al., 2015).

O impacto de uma doença crónica afeta permanentemente a vida quotidiana, afeta a estrutura construída antes deste evento. É essencial que as pessoas conheçam a rede de apoio de que dispõem e que proporciona ajuda mútua e reciprocidade (Juárez-Ramírez et al., 2015).

Os profissionais de saúde em geral, e profissionais de enfermagem em particular, têm o dever de promover uma melhor adesão do doente ao tratamento, estimulando mudanças comportamentais essenciais para o controlo eficaz da doença. Vários estudos mostram que as orientações recebidas acerca do autocuidado pelo doente, sobre as mudanças no seu estilo de vida e as habilidades para aplicá-lo estão relacionados com a prevenção e redução de complicações (Neta, Silva, & Silva, 2015).

Acredita-se que é de grande importância que o enfermeiro realize programas educativos voltados para o doente, juntamente com a família e a comunidade, pois, possivelmente, resultará no controle da doença, uma vez que as complicações estão ligadas ao conhecimento para o autocuidado diário adequado e mudanças no estilo de vida. O doente necessita de estímulo dos profissionais de enfermagem para empoderar-se, adaptando-se da melhor maneira às modificações pertinentes para o controlo metabólico (Silveira, Ramos, Freitas, Rodrigues, Martins, Brito & Bezerra, 2015).

Num estudo realizado por Cabral & Silva (2010) no que respeita ao papel da relação de confiança entre utente e profissional de saúde para o êxito da adesão terapêutica, observa-se que, segundo a generalidade dos inquiridos, o receio dos pacientes de fazerem perguntas e de pedirem esclarecimentos aos profissionais, bem como o facto de não prestarem atenção quando estes estão a explicar o tratamento, seriam as principais razões que contribuem para as pessoas não aderirem à terapêutica. A falta de compreensão das vantagens do tratamento, por parte do paciente, é a razão mais referida a seguir, surgindo, por último, a falta de confiança no profissional de saúde. O ónus da qualidade da relação parece, assim, recair sobre os doentes. Isto não significa que os profissionais de saúde não tenham um papel a desempenhar na forma de levar os doentes a cumprir as prescrições.

Para a generalidade da população, a relação com os profissionais de saúde é um fator determinante para levar os pacientes a cumprir as indicações terapêuticas. Sendo assim, os profissionais de saúde deveriam, segundo os inquiridos, dedicar mais tempo a cada

paciente, a fim de explicarem os tratamentos que prescrevem e fornecerem um plano detalhado do tratamento; por seu turno, os pacientes deveriam poder contactar o profissional de saúde para tirar dúvidas (Cabral & Silva 2010).

A conduta dos profissionais de saúde é considerada um determinante de ART. No processo de ART estão enraizados o processo de formação do profissional de saúde, os aspetos técnicos de cuidados e a relação interpessoal (Prado & Soares, 2015).

A vinculação ao profissional de saúde é fundamental no processo de aprendizagem e a forma como as pessoas são ajudadas tem impacto no autocuidado. A confiança do doente no prestador de cuidados é um fator de influência predominante sobre o controlo glicémico.

São apontadas três variáveis para a não adesão ao regime terapêutico: falta de acompanhamento dos profissionais de saúde, descontinuidade no acesso a medicamentos e a elevada complexidade do número de doses diárias (Remondi et al., 2014).

Uma melhor adesão está relacionada com a segurança do doente; traduz-se em melhores resultados de saúde e diminui os custos com os cuidados de saúde. A boa adesão melhora a efetividade das intervenções, promove a saúde e melhora a qualidade e a esperança de vida dos doentes. A boa adesão também tem benefícios económicos para o sistema de cuidados de saúde e para o doente. Não há uma forma única de promover a adesão aos regimes de tratamento. Para melhorar a adesão, têm de combinar-se várias estratégias educativas e comportamentais. As estratégias comportamentais incluem os lembretes e o reforço do comportamento do doente. Além disso, os prestadores de cuidados de saúde (profissionais de saúde) podem investigar as preferências dos doentes, simplificando os regimes de dosagem, etc. As estratégias educativas, que melhoram a adesão entre as pessoas com doenças crónicas, incluem a redução do número de medicamentos e da frequência das doses, o facultar de informação acerca dos efeitos secundários esperados e a motivação das pessoas para as alterações no estilo de vida causadas pela terapêutica (OE, 2009).

É muito importante educar os doentes acerca das suas doenças crónicas, benefícios do tratamento e complicações associadas à não-adesão. A educação é necessária para a

autogestão, uma vez que a maioria dos cuidados prestados para doenças crónicas exigem que os doentes estejam envolvidos no seu próprio autocuidado (OE, 2009).

A educação é uma estratégia importante para melhorar a adesão, mas os doentes não precisam só de ser informados como também de ser motivados e encorajados a aderir ao tratamento e aos objetivos relacionados com o estilo de vida (OE, 2009).

É necessária uma abordagem multidisciplinar para tratar as doenças crónicas e melhorar a adesão. A família, a comunidade e as organizações de doentes são parceiros-chave na promoção da adesão. Precisam de ser envolvidos de forma ativa no plano de cuidados e nos resultados esperados dos cuidados (OE, 2009).

A melhoria da adesão irá exigir a cooperação contínua entre os profissionais de saúde, investigadores, responsáveis pelas políticas, famílias e, mais importante que tudo, o doente (OE, 2009).

2.3. O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA DM 2

Recorrer a uma teoria de enfermagem na prática diária é fundamental, e de extrema importância, uma vez que apoia os enfermeiros na definição dos seus papéis, na aproximação à realidade, e conseqüentemente, na adequação e qualidade do desempenho profissional, não esquecendo também a importância que tem a nível da produção de conhecimento. As teorias de enfermagem representam um dos elementos que compõem a linguagem específica, objetivando a consolidação da enfermagem como ciência e arte na área da saúde (Alcântara, Guedes-Silva, Freiburger & Coelho, 2011).

Ao longo dos anos, o conceito de enfermagem tem sofrido alguma evolução, decorrente dos conhecimentos que têm surgido na multiplicidade de teorias. No entanto, estas apresentam em comum, o facto de serem integradoras de quatro conceitos: ser humano, saúde, meio ambiente e enfermagem (Alcântara, et al., 2011).

Relativamente à enfermagem, a teoria é um conjunto de conceitos relacionados com a realidade dos cuidados, dos seus fenómenos e da relação entre eles. As teorias servem para descrever, explicar, diagnosticar e prescrever medidas para a prática de cuidados,

baseada em dados científicos, (Piccoli, Nunes, Tramontina, Oliveira, Santos & Amante, 2015).

Meleis (2010) define que a enfermagem é a profissão que tem maior contacto com quem é afetado pela transição e o seu foco é o desenvolvimento, promoção e recuperação dos indivíduos. A enfermagem é, ainda, o agente que facilita a gestão da transição e contribui para a manutenção e promoção da saúde. O foco da enfermagem deve refletir a prática, deve basear-se nas experiências de saúde. A enfermagem é encarada como o agente facilitador que auxilia o indivíduo para o alcance de melhores níveis de saúde. Esta teoria oferece uma introspeção no que concerne às intervenções de enfermagem, uma vez que esta se realiza através de um plano de cuidados individualizado, que pretende prestar melhores cuidados ao doente, à sua família e à comunidade em que o utente se insere. Para que isto seja possível, é fundamental que o utente seja encarado enquanto ser holístico que é.

O ciclo de vida individual acontece dentro do ciclo de vida familiar, contexto primário do desenvolvimento humano. Esta perspetiva aponta para a compreensão dos problemas que as pessoas desenvolvem à medida que se movimentam juntas na vida quotidiana. Este movimento é mudança, processo, resultado, direção dos padrões vitais fundamentais do ser humano (Meleis, 2010).

Esta mudança que ocorre a nível individual e familiar chama-se transição.

A transição é como que “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para o outro”, tem conotação com o tempo e com o movimento. A vida em si pode ser considerada uma transição. O complexo ciclo vital encontra-se em constantes mudanças e com eventos marcantes: casamento, nascimentos, educação dos filhos, saída dos filhos do lar, reforma e morte (Meleis, 2010).

A transição representa mudanças, muitas vezes dramáticas, em que se espera que sejam desenvolvidas novas perspetivas, reflexão e criatividade para a realidade presente, conduzindo a uma revisão na mentalidade e nos valores sociais (Zagonel, 1999).

É nos pontos de transição de um estágio para outro processo de desenvolvimento familiar que ocorrem os grandes geradores de stress, principalmente nos momentos de grande instabilidade, inseguranças e ruturas do ciclo vital.

Os momentos de grande instabilidade que causam stress e a necessidade de uma transição bem sucedida são os pontos chave do modelo teórico de enfermagem, as transições apontadas por Meleis. Este modelo considera que cada indivíduo, ao longo da sua vida, pode estar suscetível a vivenciar quatro tipos de transições: desenvolvimentais, situacionais, saúde/doença e organizacionais. O diagnóstico de diabetes tipo 2 pode enquadrar-se enquanto transição na dicotomia saúde/doença. A transição saúde/doença está relacionada com mudanças abruptas de papel que resultam da passagem de um estado de bem-estar para um estado agudo de doença, de um estado de bem-estar para outro de doença crónica ou da cronicidade para um novo bem-estar que envolve a cronicidade (Meleis, 2010).

Os cuidados de enfermagem são o núcleo de ação dos enfermeiros, sendo o processo facilitador para transições bem -sucedidas, as quais se caracterizam por bem-estar emocional, domínio e bem-estar relacional.

Os cuidados de enfermagem têm tido uma grande evolução nos seus diferentes níveis aos longos dos anos. O conceito de ser bom enfermeiro é muito mais do que ter uma excelência técnica e conhecimentos científicos. Hoje, sabe-se que o envolvimento com as necessidades humanas e espirituais é essencial para que os cuidados de enfermagem sejam o mais completos possível. Julga-se que cuidar do corpo não exclui os cuidados com a alma (Zagonel, 1999).

Na prestação de cuidados, o enfermeiro visa harmonizar e equilibrar entre si todas as dimensões do ser humano, atuando não só no corpo físico mas também nas energias mais subtis que formam o seu corpo. Deste modo torna-se imprescindível basear a prática clínica em modelos teóricos com enfoque na qualidade dos cuidados, por forma a prestar cuidados humanizados (Rodrigues & Pereira, 2011).

No caso de doenças crónicas, como a diabetes mellitus, a necessidade dos cuidados relativos ao tratamento, controle da doença, dificuldades sociais e familiares encontradas, são de difícil aceitação para a pessoa e sua família. Terão que adaptar-se a

várias mudanças na sua maneira de viver, exigidas pela nova condição de saúde, o que pode levar a uma desorganização da estrutura familiar, pois todos devem ser envolvidos no cuidado, ajudando a orientar, estimulando e controlando novos hábitos saudáveis.

Os cuidados a uma pessoa com doença crónica devem contemplar não apenas conhecimentos acerca das alterações físicas e psíquicas. Todos os profissionais da equipa de saúde, em particular os enfermeiros, devem reconhecer não só estes mas também outros aspetos, partilhar os conhecimentos e traçar em parceria com o utente caminhos para um viver mais saudável (Dornelles, 2013).

O foco de atenção do sistema de saúde deve centrar-se no cidadão, perspetivando-o como alguém livre com capacidades e habilidades de liderança no seu processo de vida e de saúde. Hammerschmidt & Lenardt (2010, p. 363, citado em Cunha, 2014) advogam mesmo que o empoderamento da pessoa com diabetes é entendido como uma tecnologia educacional inovadora, pois permite a aprendizagem dialógica e o desenvolvimento de consciência crítica na qual a pessoa com diabetes encontra sentido para um modo de viver saudável próprio/ autónomo e personalizado. Assim, a capacitação resultará da colaboração entre o profissional de saúde e a pessoa com diabetes, perspetivando a construção e reconstrução do conhecimento por parte desta, acerca da doença e suas consequências, de forma a poder tomar decisões informadas sobre o seu autocuidado. Trata-se, pois, de um processo educativo, relacional e progressista, que valoriza a experiência das vivências, o modo e o contexto de vida, transformando a pessoa num ser crítico e agente da mudança da sua própria realidade, constituindo-se como cidadão e protagonista da sua vida (Hammerschmidt & Lenard, 2010, citado em Cunha, 2014).

Inerente a uma transição bem-sucedida perante um diagnóstico de diabetes está a adesão ao autocuidado, consistente com a adoção de comportamentos saudáveis.

3. INDICADORES DE RESULTADOS COM A DIABETES

Sendo a diabetes mellitus tipo 2 uma doença essencialmente de autogestão é central que a pessoa com diabetes desenvolva comportamentos de autocuidado promotores da melhoria dos seus resultados. Sendo o autocuidado o pilar para o alcance dos resultados desejáveis, é de ressaltar o contributo da educação terapêutica para a autogestão (ADA, 2013).

É fundamental que o sistema se organize de forma a promover o autocuidado. Este é definido como as ações iniciadas e realizadas por indivíduos a fim de manter a sua vida, saúde e bem-estar. As pessoas devem ter um papel ativo no seu plano de cuidados, fazendo parte deste processo, tomando decisões, identificando as suas necessidades e as ações a empreender para o seu plano de cuidados. Torna-se essencial para os doentes serem os responsáveis pelo tratamento no domicílio, refletindo-se no controlo dos níveis de glicose e prevenção de complicações agudas e crónicas, o que implica alterações de comportamento diárias (Stacciarini & Pace, 2014).

Importa identificar os fatores envolvidos na adesão ao autocuidado, incluindo-se: os dados sociodemográficos do utente, o esquema terapêutico em curso, o tratamento medicamentoso em curso, a relação entre o utente e o profissional de saúde, caracterização da doença e indicadores clínicos (tempo de diagnóstico, controlo glicémico), presença de comorbilidades, conhecimento sobre a doença e seu tratamento (Faria et al., 2014).

Apresenta-se, de seguida, o autocuidado enquanto central no âmbito da gestão da diabetes tipo 2, o conhecimento enquanto determinante para um adequado autocuidado, a satisfação com os cuidados prestados enquanto fator promotor do autocuidado e alguns indicadores clínicos que concorrem para a explicação do fenómeno da adesão ao autocuidado.

3.1. AUTOCUIDADO

Autocuidado significa deixar de ser passivo em relação aos cuidados e diretrizes apontadas pelos profissionais de saúde. Trata-se de um comportamento pessoal, que pode influenciar a saúde, porém não ocorre de forma isolada, mas em conjunto com fatores ambientais, sociais, económicos, hereditários e relacionados aos serviços da saúde (Gomides, Pace, Martins, Coelho, Gomes & Villas-Boas, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (2003) recomenda a educação para o autocuidado como forma de prevenir e tratar doenças crónicas, pois ele propicia o envolvimento da pessoa no seu tratamento e produz maior adesão ao regime terapêutico, minimizando complicações e incapacidades associadas aos problemas crónicos.

O objetivo da enfermagem é ajudar as pessoas a cuidar de si, enquanto que a promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação e controle deste processo (Silva, Santos, Guerra & Tavares, 2015).

De acordo com os novos conceitos de condições crónicas, é importante a qualidade de vida do doente e da sua família, destacando-se o papel do doente para a consecução desse objetivo. O doente não é um participante passivo no tratamento; pelo contrário, é considerado um “produtor de saúde” (OMS, 2013).

O autocuidado refere-se à promoção da saúde, sendo este um princípio a ser seguido pelas pessoas saudáveis e/ou não, pois está relacionado com a promoção da saúde/bem-estar. Assim, tal atitude transforma os processos individuais e coletivos de tomada de decisão para viver a vida com autonomia, pois esta estimula as pessoas para potencializar sua própria condição humana e preservar seu bem-estar (Silva, et al., 2015).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2 (2010, p.41), “*autocuidado é definido como uma atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as suas necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diárias*”.

Dentro das doenças crónicas, a diabetes *mellitus* destaca-se pela sua alta prevalência mundial e seu potencial para o desenvolvimento de complicações crónicas e agudas, quando não tratada adequadamente (Gomide et al., 2013).

Os doentes com doenças crónicas necessitam de maior apoio, não apenas de intervenções biomédicas. Necessitam de cuidado planeados e de atenção capaz de prever suas necessidades (OMS, 2003).

Considerando a doença crónica como um evento stressor, a forma como ela é percebida pela pessoa (dependendo das suas representações da doença) e as estratégias que adota face à nova situação de saúde, influenciam os comportamentos de adesão e, conseqüentemente, o controlo da patologia, o que se poderá refletir no seu bem-estar e qualidade de vida (Sousa, Landeiro, Pires & Santos, 2011).

Desta forma, compreende-se que os aspetos inerentes à adesão ao autocuidado, principalmente, em situações de doença crónica, são de suma importância para os profissionais de saúde, pois a não adesão é responsável pelo aumento da probabilidade do insucesso das terapêuticas, por complicações evitáveis, por aumento dos gastos com a saúde e aumento da morbidade e mortalidade, principalmente, em pessoas idosas (OMS, 2003). O enfermeiro surge como um importante agente facilitador da adaptação da pessoa à sua condição de saúde, visto ter uma relação de maior proximidade com a pessoa (Sousa et al., 2011).

Perante o diagnóstico de uma doença crónica, como é o caso da diabetes, é sempre muito difícil uma vez que envolve a autoimagem e autoestima. As pessoas, ao receberem o diagnóstico, passam por vários estádios: negação, revolta, depressão e, por último, após muita luta, vem a aceitação. Algumas pessoas podem permanecer até ao final das suas vidas num dos estádios iniciais da não aceitação da doença (Klubber-Ross, 1977, citado em Beltrame, 2012).

A diabetes *mellitus* é uma doença crónica que necessita de mudanças permanentes para o resto da vida e o seu tratamento exige uma terapia médica, nutricional, medicações diárias, exercício físico programado, auto monitorização das glicémias capilares, cuidado com o corpo, educação permanente e modificação comportamental (Biral, Cardoso, Guspan, 2005 citado em Gil, Haddad, Guariente, 2008).

Viver com diabetes *mellitus* não é fácil e a maioria dos diabéticos relata ser a alimentação o item do tratamento de maior dificuldade. Alguns ainda citam o facto de tomar medicação diariamente e a prática de exercícios físicos, associada ao tratamento. Outro fator apresentado são as mudanças ocorridas nas suas vidas sociais, visto que às vezes, os mesmos deixam de participar em grupos que antigamente frequentavam, devido às mudanças que o tratamento exige (Beltrame et al., 2012).

O autocuidado no que respeita à vivência com diabetes é um processo evolutivo de desenvolvimento de conhecimentos e de sensibilização, aprendendo a sobreviver com a natureza complexa do diabetes num contexto social. A grande maioria dos cuidados diários da diabetes são geridos pelos doentes e / ou famílias. Há sete comportamentos de autocuidado essenciais para as pessoas com diabetes: alimentação saudável, ser fisicamente ativo, monitorização da glicémia capilar, tomar a medicação prescrita, boa capacidade de resolução de problemas, habilidades de aquisição de hábitos de vida saudáveis e aquisição de comportamentos de redução de risco (ADA, 2012).

As atividades de autocuidado na diabetes são comportamentos assumidos pela pessoa com diabetes, a fim de gerir com sucesso a doença individualmente. A todos estes sete comportamentos corresponde um bom controlo glicémico, redução de complicações e melhoria na qualidade de vida. É importante ainda salientar que a adesão ao autocuidado não abrange unicamente realizar as atividades descritas, mas também as inter-relações entre elas. O autocuidado exige que o doente realize muitas modificações dietéticas e de estilo de vida, suplementados com o papel de apoio de profissionais de saúde para a manutenção de um nível mais elevado de autoconfiança, que leva a uma mudança de comportamento bem sucedida (Shrivastava & Ramasamy, 2013).

As implicações da não-adesão são significativas, incluindo o aumento da morbilidade e mortalidade, redução da qualidade de vida e insatisfação dos clientes. Os indivíduos, as famílias e os prestadores de cuidados têm frustrações e aborrecimentos com a não-adesão (Ordem dos enfermeiros, 2009).

Neste âmbito, torna-se fundamental que os profissionais de saúde eduquem os doentes sobre adesão ao autocuidado de forma a que estes desenvolvam atitudes e habilidades necessárias para gerir de forma adequada no controle da sua doença (Cunha, André, Granado, Albuquerque & Madureira, 2015).

3.2. CONHECIMENTOS

Perante o diagnóstico da DM2 o doente tem necessidade de aprender determinadas competências que lhe permitam lidar diariamente com os sintomas e limitações que desta doença possam surgir.

O conhecimento que a pessoa com diabetes apresenta afeta a sua competência para desenvolver um apropriado autocuidado, o nível de conhecimentos tem sido associado com a adoção de comportamentos de autocuidado e com o alcance de resultados adequados (Jackson, Adibe, Okonta & Ukwe, 2014).

A educação para a saúde, intervenção de cariz preventivo, é um meio privilegiado para o aumento de conhecimentos (Grilo, Sousa & McIntyre, 2008). Adicionalmente, a partilha de informação é considerada um aspeto básico para que a pessoa tome decisões conscientes e autónomas acerca da sua saúde (Lourenço, 2013).

Estratégias com foco na educação em saúde, atreladas à valorização dos saberes das pessoas sobre as doenças crónicas e seu tratamento, são fundamentais nas práticas dos profissionais de saúde (Alves, Araújo, Nascimento, Ribeiro, Rebouças, Santos & Oliveira, 2016).

O sucesso do tratamento da DM2 envolve inúmeros fatores, que promovem a adesão ao autocuidado, sendo um deles a educação em saúde que, quando realizada de forma adequada, promove a consciencialização do doente e favorece a adesão ao regime terapêutico (Machado, Gomes, Carlos & Marinho, 2013).

O processo de educação em saúde deve ser realizado com uma metodologia que englobe: palestras, participação em grupos, distribuição de panfletos explicativos e vídeos específicos sobre a doença. Para tal, é imprescindível que o profissional utilize uma linguagem adequada. O processo de educação ao doente diabético deve ser individualizado, devendo ter em conta as características pessoais, as condições socioeconómicas, o apoio familiar, atendimento individual, para além da participação em grupos. A participação em grupos de apoio influencia diretamente a aquisição de conhecimentos acerca da DM2 (Machado, et al., 2013).

É ainda de grande importância que a educação em saúde ao doente com DM2 seja um processo contínuo, de modo a promover a motivação entre os doentes bem como os consciencialize das possíveis complicações geradas por um tratamento inadequado, (Machado, et al., 2013).

Outro aspeto a ter em conta está relacionado com as crenças, que podem influenciar o comportamento de saúde de forma errónea, pois conduzem a alterações no comportamento de saúde, baseadas em ideias subjetivas, que podem ter implicações negativas na saúde. É fundamental que o profissional de saúde identifique essas crenças com o objetivo de aumentar os conhecimentos do doente (Lourenço, 2013).

A educação do doente acaba por ser o pré-requisito fundamental para o autocuidado da DM. A forma como os doentes são preparados para o autocuidado reflete-se diretamente no tratamento e prevenção de complicações (Lourenço, 2013).

A educação da pessoa com DM acaba por ser um processo de capacitação do doente para que este saiba lidar diariamente com a sua doença. Os doentes sujeitos a programas de educação terapêutica, com melhores níveis de conhecimentos, apresentam melhorias significativas no autocuidado com a diabetes, levando a maior qualidade de vida do doente e a uma redução significativa de gastos em saúde (Lourenço, 2013).

3.3. SATISFAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A avaliação da satisfação é uma medida de resultado importante e como referenciado anteriormente, pode afetar a adesão ao autocuidado. Existem vários estudos que referem, que quanto maior a satisfação com os cuidados prestados, maior a adesão ao autocuidado (Mota, Araújo, Trigueiros, Leuchner & Sousa, 2014).

Apesar da satisfação dos utentes ser considerada uma variável de difícil operacionalização, por ser multidimensional e subjetiva, tem existido esforço em sistematizar as dimensões que abrangem este conceito. As dimensões do conceito *satisfação* podem ser agrupadas em fatores inerentes aos serviços de saúde e fatores inerentes ao utente. Os fatores inerentes aos serviços de saúde, também designados por dimensões da satisfação, são: aspetos técnicos, aspetos interpessoais, acessibilidade,

disponibilidade, continuidade de cuidados, aspetos financeiros, resultado dos cuidados, e características físicas do ambiente. Os principais fatores inerentes ao utente são o estado de saúde, características socioeconómicas e demográficas e as suas expectativas (Mota et al., 2014).

Conhecer a satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de saúde é fundamental, pois as necessidades e expectativas destes estão em constante transformação (Mendes, Mantovani, Gemitto & Lopes, 2013).

O utente tem um papel importante na organização dos serviços pois, através da avaliação da sua satisfação, relativamente aos mesmos, podem ser adotadas novas estratégias ou modificarem-se as existentes, por forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Mendes et al., 2013).

Entende-se por satisfação do utente o conjunto variado de reações face à experiência dos cuidados de saúde. A satisfação é um conceito de natureza eminentemente subjetiva, em que os fatores psicossociais (expectativas, desejos, vulnerabilidade, desigualdades e desconhecimento de direitos) têm adquirido relevância (Mendes et al., 2013).

Vários são os autores (Kerber *et al.*, 2010, Medeiros *et al.*, 2010) que referem que a qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde está diretamente ligada à satisfação dos utentes (Mendes et al., 2013).

A qualidade dos cuidados de saúde está relacionada com a qualidade da interação entre o profissional de saúde e os utentes (Sousa, Martins, & Pereira, 2015).

A satisfação dos utentes com o atendimento pode contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida pois parece promover a adesão ao tratamento e a continuidade na utilização dos serviços. Neste sentido, os utentes devem ser ouvidos e convidados a participar nas decisões inerentes à sua saúde, vendo reconhecidos os seus direitos e deveres, pois a sua satisfação concorre para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Sousa et al., 2015).

A interação terapêutica é outro aspeto mencionado como muito relevante para a produção de ganhos em saúde. A natureza da qualidade e intensidade da interação do

cliente com o enfermeiro é um aspeto decisivo para o sucesso das transições (Meleis, 2010).

A forma como os enfermeiros transmitem a informação, as estratégias utilizadas, a capacidade de negociação e os reforços positivos, são primordiais para que se estabeleça uma relação de confiança. Assim sendo, torna-se fundamental investir no desenvolvimento de competências para negociar com o cliente. A verdade é que o enfoque na doença, e não na pessoa que tem a doença, tem limitado o desenvolvimento de uma relação terapêutica (Sousa et al., 2015).

No estudo realizado por Kneck et al., somos elucidados de que quando os cuidados são acessíveis e sensíveis às necessidades das pessoas com diabetes, estas identificam os profissionais como pessoas chave, particularmente na fase inicial da sua vida com a doença (Cardoso, Queirós & Ribeiro, 2015).

Contudo, também na fase inicial da doença, a informação e a forma como é facultada pelos profissionais de saúde pode determinar o processo de vinculação, arriscando o compromisso firmado entre ambos e a adesão ao regime terapêutico. Os participantes do estudo de Bums et al. expressaram um sentimento geral de preparação inadequada para o autocuidado, uma vez que a educação sobre a diabetes ocorreu no momento do diagnóstico na forma de panfletos e instruções para abdicar de certos alimentos, mas não foram dadas instruções sobre como o fazer. Sentiram que os profissionais de saúde não tiveram tempo para conversar com eles sobre a sua diabetes (Cardoso et al., 2015).

Desta forma, os profissionais de saúde podem fortalecer a motivação para o autocuidado das pessoas com diabetes melhorando a expectativa de ser capaz de realizar os cuidados necessários com a doença e pela provisão de uma abordagem empática, apoio prático e suporte de grupo continuado (Cardoso et al., 2015).

Mal-entendidos sobre a doença e tratamento são comuns e numerosos, apesar dos exames regulares e bom acesso aos cuidados. No estudo realizado por Polzer, os participantes aderiram aos regimes prescritos, mas não sabiam porque tinham que realizar muitas rotinas ou como poderiam beneficiar delas. Por isso, as intervenções centradas na pessoa podem facilitar a autogestão. Também a relação espiritual com o

seu prestador de cuidados foi considerada importante pelos participantes para os ajudar a controlar a diabetes (Cardoso et al., 2015).

Os enfermeiros possuem competências interpessoais, conhecimentos, habilidades e capacidades para interagir com o doente, aceitando os seus problemas, crenças e desejos, promovendo a adesão ao regime terapêutico. Existem estratégias que devem ser utilizadas para uma adesão mais efetiva, sendo para isso fundamental que os enfermeiros desenvolvam um olhar mais amplo acerca do plano terapêutico definido. Devem contemplar aspetos envolvidos em fatores culturais e colaborar nas mudanças dos hábitos de vida não saudáveis e dos costumes e crenças erróneas sobre a doença e tratamento (Rodrigues, Lima & Santos, 2015).

O enfermeiro tem o seu papel voltado para a educação em saúde, caracterizando-se este cuidado de carácter mais personalizado e aprofundado pela avaliação das necessidades de bem-estar e de concretização das mesmas e do autocuidado da pessoa com diabetes. O papel do enfermeiro passou de simples orientador para o papel de favorecer e consciencializar os sujeitos sobre o seu modo de viver e as implicações das suas escolhas para a saúde. Neste contexto, o enfermeiro deve desenvolver a sua profissão com uma visão holística, com compromisso e responsabilidade para com o ser humano (Rodrigues et al., 2015).

A adesão ao autocuidado é um fator importantíssimo para a melhoria da qualidade de vida. Como complemento ao tratamento, a família tem um papel significativo na vida de uma pessoa com diabetes, pois deve apoiar e incentivar o paciente para melhor adesão ao tratamento e mudanças de hábitos na sua rotina (Rodrigues et al., 2015).

Os enfermeiros têm a missão de desenvolver estratégias como atividades educativas que capacitem o doente para a adesão ao tratamento, para mudar o seu estilo de vida, sensibilizá-lo sobre a patologia, para desenvolver melhor o autocuidado com sua saúde (Rodrigues et al., 2015).

A avaliação da satisfação, como indicador da qualidade da prestação de cuidados de saúde, é muito útil na comparação de diferentes programas ou sistemas de saúde e na identificação de aspetos que necessitam de melhorias (Mota et al., 2014).

3.4. STATUS DE SAÚDE

A adoção de comportamentos de autocuidado na diabetes é afetada pela presença de outras comorbilidades e por fatores relacionados com o status e controle da própria doença (Faria et al., 2014).

Quanto aos indicadores que permitem avaliar a concretização e efetividade dos cuidados focados no autocuidado da pessoa com diabetes, Eigenmann e Colagiuri (2007) num consenso nacional (Austrália) incluem como resultados clínicos de relevo a HbA1c, Tensão arterial (TA) e índice de massa corporal (IMC).

A hemoglobina glicada idealmente deve ser inferior a 7% (IDF, 2012), uma vez que é com valores superiores a estes que as complicações da diabetes tendem a surgir. A HbA1c é uma medida fundamental na monitorização do plano terapêutico e um dado de relevo aquando da tomada de decisões sobre a gestão deste plano. O valor da HbA1c é um preditor das complicações da diabetes e a qualidade do controlo metabólico pode ser avaliada pela HbA1c (Landgraf, 2006).

O valor da hemoglobina glicada facilita a interpretação relacionada com o controle e monitorização da diabetes, juntamente com o risco de surgirem complicações crónicas. A hipertensão arterial é identificada na maioria das pessoas com DM2. A combinação da hipertensão arterial e diabetes é grave porque aumenta o risco de eventos cerebrovasculares e doenças arteriais coronárias. A incidência de hipertensão em pessoas com DM2 aumenta com a idade, sendo que o idoso diabético apresenta mais hipertensão arterial sistémica que idosos não diabéticos (Pinho et al., 2015).

O excesso de peso é um dos fatores de risco de complicações da diabetes passível de ser modificável (Virgínia, 2013).

A avaliação da pessoa com diabetes deve incluir o cálculo do índice de massa corporal e do perímetro abdominal para avaliação da obesidade abdominal, uma vez que o excesso de gordura abdominal é um forte preditor independente de comorbilidades metabólicas (Cheng & Lau, 2013).

O status de saúde da pessoa com DM2 é relevante na prática diária dos cuidados de saúde, uma vez que, regularmente monitorizados e avaliados, permitem reduzir complicações.

4. METODOLOGIA

Os capítulos que se seguem irão abordar os objetivos e questões de investigação, o tipo de estudo, as hipóteses, população e amostra, instrumentos de colheita de dados, questões éticas e tratamento e análise de dados.

4.1. OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A diabetes é hoje um problema de saúde pública, pela elevada incidência e prevalência que apresenta.

A diabetes exige do doente e dos profissionais de saúde uma atenção constante e cuidados diários, uma vez que o modo como lidam com a doença é determinante da qualidade de vida. A necessidade do tratamento permanente impõe ao doente a capacidade de gerir os seus problemas e ao enfermeiro acompanhamento dos resultados dessa gestão (Tanqueiro, 2013).

A importância deste estudo verifica-se na possibilidade de, através do conhecimento profundo do estado de saúde da amostra em estudo, existir a possibilidade de traçar estratégias ou desenvolver programas de educação continuada voltados para o cuidado holístico à pessoa com DM2, visando desenvolver uma qualidade de vida satisfatória, através de orientações com apoio de equipas multidisciplinares e prevenir complicações.

Após a reflexão aquando da elaboração da contextualização da temática em estudo e da revisão da literatura exposta no capítulo do enquadramento teórico, emergiram as seguintes questões de investigação, às quais se pretende dar resposta neste estudo: Qual o nível de adesão aos diferentes comportamentos de autocuidado na DM2? Qual o nível de conhecimentos acerca da DM2 que a amostra apresenta? Qual o nível de satisfação que a amostra apresenta relativamente aos cuidados de enfermagem? Quais as características sociodemográficas que a amostra apresenta? Qual a caracterização da DM2 na amostra em estudo? quais as dimensões do autocuidado a que as pessoas com

DM2 aderem? A satisfação com os cuidados de enfermagem está relacionada com a adesão ao regime terapêutico? As variáveis sociodemográficas da amostra estão relacionadas com a adesão ao autocuidado? A adesão ao autocuidado encontra-se relacionada com os conhecimentos da pessoa com DM2? A adesão ao autocuidado está relacionada com a HbA1c? Neste âmbito, foram definidos os seguintes objetivos para este estudo:

- Avaliar o nível de autocuidado com a diabetes da pessoa com DM2;
- Avaliar o nível de conhecimentos sobre a diabetes da pessoa com DM2;
- Identificar o nível de satisfação da pessoa com DM2 com os cuidados de Enfermagem;
- Relacionar a adesão ao autocuidado com as variáveis sociodemográficas;
- Relacionar a adesão ao autocuidado com os conhecimentos da pessoa com DM2;
- Relacionar a adesão ao autocuidado da pessoa com DM2 e a HbA1c.

4.2. TIPO DE ESTUDO

Com o intuito de ir ao encontro dos objetivos desta dissertação foi realizado um estudo de caráter descritivo-correlacional que visa traçar estratégias ou desenvolver programas de educação continuada, voltados para o cuidado holístico da pessoa com diabetes mellitus, para obter uma qualidade de vida satisfatória por forma a prevenir complicações.

O estudo descritivo-correlacional tem por objetivo explorar relações entre variáveis e descrevê-las (Fortin, 2009).

Desenhos não experimentais são usados para descrever, diferenciar ou examinar associações, ao invés de procurar relações diretas entre variáveis, grupos ou situações. Não existem tarefas aleatórias, grupos controle, ou manipulação de variáveis, já que esse modelo utiliza apenas a observação. Os estudos correlacionais descritivos descrevem variáveis e as relações que ocorrem naturalmente entre as mesmas, (Sousa, Driessnack, & Mendes, 2007).

4.3. HIPÓTESES

Com base nas questões de investigação e nos objetivos deste estudo, definiram-se as seguintes hipóteses de investigação:

- H 1 – Existe relação entre a idade e a adesão ao autocuidado;
- H 2 – Existe relação entre o sexo e a adesão ao autocuidado;
- H 3 – Existe relação entre as habilitações literárias e a adesão ao autocuidado;
- H 4 – Existe relação entre a satisfação com os cuidados de enfermagem e a adesão ao autocuidado;
- H 5 – Existe relação entre a adesão ao autocuidado e a hemoglobina glicada.

As hipóteses pressupõem a existência de relações simples entre os termos e conceitos técnicos do investigador, as operações de investigação, as descobertas e as conclusões da investigação (Coutinho, 2014).

4.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

O presente estudo decorreu no agrupamento de centros de saúde (ACeS) Pinhal Litoral, em unidades de cuidados de saúde personalizados e em unidades de saúde familiares.

A colheita de dados decorreu entre novembro de 2015 e fevereiro de 2016, sendo a população alvo constituída por pessoas com DM2.

A amostra foi selecionada a partir da população de pessoas com DM2 que frequentam a consulta de diabetes (consulta de enfermagem e consulta médica) e que consentiram livremente participar no estudo.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: Ter o diagnóstico de DM2; Frequentar a consulta de diabetes; Falar e compreender português; Ter mais de 18 anos de idade; Apresentar capacidade cognitiva para responder ao questionário; Consentir de forma livre e esclarecida a participação no estudo através da assinatura do consentimento informado.

A amostra selecionada foi amostra não probabilística por conveniência (Guimarães, 2008).

4.5. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

O uso dos instrumentos de mensuração em forma de escalas e testes validados nacionalmente e internacionalmente é defendido por possibilitar a colheita sistemática dos dados e avaliação quantitativa dos fenómenos, viabilizando, ainda, a correlação das suas variáveis através de testes estatísticos (Feitosa, Soares, Beleza, Silva, & Leite, 2015).

O questionário tem por objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões (Fortin, 2009).

A diabetes é uma doença que requer cuidados diários de autogestão, razão pela qual, neste estudo pretendeu-se mensurar o autocuidado, os conhecimentos acerca da diabetes e avaliar o grau de satisfação com os cuidados de enfermagem, relacionando-os com os dados sociodemográficos.

Como método de colheita de dados, as escalas/testes podem ser utilizadas na forma de formulários ou questionários. Os questionários são constituídos por um conjunto de questões, sistematicamente articuladas, que se destinam a levantar informações por parte dos sujeitos da pesquisa, sem necessidade da presença do pesquisador (Feitosa et al., 2015).

O questionário de colheita de dados foi aplicado por entrevista, pelo facto da grande maioria da população estudada apresentar baixas habilitações literárias, apresentando dificuldades no preenchimento e leitura deste documento.

Esta opção é considerada válida, uma vez que Fortin (2009) refere que os questionários podem ser preenchidos pelo assistente de investigação na presença do participante, denominando-se de questionário-entrevista.

Para colher os dados, o investigador poderá utilizar um questionário já existente ou criar o seu próprio questionário. Na generalidade das vezes, o investigador utiliza questionários já testados, o que é vantajoso na medida em que permitem a comparação dos resultados obtidos com os que já foram publicados (Fortin, 2009).

O instrumento de colheita de dados aplicado foi um questionário constituído pelas seguintes áreas:

- Informação demográfica e status de saúde da pessoa com DM2;
- Escala de atividades de autocuidado com a diabetes;
- Questionário de conhecimentos sobre a diabetes;
- Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no Centro de Saúde.
- Informação demográfica e de situação atual de saúde;

A caracterização dos dados sociodemográficos e clínicos é contemplada com 18 questões que pretendem caracterizar a pessoa relativamente a: idade, género, estado

civil, situação profissional, situação financeira, anos de diagnóstico de DM2, tipo de tratamento instituído, existência de complicações (agudas ou crónicas), recurso a serviço de urgência, avaliação de risco cardiovascular, presença de comorbilidades e outros indicadores relevantes (peso, altura, perímetro abdominal, hemoglobina glicada e tensão arterial).

Relativamente aos indicadores da situação clínica (peso, altura, perímetro abdominal, hemoglobina glicada e tensão arterial), estes foram colhidos por entrevista e através do guia do diabético.

4.5.1 Atividades de Auto-Cuidado com a Diabetes

A adesão a comportamentos de procura de saúde é um importante indicador da efetividade dos sistemas de saúde. A utilização de escalas previamente utilizadas e validadas permite a comparação de resultados em populações diferentes (Bastos, Severo, & Lopes, 2007).

A escala Summary of Diabetes Self-Care Activities – SDSCA é apontada como o instrumento mais utilizado para medir autocuidado com a diabetes em adultos. Esta mede indiretamente a adesão, através dos níveis de autocuidado, não avaliando a concordância com o regime prescrito (Bastos et al., 2007).

Esta escala foi traduzida e validada para a população portuguesa em 2004 por Bastos. A escala original intitula-se Summary of Diabetes Self-Care Activities de Glasgow, Toobert e Hampson (Bastos et al., 2007).

Esta escala é constituída por 24 itens, agrupados em 7 dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, medicação, monitorização da glicémia, cuidados com os pés e hábitos tabágicos (Bastos et al., 2007).

A mensuração é parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a 7, que corresponde aos comportamentos adotados nos últimos 7 dias, sendo que zero corresponde ao comportamento menos favorável e sete ao mais favorável, com exceção nos itens alimentação específica e nos hábitos tabágicos. O score de cada item oscila

entre 0 a 7, formando-se o score por fator da média do número de dias dos itens que o constituem. O nível de adesão, por área, de autocuidado é obtido pela soma dos itens de cada fator e dividido pelo número de itens (Bastos et al., 2007).

4.5.2. Questionário de conhecimentos sobre a diabetes

O questionário de conhecimentos sobre a diabetes foi desenvolvido por Garcia, Villagomez, Brown, Kouzekanani e Hanis em 2001, na altura denominado de: Diabetes Knowledge Questionnaire em 2001. No momento em que foi desenvolvido era composto por 60 itens, tendo mais tarde, numa tradução e validação para língua espanhola sendo reduzido a 24 itens e foi essa versão reduzida que foi traduzida e validada para a língua portuguesa em 2004 por Bastos.

Este questionário aborda questões relacionadas com: conhecimentos gerais sobre a diabetes, como a causa, produção de insulina e hiperglicemia; duração da doença e tendência para a hereditariedade; aspetos relacionados com o regime terapêutico e seus efeitos no controlo glicémico, falsos conceitos, consequências e sintomatologia de hipo e hiperglicemia (Bastos, 2004).

No que respeita à análise dos dados, o questionário foi codificado em respostas certas (1) e respostas erradas e não sabe (0).

4.5.3. Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde

O questionário Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde foi construído e validado para a população portuguesa por Ribeiro, em 2005. Este questionário foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem em contexto de centros de saúde. É fundamental que, no decorrer da prestação de cuidados, os enfermeiros tenham sempre presente as necessidades e expectativas dos utentes a quem prestam cuidados para que, dessa forma, vão ao encontro das expectativas do utente (Ribeiro, 2005).

Este instrumento é constituído por 27 questões que pretendem apreciar o grau de satisfação do utente e da frequência, reportada por este, com que ocorre determinada atividade por parte dos enfermeiros (Ribeiro, 2005).

Esta escala avalia 6 dimensões: qualidade na assistência, individualização da informação, envolvimento do utente, informação dos recursos, formalização de informação e promoção do elo de ligação (Ribeiro, 2005).

A escala encontra-se graduada de 0 a 3, sendo que 0 corresponde a sem opinião e 3 ao melhor nível de satisfação. Nas questões relativas à satisfação as respostas variam entre: satisfeito, nem satisfeito/nem insatisfeito e insatisfeito, a que, numericamente, corresponde respetivamente: 1, 2 e 3, existindo ainda a opção: não se aplica/sem opinião e numericamente (4) (Ribeiro, 2005).

Conforme Ribeiro (2005), a escala divide-se nas seguintes dimensões: Qualidade na assistência - reflete a forma como os enfermeiros se relacionam com os utentes, expressando a atitude do enfermeiro na prestação de cuidados num centro de saúde; individualização da informação: refere-se à forma como o doente percebe o processo de comunicação que se estabelece entre doente e enfermeiro, averiguando-se a eficácia da comunicação; envolvimento do utente - pretende expressar a perceção do utente relativamente à integração no plano de cuidados, informação de recursos (mostra a importância da transmissão de informação acerca dos recursos disponíveis e a forma de como estes podem ser utilizados, promovendo a acessibilidade aos cuidados de saúde); formalização da informação - os cuidados de enfermagem também incluem aspetos formais como, por exemplo, facultar informação escrita, bem como a informação acerca dos direitos e deveres do utente nos cuidados de saúde; promoção do elo de ligação - a família ou a pessoa de referência do doente devem ser envolvidos no processo de cuidados, proporcionando assim um apoio maior quando este se encontra no domicílio. Por outro lado, o enfermeiro de referência promove a segurança e torna-se facilitador na utilização dos serviços de saúde.

É ainda importante referir que foi solicitado aos participantes do estudo que focalizassem as respostas a este questionário nas consultas de enfermagem e na área da diabetes.

4.6. QUESTÕES ÉTICAS

Como a investigação na área da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas devem ter relevo desde o início da investigação. A escolha do tema, o tipo de estudo, o recrutamento dos participantes, a forma de recolher os dados e de os interpretar são aspetos que podem interessar à ética (Fortin, 2009).

Os cuidados com as questões éticas no decorrer desta investigação tiveram início com a autorização (Nº 32543) do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro para a realização do estudo, a aprovação da Comissão de Ética para a Saúde, seguindo-se um contacto direto com os responsáveis de cada local de colheita de dados, no sentido de garantir as condições necessárias ao cumprimento dos aspetos éticos e formais previstos.

A participação no estudo foi voluntária, através de contacto direto na consulta de enfermagem de diabetes. Os utentes foram esclarecidos e livres de decidirem se queriam ou não participar, que tinham o direito de desistir a qualquer momento da aplicação do questionário, assinando desta forma um consentimento livre e esclarecido de participação no estudo.

O questionário foi aplicado num local calmo e privado em que foi também reforçada a informação de que o questionário é anónimo, os questionários são identificados apenas numericamente (numero do questionário e número do local de colheita de dados) e que o investigador não pertence à equipa multidisciplinar do serviço, não existindo partilha de informação com os profissionais nem forma de estes acederem aos dados colhidos.

Foi transversal, no decorrer de todo este processo, o respeito pelos direitos individuais de cada pessoa (individualidade, liberdade, segurança, bem-estar, respeito e dignidade).

4.7. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Posteriormente à aplicação dos questionários, surge o tratamento dos dados recolhidos. Esta fase foi realizada com recurso ao programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0.

Neste estudo, foram utilizadas técnicas de análise descritiva, tais como: medidas de tendência central (moda, mediana e média), bem como as medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão) e testes de estatística inferencial (testes não paramétricos).

Antes da aplicação dos testes estatísticos, para a análise das hipóteses, foram verificados os requisitos para a utilização dos testes paramétricos, nomeadamente o teste de Kolmogorov-Smimov para a verificação da distribuição normal das variáveis. Verificou-se que as variáveis em estudo não apresentavam distribuição normal, nem apresentavam os pressupostos do Teorema do limite Central optou-se por realizar os seguintes testes não paramétricos: coeficiente de correlação de Spearman e o teste U de Mann-Whitney. A interpretação dos resultados foi elaborada com base num nível de significância de 95% ($p < 0,05$).

Foram definidas várias hipóteses, pretendendo-se verificar a existência de relações com significado estatístico entre a adesão ao autocuidado e as várias variáveis que a literatura referencia como afetando este processo.

5. RESULTADOS

Neste capítulo, apresentam-se os resultados da análise dos dados colhidos nos questionários aos doentes com DM2.

Esta descrição terá início com a caracterização clínica da amostra, os dados relativos ao autocuidado com a diabetes, conhecimentos sobre a diabetes e satisfação com os cuidados de enfermagem no centro de saúde. Por fim, apresenta-se a estatística inferencial, considerando as hipóteses formuladas.

Através do teste de Kolmogorof Smirnov, foi verificado que os dados não têm distribuição normal, pelo que se optou pela utilização de testes não paramétricos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A amostra é composta por 81 participantes, sendo que 42 são do sexo masculino (52%) e 39 são do sexo feminino (48%).

Relativamente à idade da amostra, esta varia entre 42 e 87 anos, sendo a média de idades de 68 anos (DP=10).

No que diz respeito à situação profissional, a maioria dos inquiridos é reformado (74%), 16% referem ser profissionalmente ativos e 10% encontram-se desempregados.

Da amostra em estudo, 14% apresenta algumas dificuldades financeiras, 22% refere ter uma situação financeira confortável, 28% é detentora de uma situação financeira problemática e 36% referem ter o suficiente para as necessidades.

Dos inquiridos, 11,1% são analfabetos, 53,1% referem ter o 4º ano de escolaridade e salienta-se que 82,7% tem 4 ou menos anos que escolaridade.

Quanto ao estado civil, a maioria dos inquiridos são casados (69,1%), 7,4% são solteiros, 1,2% vivem em união de facto, 6,2% encontram-se separados/divorciados e 16% são viúvos.

5.2. CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA

Relativamente à caracterização clínica da amostra, no que diz respeito ao tempo de diagnóstico de diabetes, verifica-se que o tempo mínimo de diagnóstico da doença corresponde a um mês e meio e o máximo de anos de diagnóstico situa-se nos 30 anos, sendo a média de 10,2 anos (DP=8,2).

No que concerne ao tratamento farmacológico para a doença em estudo, 81% dos participantes usam antidiabéticos orais, 10% insulina exclusivamente e 9% fazem terapêutica mista (antidiabéticos orais e insulina).

Quando questionados os participantes acerca da existência de complicações decorrentes da diabetes, 27% referiram já ter tido complicações e 73% referiram nunca ter tido qualquer tipo de complicações. Conforme o gráfico 3, verifica-se que 17,3% referiram já ter tido complicações agudas, sendo que 14,3% referiram ter tido situações de cetoacidose e 84,6 % referiram já ter tido situações de hipoglicémia.

Relativamente à existência de complicações crónicas, 11,1% dos inquiridos confirmaram a existência deste tipo de complicações. Destes: 11,1% referiram ter retinopatia, 11,1% referiram ter retinopatia e doença cerebrovascular, 11,1% referiram sofrer de nefropatia, 11,1% referiram ter doença cerebrovascular e nefropatia, 33,3% referiram sofrer de doença coronária e 22,2% referiram ter complicações associadas ao pé diabético.

Da amostra inquirida, verificou-se que 6,2% tiveram necessidade de recorrer a um serviço de urgência ou permanecer num serviço de internamento no último ano devido à diabetes.

Apurou-se que 86,4% da amostra vigia a pressão arterial com regularidade, verificando-se que 58% apresentam os valores de tensão arterial dentro dos parâmetros considerados

normais, sendo que 77,8% da amostra refere realizar terapêutica anti-hipertensora, 21% não tomam este tipo de medicação e 1,2% desconhece se faz este tipo de terapêutica.

No que diz respeito ao excesso de gordura no sangue verifica-se que 74,1 % apresentam excesso, 22,2% referem não sofrer desta patologia e 3,7% refere não saber.

Quanto à realização de terapêutica para combater o excesso de gordura no sangue, 76,5% referem tomar este tipo de terapêutica, 22,2% não faz este tipo de terapêutica e 1,2% não sabe se faz este tipo de terapêutica.

Quando questionados os participantes acerca da existência de outros problemas de saúde, averigua-se que 35,8% referem sofrer de outro tipo de patologias, enquanto 64,2% referem não sofrer de mais nenhuma patologia para além da diabetes.

De seguida, na tabela nº1 são apresentados os dados relativos ao perímetro abdominal, à HbA1c, à tensão arterial sistólica e diastólica e, por último, dados relativos ao perímetro abdominal. São apresentados os valores mínimos, máximos e a média de cada parâmetro avaliado na amostra em estudo.

Tabela 1 – Estatística descritiva dos indicadores clínicos da amostra em estudo

	N	Mínimo	Máximo	Média	D.P.
Perímetro abdominal	81	84,0	136,0	105,1	10,8
Hemoglobina glicada	81	5,2	10,6	6,9	0,9
Tensão arterial sistólica	81	110,0	192,0	142,9	16,7
Tensão arterial diastólica	81	54,0	99,0	79,9	10,2
Índice de massa corporal	81	21,5	48,7	30,5	5,0

5.3 CONHECIMENTOS SOBRE A DIABETES

De seguida apresentam-se os resultados obtidos relativos aos conhecimentos sobre a diabetes.

São apresentados o número de respostas corretas, segue-se a percentagem das respostas corretas bem como o número e percentagem de respostas erradas ou desconhecidas respetivamente.

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo os conhecimentos acerca da diabetes

Não Sabe/Resposta errada (n) – 1; Não Sabe/Resposta errada(%) – 2 Resposta Certa (n) – 3; Resposta Certa(%) – 4	1	2	3	4
Comer muito açúcar e alimentos doces é uma causa da Diabetes.	9	11,1	72	88,9
A causa comum da Diabetes é a falta ou resistência à insulina no corpo.	38	4,9	43	53,1
A Diabetes é causada pela dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar.	43	53,1	38	46,9
Os rins produzem insulina.	25	30,9	56	69,1
Na Diabetes não tratada a quantidade de açúcar no sangue, normalmente, sobe.	11	13,6	70	86,4
Se é diabético os seus filhos têm maior risco para serem diabéticos.	25	30,9	56	69,1
A Diabetes pode curar-se.	17	21	64	79
0 nível de açúcar no sangue de 210, num teste em jejum, é muito alto.	16	19,8	65	80,2
A melhor maneira de avaliar a sua Diabetes é fazendo testes à urina.	24	29,6	57	70,4
0 exercício regular aumenta a necessidade de insulina, ou outro medicamento para a Diabetes.	21	25,9	60	74,1
Há dois tipos principais de Diabetes: Tipo 1 ("Insulino-dependentes") e Tipo2 ("não insulino-dependentes")	19	23,5	62	76,5
Uma hipoglicemia (baixa de açúcar no sangue) é provocada por muita comida.	23	28,4	58	71,6
A medicação é mais importante que a dieta e o exercício físico para controlar a Diabetes.	34	42	47	58
A Diabetes frequentemente provoca má circulação.	21	25,9	60	74,1
Cortes e feridas cicatrizam mais lentamente nos diabéticos.	14	17,3	67	82,7
Os diabéticos devem ter cuidados especiais, quando cortam as unhas dos dedos dos pés.	16	19,8	65	80,2
Uma pessoa com Diabetes deve limpar uma ferida com solução iodada e álcool.	30	37	51	63
A maneira como prepara a sua comida é tão importante como a comida que come.	5	6,2	76	93,8
A Diabetes pode prejudicar os rins.	17	21	64	79
A Diabetes pode provocar diminuição da sensibilidade das mãos, dedos e pés.	18	22,2	63	77,8
Tremores e suores são sinais de açúcar alto no sangue.	55	67,9	26	32,1
Urinar frequentemente e sede são sinais de açúcar baixo no sangue.	46	56,8	35	43,2
Meias-calças elásticas, ou meias, apertadas não são prejudiciais para os diabéticos.	25	30,9	56	69,1
Uma dieta para diabéticos consiste, essencialmente, em comidas especiais.	44	54,3	37	45,7

Relativamente aos conhecimentos acerca da diabetes, podemos verificar que o item: “A maneira como prepara a sua comida é tão importante como a comida que come” apresenta a maior percentagem de respostas corretas, com 93,8%. Segue-se um item

relativo à causalidade da diabetes: “Comer muito açúcar e alimentos doces é uma causa da Diabetes”, que apresentou 88,9% das respostas corretas.

No que diz respeito às consequências desta doença, verificou-se que 86,4 % dos inquiridos sabe que: “Na Diabetes não tratada a quantidade de açúcar no sangue, normalmente, sobe.”.

Verificou-se, também, que 82.7% sabe que “Os cortes e as feridas cicatrizam mais lentamente nos diabéticos”.

A maioria dos inquiridos (80,2%) consegue identificar que “O nível de açúcar no sangue de 210, num teste em jejum, é muito alto.”.

A mesma percentagem dos participantes reconhece que: “Os diabéticos devem ter cuidados especiais, quando cortam as unhas dos dedos dos pés.”.

No que concerne ao maior número de respostas erradas ou desconhecidas, verificamos que diz respeito aos itens relativos aos sinais/sintomas de hipo e hiperglicemia com as respetivas percentagens de 32,1% e 43,2%.

O terceiro item com menor percentagem de respostas corretas diz respeito à causalidade da diabetes: “Uma dieta para diabéticos consiste essencialmente em comidas especiais”, com apenas 45,7% de respostas corretas.

Neste questionário, verifica-se que 84% da amostra acertou em pelo menos 12 das respostas, ou seja, acertou em 50% do teste de conhecimentos acerca da diabetes.

Os valores mais relevantes apresentam-se destacados a negrito na tabela 2.

5.4 ADESÃO AO REGIME DE AUTOCUIDADO

Na tabela 3, são apresentados os dados relativos à adesão ao autocuidado expressos em dias da semana, sendo que o valor 7 corresponde ao número máximo de adesão e 0 o pior resultado possível.

Esta escala é constituída por 24 itens, agrupados em 7 dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, medicação, monitorização da glicémia, cuidados com os pés e hábitos tabágicos (Bastos et al., 2007).

Através da análise dos dados obtidos, podemos verificar que, relativamente ao item alimentação geral, a média de adesão situa-se em 3,5% (DP: 1,3); relativamente à adesão específica verifica-se uma adesão de 4,4% (DP: 1,0); quanto à adesão ao exercício físico verifica-se uma adesão de 1,1% (DP:1,5), a adesão à avaliação da glicémia capilar situa-se em 2,8% (DP: 2,6) e a adesão aos cuidados com os pés situa-se em 3,4% (DP: 1,5).

Podemos verificar que de uma forma geral os participantes neste estudo apresentam um nível de adesão maior no que diz respeito aos cuidados com uma alimentação específica, seguindo-se a adesão aos cuidados com a alimentação de uma forma geral e, em terceiro lugar, situa-se a adesão aos cuidados com os pés. O aspeto a que os participantes menos aderem está relacionado com o exercício físico.

No que concerne aos hábitos tabágicos, verificou-se que 91,4% dos inquiridos não fuma atualmente e, destes 67,9%, nunca fumaram. Já não fumam há dois ou mais anos 22,2%.

Tabela 3 – Distribuição da amostra pela escala: Atividades de autocuidado com a diabetes.

Itens e fatores	M	DP
Alimentação		
Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	4,9	2,1
Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0,4	1,4
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu entre 7-10 doses por dia de frutos e vegetais?	4,9	2,1
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	2,9	1,8
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	3,3	3,2
Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	4,7	2,1
Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	5,8	2,5
Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	6,1	2,0
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	4,1	2,5
Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?	4,3	3,2
Exercício		
Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar).	1,8	2,6
Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0,3	1,0
Teste de açúcar no sangue		
Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	3,0	2,7
Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue, no número de vezes que o seu médico ou enfermeiro recomendou?	2,7	2,7
Cuidados com os pés		
Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	1,3	2,2
Em quantos dos últimos SETE DIAS inspecionou o interior dos seus sapatos?	1,5	2,7
Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	5,9	1,9
Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	5,1	2,9
Medicamentos		
Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	6,6	0,96

5.5. Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no Centro de Saúde

De seguida, são apresentados os dados relativos à satisfação com os cuidados de enfermagem no Centro de Saúde (tabela nº4), sendo que o valor 3 corresponde ao grau de satisfeito, 2 nem satisfeito nem insatisfeito, 1 não satisfeito e 0 sem opinião ou não se aplica.

Ao analisarmos os dados colhidos, podemos verificar que os cuidados de enfermagem com que os participantes neste estudo se encontram mais satisfeitos correspondem à qualidade da assistência com 97,5% de satisfação (DP: 5,3), seguindo-se a individualização da informação com 95,6% (DP: 8,9), em terceiro lugar a promoção do elo de ligação com 75,5% (DP: 19,9), seguindo-se a informação acerca dos recursos disponíveis com 67,6269% (DP: 21,2) e, por último, a formalização da informação com 60,5% (DP: 19,9).

Tabela 4 – Distribuição da amostra, segundo a satisfação com os cuidados de enfermagem no Centro de Saúde.

Questões	Média	Desvio Padrão
Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe toda, alguma ou nenhuma informação?	2,9	0,4
Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?	2,84	0,5
Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como podiam ajudar quando necessitava)?	1,6	1,1
Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?	1,2	1,1
Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	2,3	0,8
Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	2,9	0,3
Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem e se necessário voltavam a repetir a informação?	2,9	0,3
Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)?	2,4	0,9
Os enfermeiros procuraram explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam e porque era necessário fazê-los?	2,7	0,6
No CS, os enfermeiros preocuparam-se em informar sobre o funcionamento do CS (horários de atendimento, tipo de consultas, a localização das salas de enfermagem, de tratamentos, de vacinas...)?	2,6	0,7
No CS, os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente do CS?	1,3	0,6
No CS, tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si (a quem se dirige quando lá vai e que mostra conhecer melhor a sua situação)?	2,4	0,8
Quando necessita, é fácil contactar com os enfermeiros dos CS (para marcar consulta, para lhe colocar as suas dúvidas)?	2,77	0,7
Os enfermeiros preocuparam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados?	2,97	0,3
Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?	2,9	0,3
Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?	2,9	0,1
Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	2,9	0,3
Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes?	2,9	0,2

Sentiu que os enfermeiros o colocavam à vontade para pôr as suas dúvidas?	2,9	0,3
Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe prestavam?	2,9	0,2
Sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais atualizados e bem informados?	2,9	0,2
Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido).	2,9	0,3
Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no CS	2,9	0,4
Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)	2,8	0,4
Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	2,9	0,4
Relativamente ao modo como os enfermeiros lhe prestavam os cuidados	2,9	0,3
Relativamente aos cuidados de enfermagem no CS	2,9	0,3

Segue-se a distribuição dos dados colhidos relativos a satisfação com os cuidados de enfermagem por dimensões na tabela nº 5.

Tabela 5 – Distribuição da amostra, segundo a satisfação com os cuidados de enfermagem no Centro de Saúde por dimensões

Dimensões	Nº Válido	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Qualidade na assistência	81	97,5	5,3	74,1	100
Individualização da informação	80	95,6	8,9	50	100
Envolvimento do utente	81	96,4	8,8	55,6	100
Informação dos recursos	81	67,6	21,2	22,2	100
Formalização da informação	81	60,5	19,9	16,7	100
Promoção do elo de ligação	81	75,4	19,9	11,1	100

5.6. Estudo correlacional

Apresentam-se, agora, os resultados dos testes estatísticos com o objetivo de darem resposta às questões de investigação, considerando as hipóteses que foram formuladas e tendo por base a revisão da literatura previamente efetuada.

Apresenta-se na tabela 6 os resultados da aplicação do teste de Correlação de Spearman entre as sub-escalas do autocuidado e as escalas de satisfação com os cuidados de enfermagem e as variáveis sociodemográficas (idade e habilitações literárias). E as hipóteses que apresentaram uma relação estatisticamente significativa são as apresentadas na tabela 6:

Tabela 6- Correlações de Spearman entre as hipóteses apresentadas

Hipótese	R de Spearman	p (Sig. 2 extremidades)
H1 – Existe relação entre a idade e a adesão ao autocuidado	-0,293**	0,008
H3 – Existe relação entre as habilitações literárias e a adesão ao autocuidado (Alimentação geral).	-0,245*	0,027
H3 – Existe relação entre as habilitações literárias e a adesão ao autocuidado (Alimentação específica)	-0,249*	0,025
H4 – A satisfação com os cuidados de enfermagem influencia a adesão ao autocuidado	0,380**	0,000

*. A correlação é significativa no nível 0,05 ; **. A correlação é significativa no nível 0,01

Fortin (2009) refere que quanto mais o coeficiente de correlação se aproxima $\pm 1,00$ mais forte é a relação entre as duas variáveis. No estudo efetuado verifica-se que as hipóteses 1 e 4 são as que apresentam uma correlação mais forte.

As hipóteses que não apresentaram relação estatisticamente significativa são apresentadas nas tabelas 7 e 8:

Tabela 7: Teste de Mann Whitney entre o sexo e a adesão ao autocuidado

Hipótese	Dimensões da Adesão ao Autocuidado	Sexo feminino n=39	Sexo masculino n=42	U	Z	Sig.
		MeanRank	MeanRank			
H 2 – Existe relação entre o sexo e a adesão ao autocuidado (alimentação geral).	Adesão ao autocuidado (alimentação geral).	44,31	37,93	497,00	-3,048	0,002
H 2 – Existe relação entre o sexo e a adesão ao autocuidado (exercício físico).	Adesão ao autocuidado (exercício físico).	41,22	40,80	810,50	-0,089	0,929
H 2 – Existe relação entre o sexo e a adesão ao autocuidado (monitorização de glicémia capilar).	Adesão ao autocuidado (monitorização de glicémia capilar).	39,17	42,70	747,50	-0,685	0,494
H 2 – Existe relação entre o sexo e a adesão ao autocuidado (cuidados com os pés).	Adesão ao autocuidado (cuidados com os pés).	45,41	36,90	647,00	-1,640	0,101

*. A correlação é significativa no nível 0,05

**. A correlação é significativa no nível 0,01

Tabela 8- Correlações de Spearman entre as hipóteses apresentadas

Hipótese	R de Spearman	p (Sig. 2 extremidades)
H 5 – Existe relação entre a adesão ao autocuidado (alimentação geral) e a HbA1c	-,189	,092
H 5 – Existe relação entre a adesão ao autocuidado (alimentação específica) e a HbA1c	-,114	,310
H 5 – Existe relação entre a adesão ao autocuidado (exercício físico) e a HbA1c	-,012	,913
H 5 – Existe relação entre a adesão ao autocuidado (monitorização de glicemia capilar) e a HbA1c	,143	,204
H 5 – Existe relação entre a adesão ao autocuidado (cuidados com os pés) e a HbA1c	,056	,619

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Concluída a apresentação dos resultados, procede-se à análise crítica destes.

Este capítulo inicia-se com a caracterização sociodemográfica da amostra, seguindo-se a caracterização clínica, e por último, a análise dos resultados obtidos na amostra em estudo relativos ao autocuidado com a diabetes, aos conhecimentos sobre a diabetes e satisfação com os cuidados de enfermagem num centro de saúde.

6.1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

No que diz respeito ao género a amostra apresenta 48% de participantes do sexo feminino e 52% do sexo masculino.

Em relação à amostra em estudo, a maioria apresenta idades compreendidas entre 42 e 87 anos, sendo a média de idades de 68 anos, com (DP=10). Segundo o observatório nacional da diabetes (2015), mais de um quarto das pessoas entre os 60 e 79 anos tem diabetes, verificando-se um aumento da prevalência com a idade.

No que concerne à situação profissional, a maioria dos inquiridos encontra-se reformada 74%, o que corresponde ao esperado em Portugal, uma vez que a idade da reforma se encontra atualmente nos 62 anos e 2 meses.

Da amostra em estudo, 14% apresenta algumas dificuldades financeiras, 22% refere ter uma situação financeira confortável, 28% refere ter uma situação financeira problemática e 36% referem ter o suficiente para as necessidades. O Instituto Nacional de Estatística (2015) refere que a taxa de risco de pobreza, em 2014, encontrava-se nos 19,5%, pelo que verificamos que a situação financeira da amostra, de uma forma geral, é mais problemática do que a da generalidade da população portuguesa.

Dos inquiridos, 11,1% são analfabetos, 53,1% referem ter o 4º ano de escolaridade e salienta-se que 82,7% tem 4 ou menos anos de escolaridade. Estes dados vão ao

encontro da generalidade da população em Portugal uma vez que segundo os sensos de 2011 do Instituto Nacional de Estatística, refere que a maioria da população portuguesa apenas frequentou o 1º ciclo de escolaridade e somente cerca de 10% frequentou o ensino superior.

A amostra em estudo quanto ao estado civil, da amostra em estudo 7,4% são solteiros, 69,1% são casados, 1,2% vivem em união de facto, 6,2% encontram-se separados/divorciados e 16% são viúvos.

Estes dados também vão ao encontro dos dados do instituto nacional de estatística, relativos aos sensos de 2011.

6.2. CARATERIZAÇÃO DA DOENÇA

Os indicadores de resultados dos cuidados de enfermagem pretendem traduzir correlações entre as intervenções de enfermagem que os utentes receberam e o seu *status* de saúde (International Council of Nurses (ICN), 2009). Uma vez que os cuidados de enfermagem constituem uma parte integral do sistema de cuidados de saúde, os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem consideram o que os enfermeiros fazem, sob que circunstâncias e que resultados alcançam. Esta informação ou evidência é fundamental no sentido da alocação de recursos e para tornar visível e valorizada a contribuição da disciplina de enfermagem (ICN, 2009).

Na amostra estudada, o tempo de diagnóstico da diabetes oscila entre um mês e meio e 30 anos, sendo a média de anos de 10,23 anos (DP=8,2). Segundo o observatório nacional da diabetes (2015), verifica-se que o diagnóstico desta doença aumenta à medida que aumenta a faixa etária, corroborando a amostra que a prevalência é superior para idades avançadas.

Relativamente ao tratamento farmacológico para a doença em estudo, 81% dos participantes usam antidiabéticos orais, 10% usam insulina e 9% fazem terapêutica mista (Antidiabéticos orais e insulina).

Os antidiabéticos orais são o tipo de terapêutica para a diabetes que tem tido maior aumento no seu consumo nos últimos anos, como podemos verificar nos dados recentes do Observatório Nacional da Diabetes (2015). Neste relatório podemos também verificar que tem existido um aumento bastante significativo no consumo de medicação para esta doença. O consumo de medicamentos para a Diabetes tem estado a aumentar significativamente ao longo dos últimos anos, na Europa. As razões apontadas para esta dinâmica são para além do aumento da prevalência da doença, o aumento do número e da proporção de pessoas tratadas, bem como as dosagens médias utilizadas nos tratamentos. No entanto Portugal é ainda dos países da união europeia com menos consumo de medicação para a diabetes (OND, 2015).

Tal como no estudo realizado por Ribeiro, Sousa, Campos, Nielson, Lima & Provin (2014), a prescrição de insulina ainda se encontra baixa, principalmente quando se consideraram somente os pacientes com HbA1c superior a 9%, de modo que apenas 20,4% dos pacientes com HbA1c superior a 9% tinham a insulina como medicamento prescrito no prontuário médico, demonstrando, provavelmente, resistência do paciente e/ou do profissional prescriptor ao uso da insulina.

Quando questionados os participantes acerca da existência de complicações decorrentes da diabetes, 27% referiram já ter tido complicações e 73% referiram nunca ter tido qualquer tipo de complicações.

Da totalidade da amostra 17,3% referiram já ter tido complicações agudas, sendo que 2,6% referiram ter tido situações de hipoglicémia e 14,7 % referiram já ter tido situações de cetoacidose.

A nível nacional, os dados mais recentes do Observatório Nacional da Diabetes (2015) referem que os episódios em condições de cetoacidose situam-se nos 7% e a hipoglicémia situa-se nos 3,3%, verificando-se que na amostra em estudo a percentagem de complicações agudas é superior à média de complicações agudas na população portuguesa.

Relativamente à existência de complicações crónicas, 11,1% dos inquiridos confirmaram a existência deste tipo de complicações. Destes: 11,1% referiram ter retinopatia, 11,1% referiram ter retinopatia e doença cerebrovascular, 11,1% referiram

sofrer de nefropatia, 11,1% referiram ter doença cerebrovascular e nefropatia, 33,3% referiram sofrer de doença coronária e 22,2% referiram ter complicações associadas ao pé diabético.

No que concerne à população de pessoas com DM2 em Portugal, no último ano cerca de 25% sofreram de pé diabético, cerca de 7% sofreram de retinopatia, a nefropatia situa-se nos 30%, a doença cerebrovascular situa-se nos 11,3%, doença cerebrovascular situa-se nos 7,9%.

De uma forma geral, a percentagem de complicações crónicas na amostra em estudo é superior à generalidade da população portuguesa, exceto na doença cerebrovascular (OND, 2015).

Da amostra inquirida, verificou-se que 6,2% teve necessidade de recorrer a um serviço de urgência ou permanecer num serviço de internamento no último ano devido à diabetes.

A percentagem de diabéticos da amostra em estudo, que teve necessidade de recorrer a um serviço de urgência ou permanecer internado devido à patologia é muito inferior à média da população portuguesa, que se situa nos 29%, segundo os dados do Observatório Nacional da Diabetes (2015).

Durante a colheita de dados foi possível apurar que 86,4% da amostra refere vigiar a pressão arterial com regularidade, verificando-se que 58% apresentam os valores de tensão arterial dentro dos parâmetros considerados normais, sendo que 77,8% da amostra refere realizar terapêutica anti-hipertensora, 21% não tomam este tipo de medicação e 1,2% desconhece se faz este tipo de terapêutica.

Num estudo realizado por Costa, Francisco, Malta e Barros (2016), e no estudo realizado por Silva, Souza, Santos, Jucá, Moreira, Frota e Vasconcelos (2012), os resultados são semelhantes ao da amostra em questão; por outro lado, no estudo realizado por Soares, Silva, Silva, Silva Klautau (2013), a percentagem de utentes com diabetes e hipertensão associada era menor que na presente amostra.

No que diz respeito ao excesso de gordura no sangue, verifica-se que 74,1 % referem apresentar excesso de gordura no sangue, 22,2% referem não sofrer desta patologia e 3,7% referem não saber.

Quanto à realização de terapêutica para combater o excesso de gordura no sangue, 76,5% referem tomar este tipo de terapêutica, 22,2% não faz este tipo de terapêutica e 1,2% não sabe se faz este tipo de terapêutica.

A taxa de elementos da amostra em que se verifica a presença de excesso de gordura no sangue vai de encontro aos estudos realizados por Mullugeta, Chawla, Kebede, & Worku, (2012), em que 69,6% apresentam hipertrigliceridemia. No estudo realizado por Ko et al (2013), 85% dos pacientes também apresentavam altos níveis de colesterol total e triglicéridos (Pinho et al., 2015).

Quando questionados os participantes acerca da existência de outros problemas de saúde, averigua-se que 35,8% referem sofrer de outro tipo de patologias, enquanto que 64,2% referem não sofrer de mais nenhuma patologia para além da diabetes.

A qualidade de vida da pessoa com doença crónica é fortemente afetada quando comparada com indivíduos saudáveis. No estudo realizado por Winkelmann e Fontela, (2014), a qualidade de vida dos portadores de diabetes apresentou um impacto negativo nos itens relacionados com a dimensão social da doença, sua sobrecarga, constrangimento por ter diabetes e a própria interferência dessa condição na vida familiar.

No estudo realizado por Artilheiro, Franco, Schulz e Coelho (2014), é referido que 48% da amostra relata possuir duas ou mais doenças concomitantes, o que é superior à taxa presente neste estudo.

No que concerne ao índice de massa corporal os valores deste encontram-se entre 21,48 e 30,47, indo ao encontro dos dados obtidos para a população portuguesa. Segundo o Observatório Nacional da Diabetes (2015), a prevalência da Diabetes nas pessoas obesas ($IMC \geq 30$) é cerca de quatro vezes maior do que nas pessoas com IMC normal ($IMC < 25$), sendo que 20,5% das pessoas em Portugal apresentam IMC superior a 30.

A hemoglobina glicada idealmente deve ser inferior a 7% (IDF, 2012), uma vez que é com valores superiores a estes que as complicações da diabetes tendem a surgir. Na

amostra em estudo, a hemoglobina glicada oscilou entre 5,2% e 10,6% com uma média de 6,92% (DP=0.95), o que vai de encontro ao estudo realizado por Sá, Alves & de Araújo Navas (2014), onde o valor médio de hemoglobina glicada na amostra em estudo se situou nos 9,2%, significando que a amostra em questão apresenta valores semelhantes a outros estudos, e em média conforme o valor preconizado.

6.3 CONHECIMENTOS SOBRE A DIABETES

Relativamente aos conhecimentos acerca da diabetes, podemos verificar que a maior percentagem de respostas certas corresponde ao item: “A maneira como prepara a sua comida é tão importante como a comida que come”, com 93,8% das respostas corretas. Segue-se um item relativo à causalidade da diabetes: “Comer muito açúcar e alimentos doces é uma causa da Diabetes” que apresentou 88,9% das respostas corretas. Tal como no estudo realizado por Barbosa, Almeida, Figueiredo, Negromonte, Silva, Viana & Galvão (2015), observou-se que a maioria possui conhecimentos adequados sobre os tipos de alimentos que podem influenciar no tratamento da DM2.

Podemos verificar que existe um grande número de participantes que desconhece a fisiopatologia desta doença. Consideremos, por exemplo, o item “A Diabetes é causada pela dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar”, que obteve menos de 50% de respostas corretas.

No que diz respeito às consequências desta doença, verificou-se que 86,4 % dos inquiridos sabe que: “Na Diabetes não tratada a quantidade de açúcar no sangue, normalmente, sobe”, o que mostra que a amostra em estudo reconhece a necessidade de tratamento para controlar esta doença.

Verificou-se, também, que 82.7% sabe que “Os cortes e as feridas cicatrizam mais lentamente nos diabéticos”. A grande maioria dos inquiridos reconhece algumas complicações crónicas da diabetes.

A maioria dos inquiridos (80,2%) consegue identificar que “O nível de açúcar no sangue de 210, num teste em jejum, é muito alto.”. Podemos verificar que a grande maioria dos

inquiridos reconhece os valores da glicemia capilar, conseguindo-os interpretar de forma correta.

A mesma percentagem dos participantes reconhece que: “Os diabéticos devem ter cuidados especiais, quando cortam as unhas dos dedos dos pés.”. Grande parte da amostra em estudo possui conhecimento acerca de alguns itens de autocuidado, nomeadamente os cuidados com os pés.

A maior percentagem de respostas erradas ou desconhecidas diz respeito aos itens relativos aos sinais/sintomas de hipo e hiperglicemia com as respetivas percentagens de 32,1% e 43,2%. A maioria da amostra em estudo desconhece os sintomas de hipo e hiperglicemia, o que pode constituir-se como uma situação que carece de investimento e urge uma atuação imediata caso contrário o risco de vida pode estar iminente.

O terceiro item com menor percentagem de respostas corretas diz respeito à causalidade da diabetes: “Uma dieta para diabéticos consiste essencialmente em comidas especiais”, com apenas 45,7% de respostas corretas. O que revela existir ainda uma falsa crença acerca dos cuidados com a alimentação.

Neste questionário, verifica-se que 84 % da amostra acertou em pelo menos 12 das respostas, ou seja, acertou em 50% do teste de conhecimentos acerca da diabetes.

Os resultados obtidos são semelhantes ao estudo realizado por Carrillo-Alarcón, López-López, López-Carbajal, Ortiz e Ponce-Montern (2015), que refere que as perguntas com as pontuações mais baixas foram relacionados à etiologia da DM, já que os pacientes acreditavam que era devido a um elevado consumo de açúcar ou de alimentos doces. Encontramos, também, muito pouco conhecimento sobre questões relacionadas com fisiopatologia. No controle glicémico e metabólico os sinais e sintomas eram desconhecidos, colocando a vida do paciente em risco. Finalmente, quanto às complicações, os dados obtidos revelam algumas lacunas/desconhecimento.

6.4 ADESÃO AO AUTOCUIDADO

As dimensões do autocuidado em estudo são a alimentação geral, alimentação específica, atividade física, medicação, monitorização da glicémia, cuidados com os pés e hábitos tabágicos.

Através da análise dos dados obtidos, podemos verificar que relativamente ao item alimentação geral, a média de adesão situa-se em 3,45% (DP: 1,28), relativamente à adesão específica verifica-se uma adesão de 4,4% (DP: 1,0), quanto à adesão ao exercício físico verifica-se uma adesão de 1,1% (DP:1,5), a adesão à avaliação da glicémia capilar situa-se em 2,8% (DP: 2,6) e a adesão aos cuidados com os pés situa-se em 3,4% (DP: 1,5).

Podemos verificar que, de uma forma geral, os participantes neste estudo apresentam um nível de adesão maior no que diz respeito aos cuidados com uma alimentação específica, seguindo-se a adesão aos cuidados com a alimentação de uma forma geral e, em terceiro lugar, situa-se a adesão aos cuidados com os pés. O aspeto a que os participantes menos aderem está relacionado com o exercício físico.

No que concerne aos hábitos tabágicos, verificou-se que 91,4% dos inquiridos não fumam atualmente e, destes, 67,9% nunca fumaram e 22,2% já não fumam há dois ou mais anos.

No estudo realizado por Freitas, Silva, Neta e Silvada (2014), verifica-se que os cuidados com a alimentação específica são, geralmente, bem integrados pela amostra em estudo, a prática de exercício físico também apresenta uma fraca adesão, com 50% da amostra a não realizar qualquer atividade física. Os cuidados com os pés, no estudo supra citado, são mais deficitários do que na presente investigação.

No que concerne aos hábitos tabágicos a investigação atual apresenta melhores resultados do que no estudo acima descrito.

De uma forma geral, podemos verificar que exceto no item cuidados com alimentação específica, a adesão aos comportamentos de auto cuidado corresponde a metade ou menos dos dias por semana, situação preocupante uma vez que, tal como refere Shrivastava et al., (2013), os cuidados necessários ao tratamento desta doença devem

ser diários e a concretização dos resultados depende da adoção de comportamentos de autocuidado promotores de saúde.

6.5. Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde

Ao analisarmos os dados colhidos, podemos verificar que os cuidados de enfermagem com que os participantes neste estudo se encontram mais satisfeitos correspondem à qualidade da assistência com 97,5% de satisfação (DP: 5,3), seguindo-se a individualização da informação com 95,6% (DP: 8,9), em terceiro lugar a promoção do elo de ligação com 75,5% (DP: 19,9), seguindo-se a informação acerca dos recursos disponíveis com 67,6% (DP: 21,2) e, por último, a formalização da informação com 60,5% (DP: 19,9).

A satisfação com os cuidados de enfermagem no centro de saúde da amostra em estudo é muito superior ao grau de satisfação encontrado do estudo de Varandas e Lopes (2012) em todos os itens.

Os profissionais de saúde têm um papel fundamental junto dos clientes com doenças crónicas, uma vez que o tratamento geralmente é complexo, implicando mudanças na vida do cliente e no auto cuidado diário. Dessa forma, o enfermeiro deve estreitar o vínculo com o cliente, proporcionando um cuidado individual e humanizado. Ao abordar o cliente é importante que o enfermeiro realize a consulta de maneira criativa para que consiga orientar e estimular a adesão do cliente ao tratamento adequado. Através da empatia e da compreensão esse vínculo será fortalecido, possibilitando, assim, um conhecimento maior do seu cliente no que diz respeito à suas emoções e sentimentos (Melo, Teles, Teles, Barbosa & Studart, 2011).

6.6. Estudo correlacional: Discussão dos resultados

A primeira hipótese pretende verificar se existe uma relação estatística significativa entre a idade e a adesão ao autocuidado. No presente estudo, o autocuidado foi avaliado considerando cinco dimensões, tendo-se verificado uma relação estatisticamente

significativa mas negativa entre a idade e os cuidados com os pés. Podemos verificar que os participantes mais jovens são os que apresentam melhor adesão aos cuidados com os pés. No estudo realizado por Roos, Baptista & Miranda (2015), verificou-se que a idade correlacionou-se negativamente com os conhecimentos, ou seja, os participantes mais jovens apresentam melhores conhecimentos, à semelhança do estudo em questão.

A segunda hipótese prevê verificar se existe uma relação entre a adesão ao autocuidado e o sexo. Nos dados obtidos, verificou-se que não existe relação estatisticamente significativa entre o sexo e a adesão ao autocuidado. Já no estudo realizado por Ross et al., (2015), verificou-se que fatores como idade e sexo mostraram exercer influência sobre o comportamento de autocuidado. Entre as mulheres, a idade correlacionou-se negativamente com o conhecimento da doença no grupo estudado, negativamente com a ingestão de doces e positivamente com a ingestão de gorduras. Já quando comparados os hábitos de homens e mulheres, observou-se maior média de dias de consumo de doces pelas mulheres. Em contrapartida, aquelas que relataram seguir uma dieta saudável e cumprir as orientações alimentares dadas por um profissional da saúde apresentaram concordância com um menor consumo de doces. O grupo dos homens apresentou associação positiva entre o seguimento de dieta saudável com cumprimento das orientações alimentares, e com o consumo de frutas e/ou vegetais.

A terceira hipótese pretende verificar se existe relação entre as habilitações literárias e a adesão ao autocuidado. Através dos dados obtidos, verificou-se que existe uma relação estatisticamente significativa e negativa entre a escolaridade e a adesão ao autocuidado, nos itens alimentação específica e alimentação geral mas com uma baixa correlação. Verifica-se assim, que os participantes com mais habilitações literárias aderem menos ao autocuidado alimentação. O mesmo é corroborado no estudo realizado por Amorim (2015), no qual o grupo dos participantes que possuem o ensino básico como habilitações literárias apresenta menos capacidade de controlar a diabetes.

A quarta hipótese pretende verificar se a satisfação com os cuidados de enfermagem influenciam a adesão ao autocuidado. No presente estudo, foi verificada uma relação estatisticamente significativa entre a qualidade da assistência e a adesão ao exercício físico, ou seja, os participantes que se mostram mais satisfeitos com a qualidade da assistência dos cuidados de enfermagem no centro de saúde apresentam melhor adesão

ao exercício físico. O mesmo acontece no estudo realizado por Silva, Haddad e Rossaneis (2015), no qual também se verificou uma relação estatisticamente significativa entre a satisfação com os cuidados de enfermagem e a adesão ao autocuidado: os utentes mais satisfeitos com o serviço de enfermagem prestam os cuidados adequados aos pés e tomam a medicação de forma adequada ao longo dos últimos sete dias.

A quinta hipótese prevê verificar se existe relação estatisticamente significativa entre a adesão ao autocuidado e a hemoglobina glicada, tendo-se verificado que não existe uma relação estatisticamente significativa. O valor da hemoglobina glicada facilita a interpretação relacionada com o controle e monitorização da diabetes, juntamente com o risco de surgirem complicações crónicas. A partir dos níveis de hemoglobina glicada é possível fazer uma estimativa da taxa média de glicose dos últimos 3 meses, fornecendo um resultado mais realista que o valor da glicose em jejum (Sá et al., 2014).

7. CONCLUSÃO

Ao realizar este estudo, torna-se mais fácil compreender que a adesão ao autocuidado é uma temática bastante atual, com repercussões não só a nível social, pessoal e familiar, mas também ao nível da economia. A não adesão autocuidado tende a agravar esta situação, dado que se o doente não cumprir o tratamento irá necessitar de mais internamentos, o que significa mais despesas para o sistema de saúde.

A diabetes é uma doença crónica que está a tomar proporções epidémicas e que pode ser controlada através de intervenções que provaram ser efetivas, nomeadamente a educação terapêutica.

Um dos grupos profissionais que apresenta grande destaque na promoção da adesão ao autocuidado é o dos enfermeiros. Neste estudo pretendeu-se medir alguns dos parâmetros que nos indicam o nível de adesão ao autocuidado, porque só conhecendo o estado de saúde real dos utentes cuidados é que podemos realizar uma intervenção efetiva e eficaz.

No presente estudo, que teve por base os objetivos de: medir o autocuidado com a diabetes da pessoa com DM2; quantificar os conhecimentos sobre a diabetes da pessoa com DM2; identificar o nível de satisfação da pessoa com DM2 com os cuidados de Enfermagem; relacionar a adesão ao autocuidado com as variáveis sociodemográficas; relacionar a adesão ao autocuidado com os conhecimentos da pessoa com DM2; relacionar a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem e os conhecimentos sobre a diabetes; relacionar a adesão ao autocuidado da pessoa com DM2 com a HbA1c, considera-se que os resultados foram alcançados, como podemos observar no decorrer desta conclusão.

A amostra em estudo foi composta por 81 participantes, com uma média de idade de 68 anos (DP=10), sendo que 82,7% tem 4 ou menos anos de escolaridade, o que tem refletido um aumento da prevalência da doença com a idade.

Relativamente às complicações da diabetes, a maioria referiu nunca ter tido qualquer complicação, dos 27% que referiram já ter tido complicações 17,3% correspondem a

complicações agudas e 11,1% correspondem à presença de complicações crónicas, valores superiores às médias da população nacional.

No que diz respeito aos conhecimentos acerca da diabetes, verificou-se que 84% da amostra respondeu de forma assertiva a pelo menos 50% das questões do inquérito. As questões com maior percentagem de respostas corretas estão relacionadas com a alimentação e as questões com maior percentagem de respostas erradas estão relacionadas com os sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia.

Relativamente à adesão ao autocuidado, verificamos que os inquiridos apresentam maior taxa de adesão no que diz respeito aos cuidados com a alimentação específica, e o autocuidado que apresenta menos adesão é o exercício físico.

No que diz respeito aos hábitos tabágicos, verificou-se que a maioria dos inquiridos não fuma atualmente e, destes, a maioria nunca fumou.

Os baixos conhecimentos acerca desta doença e a falta de adesão aos diferentes autocuidados poderá explicar a elevada taxa de complicações que esta amostra apresenta.

Por último, no que se refere à satisfação com os cuidados de enfermagem no centro de saúde, foi possível verificar que a amostra apresenta maior grau de satisfação na qualidade da assistência, seguindo-se a individualização da informação. O item em que a amostra apresenta menos grau de satisfação refere-se à formalização da informação.

Das hipóteses propostas neste estudo, verificou-se que existe uma relação estatisticamente significativa e negativa entre a idade e os conhecimentos acerca da diabetes, ou seja, verificou-se que os elementos mais jovens da amostra apresentam melhores conhecimentos acerca desta doença, o facto de se ser mais jovem é apontado em vários estudos como aspeto facilitador da aprendizagem.

Também se verificou uma relação estatisticamente significativa e negativa entre a idade e os cuidados com os pés, o que revela que são os elementos mais jovens da amostra que apresentam melhores cuidados com os pés.

Verificou-se, também, que existe uma relação estatisticamente significativa e negativa entre a escolaridade e a adesão aos cuidados com a alimentação específica e geral, ou seja, os inquiridos com menor escolaridade reportam aderir mais a este autocuidado.

Foi ainda possível constatar que existe uma relação estatisticamente significativa entre a adesão ao autocuidado e a satisfação com os cuidados de enfermagem e entre a qualidade da assistência e a adesão ao exercício físico, o que revela a importância que os profissionais de saúde desempenham na motivação dos utentes à adesão ao autocuidado.

Através deste estudo, alcançou-se um conhecimento mais aprofundado da amostra, permitindo traçar estratégias ou desenvolver programas de educação contínuos voltados para o cuidado holístico à pessoa com DM2, visando desenvolver uma qualidade de vida satisfatória e prevenir complicações, através de orientações com apoio de equipas multidisciplinares.

A qualidade dos cuidados de enfermagem na área da diabetes depende da existência de uma sólida estrutura de cuidados de saúde que contemple a capacidade organizativa, profissionais de saúde com formação necessária para que possam responder às exigências da qualidade dos cuidados a prestar, e tecnologias de informação que facilitem o acesso atempado a informação indispensável aos cuidados.

Após a apresentação e discussão crítica dos resultados, torna-se fundamental refletir acerca das limitações do presente estudo. A primeira limitação que pretendo apontar prende-se com o facto da amostra ter sido seleccionada de forma não probabilística, por conveniência, o que implica o risco da amostra não ser representativa, levando a que os resultados não possam ser generalizados. A segunda limitação está relacionada com as questões de autorrelato, o que nalgumas questões como nas complicações da diabetes, cujas respostas obtidas foram apenas por autorreferência, pode levar a algum enviesamento dos resultados.

Por outro lado, o facto do presente estudo utilizar três escalas validadas para a população portuguesa parece-me um aspeto bastante positivo e fiável do ponto de vista metodológico.

Em termos de sugestões para estudos futuros, considero importante o foco em intervenções de enfermagem que possam promover a adesão ao autocuidado e aumentar os conhecimentos dos utentes acerca desta doença, que tem um elevado impacto a nível nacional e mundial.

Ao elaborar este estudo, verificou-se que os cuidados de enfermagem têm ainda um trabalho longo a percorrer, uma vez que o nível de conhecimentos acerca desta doença é extremamente baixo conduzindo a tão elevada taxa de mortalidade e morbidade.

É fundamental motivar as pessoas a melhorarem os seus comportamentos para a promoção da saúde e prevenção de complicações.

Uma vez obtidas as necessidades educacionais, torna-se fundamental agora intervir de uma forma concreta e personalizada, indo de encontro às necessidades reais de cada pessoa, utilizando para isso também as estratégias mais adequadas em cada caso.

É fundamental, no futuro, realizar pesquisas com o objetivo de se averiguar qual a evidência científica que suporta cada uma das intervenções de enfermagem e, conseqüentemente, as recomendações existentes mais recentes e que demonstram maior eficiência no tratamento desta doença.

A integração na prática de conhecimentos baseados em evidência científica promove intervenções efetivas, cuidados eficientes e melhores resultados em saúde.

A educação para o autocuidado é recomendada pela organização mundial da saúde, uma vez que esta é o pilar essencial da gestão da diabetes. É através da educação para o autocuidado que se podem traçar estratégias de autogestão indo de encontro às necessidades reais da pessoa e conseqüentemente obter ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcântara, M. R., Guedes-Silva, D., Freiburger, M. F., & Coelho, M. P. P. M. (2011). Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Científica FAEMA*, 2(2), 115-132.
- Alves, A. P., Santos, R. W. V., Sobrinho, E. F. A., Rocha, S. P. L., Loch, A, C. N. (2014) Retinopatia em pacientes hipertensos e/ou diabéticos em uma unidade de saúde da família *Revista Brasileira Oftalmologia*. 73 (2): 108-11
- Alves, M. D. S., Araújo, M. D. C. F. D., Nascimento, M. P., Ribeiro, F. C., Rebouças, P. T., Santos, T. A. D., ... & Oliveira, J. I. D. (2016). Grupo Terapêutico com Idosos Sobre o Autocuidado nas Doenças Crônicas. *UNOPAR Cient., Ciênc. biol. saúde*, 18(01).
- Amorim, J. C. P. (2015). Literacia e autocontrole da pessoa diabética tipo 2 no Hospital de Santa Luzia.
- American Diabetes Association (2015). Standards of Medical Care in Diabetes <http://doi.org/10.2337/dc12-s011> ISSN 0149-5992 volume 38 | SUPPLEMENT supplement 1 | Páginas S1-S94
- American Diabetes Association (2013). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*, 36(Supplement 1), S67-S74.
- Araújo, L. M. B., Britto, M. M. S., & Cruz, T. R. P. (2000) Tratamento do Diabetes Mellitus do Tipo 2: Novas Opções. *Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabolismo* vol.44 no.6 São Paulo Dec.
- Artilheiro, M. M. V. D. S., Franco, S. C., Schulz, V. C., & Coelho, C. C. (2014). Who they are and how are cared of the patients hospitalized for diabetes mellitus in SUS?. *Saúde em Debate*, 38(101), 210-224.
- Barbosa, M. A. G., Almeida, A. M. R., Figueiredo, M. A., Negromonte, A. G., da Silva, J. S. L., Viana, M. G. S., & Galvão, G. K. C. (2015). Alimentação e diabetes mellitus: percepção e consumo alimentar entre participantes de um centro de convivência de idosos no interior de Pernambuco. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 28(3).
- Bastos, F., Severo, M., & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Med Port*, 20(1), 11-20.
- Braga, D. C., Bortolini, S. M., Rozetti, I. G., Zarpellon, K., Nascimento, J. C., & Neris, J. E. (2015). Avaliação de neuropatia e complicações vasculares em pacientes com diabetes mellitus em um município rural de Santa Catarina. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, 59 (2): 78-83, abr.-jun.
- Beltrame, V., Brugnerotto, M., Trentini, M. & Madureira V. S. F (2012). A convivência

com diabetes mellitus tipo 2. *Revista Saúde Meio Ambiente*. v. 1, n. 1, jun.

- Borba, A. K. D. O. T., Marques, A. P. D. O., Leal, M. C. C., Ramos, R. D. S. P. D. S., Guerra, A. C. C. G., & Caldas, T. M. (2013). Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, 14(2).
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. D. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas, os hábitos de saúde e o consumo de medicamentos*. ICS. Imprensa de Ciências Sociais.
- Cardoso, A. F., Queirós, P. & Ribeiro, C. F. (2015) Intervenções para a aquisição do autocuidado terapêutico da pessoa com diabetes *mellitus*: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* Volume 33, Issue 2, July–December 2015, Pages 246–255
- Carrillo-Alarcón, L. C., López-López, E., López-Carbajal, M. J., Ortiz, M. I., & Ponce-Montern, H. E. (2015). Level of Knowledge in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus and its Relationship with Glycemic Levels and Stages of Grief According to Kübler-Ross. *J Diabetes Metab*, 6(495), 2.
- Cheng, A. Y., & Lau, D. C. (2013). The Canadian Diabetes Association 2013 clinical practice guidelines—raising the bar and setting higher standards!. *Canadian journal of diabetes*, 37(3), 137-138.
- Cunha, M., André, S., Granado, J., Albuquerque, C., & Madureira, A. (2015). Empowerment and adherence to the therapeutic regimen in people with diabetes. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 171, 289-293.
- Cunha, M., Chibante, R., & André, S. (2014). Suporte social, empower e doença crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Especial 1 Abril
- Coelho, A. C. M., Boas, L. C. G. V., Gomides, D. D. S., Foss-Freitas, M. C., & Pace, A. E. (2015). Self-care activities and their relationship to metabolic and clinical control of people with diabetes Mellitus. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 24(3), 697-705.
- Cortez, D. N., Reis, I. A., Souza, D. A. S., Macedo, M. M. L., Torres, H. C. (2015) Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes *mellitus* na atenção primária. *Acta paul. enferm.* vol.28 no.3 São Paulo May/June
- Correia, L. G. (2013). *DIABETES: FACTOS & NÚMEROS*, 2015.
- Costa, K. S., Francisco, P. M. S. B., Malta, D. C., & Barros, M. B. D. A. (2016). Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2011. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(2).
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem.

- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas*. Leya.
- Direcção geral da saúde (2011). Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Circular normativa 002/2011
- Doenças crónicas In Portal da Saúde (2013). Ministério da saúde. Acedido em 2 de Dezembro de 2015 em:
<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministerio+saude/doencas/doencas+cronicas/diabetes.htm>
- Dornelles, S. S., Silva, D. M. G. V., Mattosinho, M. Maria S., Kuhen, A. E., Baião, S. & Sandoval, R. (2013). O cuidado à pessoa com diabetes mellitus e a sua família. *Cogitare Enfermagem*. Jul/Set; 18(3):496-501
- Eigenmann, C., & Colagiuri, R. (2007). *Outcomes and indicators for diabetes education: a national consensus position*. NDSS, National Diabetes Services Scheme, Diabetes Australia.
- Espírito Santo, M. B., de Souza, L. M. E., de Souza, A. C. G., Ferreira, F. M., Silva, C. N. M. R., & Taitson, P. F. (2012). Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. *Enfermagem Revista*, 15(1), 88-101.
- Faria¹, H. T. G., Santos, M. A., Arrelias, C. C. A., Rodrigues, F. F. L., Gonela, J. T. G., Teixeira, C. R. S. & Zanetti, M. L. (2014) Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. *Revista Escola Enfermagem Universidade São Paulo* 48(2):257-63
- Feitosa, M. C., Soares, L. S., Beleza, C. M. F., da Silva, G. R. F., & Leite, I. R. L. (2015). Uso de escalas/testes como instrumentos de coleta de dados em pesquisas quantitativas em enfermagem. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 13(2).
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusociência.
- Freitas, S. S., da Silva, G. R. F., Neta, D. S. R., & Silvada, A. R. V. (2014). Analysis of the self-care of diabetics according to by the Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (SDSCA). *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 36(1), 73-81.
- Gil, G., P.; Handdad, M. C. L. & Guariente, M. H. D. M. (2008). Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina*, v. 29, n. 2, p. 141-154, jul./dez. 2008
- Godinho, C., Jordão, A., Dias, A., Lopes, A., Duarte, A., Carvalho, D., ... & Melo, M. (2015). Joint Recommendations of the Portuguese Diabetology Society (SPD)/Por-tuguese Internal Medicine Society (SPMI) on the Management and Treat-ment of Hyperglycemia in Non Critical Hospital Inpatients. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 1, 18.

- Gomides, D. S. Pace, A E; Martins Coelho, A C; Gomes Villas-Boas, L C; (2013). Self-care of people with diabetes mellitus who have lower limb complications. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26() 289-293. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000300014>
- Grilo, M.R.M., Sousa, C. & McIntyre, T. (2008). Conhecimento do diabético sobre a doença e a repercussão no tratamento. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*.
Acedido a 31 de Março de 2016, in <http://www.unifor.br/noticia/file/2973.pdf>.
- Gross, J. L., Silveiro, S. P., Camargo, J. L., Reichelt, A. J., & Azevedo, M. J. D. (2002). Diabetes melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 46(1), 16-26.
- Gusmão, J. L., & Mion Jr, D. (2006). Adesão ao tratamento—conceitos. *Rev Bras Hipertens vol*, 13(1), 23-25.
- International Council of Nurses (2009). *Nursing sensitive outcome indicators*. Acedido a 20 de abril de 2016 em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_Folhas_Informativas_vsINGePT/FI_versao_ING/Nursing_Research/6c_FSNursing_Sensitive_Outcome_Indicators.pdf
- International diabetes federation, (2012) Clinical guidelines task force. Global guideline for type 2 diabetes ISBN 2-930229-43-8
- International diabetes federation, (2013).IDF DIABETES ATLAS
Sixth edition ISBN: 2-930229-85-3
- Jackson, I. L., Adibe, M. O., Okonta, M. J., & Ukwe, C. V. (2014). Knowledge of self-care among type 2 diabetes patients in two states of Nigeria. *Pharmacy practice*, 12(3), 404.
- Juárez-Ramírez, C., Théodore, F. L., Villalobos, A., Jiménez-Corona, A., Lerin, S., Nigenda, G., & Lewis, S. (2015). Social Support of Patients with Type 2 Diabetes in Marginalized Contexts in Mexico and Its Relation to Compliance with Treatment: A Sociocultural Approach. *PloS one*, 10(11), e0141766.
- Landgraf, R. (2006). [HbA1c--the gold standard in the assessment of diabetes treatment?]. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, 131, S243-6.
- Lourenço, I. F. G. (2013). *Os conhecimentos e a presença de complicações como determinantes da qualidade de vida da pessoa idosa com diabetes Mellitus tipo 2* (Doctoral dissertation).
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Servir a comunidade e garantir qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Consultado em*, 5/1/2016

- Ordem dos Enfermeiros (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação internacional para a Prática de Enfermagem (CPE®).ISBN da versão Portuguesa: 978-989-96021-1-3
- Organização Mundial de Saúde. Acedido em 9 Dezembro 2015 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> 2015
- Organização Mundial da Saúde - OMS. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF): OMS; 2003.
- Piccoli1, T., Nunes, S. F. L., Tramontina, P. C., Oliveira, R. J. T., Santos, E. K. A. & Amante, L. N. (2015). Refletindo sobre algumas teorias de enfermagem a partir do modelo de avaliação de Meleis. *Cogitare Enferm.* 2015 Abr/Jun; 20(2):437-42
- Pinho, L., Aguiar, A. P. S., Oliveira, M. R., Barreto, N. A. P., & Ferreira, C. M. M. (2015). Hipertensão e dislipidemia em pacientes diabetes mellitus tipo 2: uma revisão integrativa. *Renome*, 4(1), 87-101.
- Prado MD, Soares DA. (2015). Limits and strategies of health professionals on adherence to treatment of diabetes: integrative review. *res.: fundam. care. online* 2015. out./dez. 7(4): 3110-3124. ISSN 2175-5361
- Macambira, S. G., Santana Daltro, P. S., Soares, M. B. P., & Kiperstok, A. C. (2012). Cardiomiopatia diabética: do leito à bancada, uma perspectiva futura de cura. *Textura*, Cruz das Almas-BA, v. 5, n. 9, p. 59-71, jan./jun
- Machado, E. R., Gomes, A. A., Carlos, D., & Marinho, R. D. C. (2013). Diabetes mellitus tipo II (DMII): importância da educação em saúde na adesão ao tratamento. *Ensaio e Ciência*, 17(1), 33-42.
- Meleis AI. *Transitions Theory: Middle range and situation-specific theories in research and nursing practice.* (2010). New York: Springer Publishing Company;
- Melo, E. M., Teles, M. S., Teles, R. S., Barbosa, I. V., Studart, R. M. B., & Oliveira, M. M. D. (2011). Avaliação dos fatores interferentes na adesão ao tratamento do cliente portador de pé diabético. *Revista de enfermagem Referência*, (5), 37-44.
- Mendes, R. D. C. (2014). Diabetes em Movimento®-programa comunitário de exercício para pessoas com diabetes tipo 2: efeitos no controlo glicémico, fatores de risco cardiovascular e aptidão física.
- Mendes, F., Mantovani, M. D. F., Gemito, M. L., & Lopes, M. J. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, (9), 17-25.
- Mota, S., Araújo, M. J., Trigueiros, M. J., Leuchner, A., & Sousa, M. M. (2014). Construção e validação de um instrumento para avaliar a satisfação e importância atribuída aos serviços de enfermagem prestados na área da saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (SPE1), 53-58.

- Mullugeta, Y., Chawla, R., Kebede, T., & Worku, Y. (2012). Dyslipidemia associated with poor glycemic control in type 2 diabetes mellitus and the protective effect of metformin supplementation. *Indian Journal of Clinical Biochemistry*, 27(4), 363-369.
- Neta, R., Sá, D., Silva, A. R. V. D., & Silva, G. R. F. D. (2015). Adherence to foot self-care in diabetes mellitus patients. *Revista brasileira de enfermagem*, 68(1), 111-116.
- Neto, E. M. R., Marques, L. A. R. V., Ferreira, M. A. D., Lobo, P. L. D., Junior, F. J. G., Camarão, G. C., & de Moraes, M. E. A. (2015). Metformina: Uma Revisão da Literatura. *Saúde e Pesquisa*, 8(2), 355-362.
- Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011) aprova o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 3.(2011/02/18), 8656- 8657
- Remondi, F. A., Cabrera, M. A. S., & de Souza, R. K. T. (2014). Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais Non-adherence to continuous treatment and associated factors: prevalence and determinants in. *Cad. Saúde Pública*, 30(1), 126-136.
- Ribeiro, A. (2005). O percurso na construção e a validação de um instrumento para a avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. *Ordem dos enfermeiros*, 16, 53-60
- Ribeiro, E. F., Sousa, M. I. C. D., Campos, A. D. P., Nielson, S. E. D. O., Lima, D. M., & Provin, M. P. (2014). Avaliação do serviço de saúde prestado aos pacientes diabéticos em uma unidade de saúde de Goiânia-GO. *Rev. APS*, 17(4).
- Rodrigues, A. A., & Pereira, N. S. S. (2011) Práticas integrativas e complementares Em saúde: buscando eficácia no cuidado de enfermagem *Revista Enfermagem UNISA* 12(2): 125-7.
- Rodrigues, J. A., Lima, F. D. J. S., & Santos, A. G. D. (2015). Atuação do enfermeiro com pacientes com diabetes mellitus na melhoria da qualidade de vida. *Rev. Bras. Ciên. Saúde/Revista de Atenção à Saúde*, 13(46), 84-90.
- Rodrigues, J. F. M. (2014) Hipoglicémia - Da Bioquímica à Clínica. Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas Lisboa. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
- Roos, A. C., Baptista, D. R., & de Miranda, R. C. (2015). Adesão ao tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. *DEMETERA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 10(2), 329-346.
- Sá, R. C., Alves, S. R., & de Araújo Navas, E. A. F. (2014). Diabetes mellitus: avaliação e controle através da glicemia em jejum e hemoglobina glicada. *Revista Univap*, 20(35), 15-23.

- Sheehan, J. P., & Ulchaker, M. M. (2010). Obesity and type 2 diabetes mellitus. Oxford University Press.
- Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 12(1), 1.
- Silva, D. B., De Souza, T. A., Dos Santos, C. M., Jucá, M. M., Moreira, T. M. M., Frota, M. A., & Vasconcelos, S. M. M. (2012). Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família-*doi: 10.5020/18061230.2011.p16. Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 24(1), 16-23.
- Silva, E. C., Haddad, M. D. C. L., & Rossaneis, M. A. (2015). Avaliação de um programa sistematizado de cuidados com os pés na perspectiva dos pacientes com Diabetes Mellitus. *UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde= Journal of Health Sciences*, 15(1).
- Silva, L. A., Santos, I., Guerra, G. M., & Tavares, C. (2015). Convivência de pessoas com diabetes ensino ao autocuidado visando à autonomia e bem-estar. *CIAIQ2015*, 1.
- Silva, S. V., Ferreira, I., Cruz, A. R., Ricardo, M., Pereira, C., Alves, R., & Correia, J. A. (2015) Auditoria clínica ao tratamento da Diabetes mellitus num serviço de Medicina Interna – O internamento como janela de oportunidade *Revista portuguesa de endocrinologia, diabetes e metabolismo*. 2015;10(2):141–146
- Silveira, G. L., Ramos, J. L. S., Freitas, G. L. S., de Lima Rodrigues, K., Martins, N. C., de Brito, R. N., ... & Bezerra, I. M. P. (2015). Atuação do enfermeiro frente à adesão de idosos ao tratamento de diabetes. *Revista e-ciência*, 3(1).
- Silvio E., Inzucchi, R. M., Bergenstal, Buse, J. B., Diamant, M., Ferrannino, E., Nauck, M., Anne L, Tsapas, A., Wender, R. & Matthews, D. R. (2012.) Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach. *Diabetes Care*, volume 35, Junho
- Soares, J. P. C. F., da Silva, F. B. M., da Silva, L. N., da Silva, J. P., & Klautau, F. C. (2013). Prevalência de hipertensão e diabetes na area de abrangência de uma UFS. *ANAIS DO CBMFC*, (12), 851.
- Sociedade Brasileira de Diabetes (2009). Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus. São Paulo
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2014). Diabetes: Factos e Números 2014 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 11/2014
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia: Acedido em 10 Dezembro 2015
<http://www.spd.pt/index.php/grupos-de-estudo-mainmenu-30/classificacao-da-diabetes-mellitus-mainmenu-175> (2015)
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2015). Recomendações Nacionais da SPD para o Tratamento da Hiperglicemia na Diabetes Tipo 2. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 10 (1): 40-48

- Sousa, M. R. G., Landeiro, M. J. L., Pires, R. & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista Enfermagem Referência* serie III n.4 Coimbra Julho
- Sousa, M. R. M. G. C., Martins, T., & Pereira, F. (2015). O refletir das práticas dos enfermeiros na abordagem à pessoa com doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência*, (6), 55-63.
- Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(3).
- Stacciarini, T. S. G., & Pace, A. E. (2014). Translation, adaptation and validation of a self-care scale for type 2 diabetes patients using insulin. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 221-229.
- Tanqueiro, M. T. D. O. S. (2013). A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, (9), 151-160.
- Varandas, M. D. L., & Lopes, A. (2012). Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Revista Lusófona de Educação*, (22), 141-158.
- Viana, M. R, Rodriguez, T.T. (2011). Complicações cardiovasculares e renais no diabetes mellitus. *Revista. Ciências médicas biológicas*, Salvador, v.10, n.3, p.290-296, set./dez. 2011
- Virginia, A. (2013). Many People at Risk for Type 2 Diabetes Don't Think They Are at Risk - See more at: <http://www.diabetes.org/newsroom/press-releases/2013/many-people-at-risk-for-type-2-dont-think-they-are-at-risk.html#sthash.9AtdvJT9.dpuf>. Acedido em 21/12/2015
- Volp, A. C. P., Brito, C. J., Roas, A. F. C. M., Córdova, C., & Ferreira, A. P. (2012). Estilo de vida e síndrome metabólica: exercício e tabagismo como moduladores da inflamação. *J. Health Sci. Inst*, 30(1), 68-73.
- Winkelmann, E. R., & Fontela, P. C. (2014). Condições de saúde de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na Estratégia Saúde da Família, em Ijuí, Rio Grande do Sul, 2010-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(4), 665-674.
- Zagonel, I.P.S. (1999) O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista latino americana enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 25-32, Julho

ANEXOS

Anexo I Instrumento de colheita de dados



Código(colocar um numero com o local e outro de identificação do questionário)_____/____

Este Questionário faz parte do Projeto de Mestrado intitulado “Adesão ao auto-cuidado da pessoa com DM2”. A todas as questões pedimos-lhe que responda sincera e espontaneamente. Não há respostas certas ou erradas, há apenas a sua resposta. Relembramos que o resultado do questionário é absolutamente confidencial.

Informação Demográfica e de situação atual de saúde

8. Data de nascimento __/__/__;
 9. Género: Masculino Feminino
 10. Estado civil: Solteiro Casado União de facto
 Divorciado Separado Viúvo
 11. Escolaridade: _____
 12. Situação profissional atual:
 Profissionalmente ativo Desempregado
 Reformado/pensionista Baixa
 13. Como é que se sente em relação à sua situação financeira?
 Confortável Tenho algumas dificuldades
 Tenho o suficiente para as necessidades
 É muito problemática
 14. Há quantos anos sabe que é diabético? ____ anos
 15. Que tipo de tratamento faz para a diabetes? Antidiabéticos orais (comprimidos) Insulina Ambos
 16. Tem ou já teve alguma complicação devido à diabetes?
 Sim Não
 17. Complicações agudas:
 Hipoglicemia Cetoacidose Coma hiperosmolar
1. Complicações crónicas
 Retinopatia diabética Doença cerebro-vascular
 Nefropatia Doença vascular periférica
 Neuropatia Disfunção sexual
 Doença coronária Pé Diabético
 2. Durante o último ano, teve que recorrer a um serviço de urgência ou esteve internado devido à diabetes?
 Sim Não
 3. Costuma fazer vigilância da tensão arterial?
 Sim Não
 4. Toma medicamentos para a tensão arterial?
 Sim Não Não sabe
 5. Tem excesso de gordura no sangue?
 Sim Não Não sabe
 6. Toma medicamentos para o excesso de gordura no sangue?
 Sim Não Não sabe
 7. Alguma vez lhe foi diagnosticado, ou tem algum problema de saúde? Não Sim,
Qual/quais? _____

Valores mais recentes:

Peso: _____ (Kg) Altura: _____ (cm)

Perímetro abdominal: _____ (cm)

Hemoglobina Glicada (HbA1c): _____ (%)

ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADO COM A DIABETES¹

DIETA								
Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7
Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0	1	2	3	4	5	6	7
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu entre 7-10 doses por dia de frutos e vegetais?	0	1	2	3	4	5	6	7
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu Carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0	1	2	3	4	5	6	7
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	0	1	2	3	4	5	6	7
Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	0	1	2	3	4	5	6	7
Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	0	1	2	3	4	5	6	7
Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?	0	1	2	3	4	5	6	7
EXERCÍCIO								
Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar).	0	1	2	3	4	5	6	7
Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6	7
TESTE DE AÇÚCAR NO SANGUE								
Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6	7
Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue, no número de vezes que o seu médico ou enfermeiro recomendou?	0	1	2	3	4	5	6	7
CUIDADOS COM OS PÉS								
Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
Em quantos dos últimos SETE DIAS inspecionou o interior dos seus sapatos?	0	1	2	3	4	5	6	7
Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	0	1	2	3	4	5	6	7
MEDICAMENTOS								
Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7
OU (se insulina e comprimidos):								
Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	0	1	2	3	4	5	6	7
Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7
HÁBITOS TABÁGICOS								
Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não								
	Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia?							
	Número de cigarros: _____							
Quando fumou o seu último cigarro?								
<input type="checkbox"/> Nunca fumou	<input type="checkbox"/> Quatro a doze meses atrás	<input type="checkbox"/> Hoje						<input type="checkbox"/> Há mais de dois anos atrás
	<input type="checkbox"/> Um a três meses atrás	<input type="checkbox"/> Um a dois anos atrás						
	<input type="checkbox"/> No último mês							

¹ Versão portuguesa de Bastos, Severo, & Lopes, 2007

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE A DIABETES²

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos seus conhecimentos sobre a diabetes.			Não	Não Sabe
1. Comer muito açúcar e alimentos doces é uma causa da Diabetes.				
2. A causa comum da Diabetes é a falta ou resistência à insulina no corpo.				
3. A Diabetes é causada pela dificuldade dos rins em manter a urina sem açúcar.				
4. Os rins produzem insulina.				
5. Na Diabetes não tratada a quantidade de açúcar no sangue, normalmente, sobe.				
6. Se é diabético os seus filhos têm maior risco para serem diabéticos.				
7. A Diabetes pode curar-se.				
8. O nível de açúcar no sangue de 210, num teste em jejum, é muito alto.				
9. A melhor maneira de avaliar a sua Diabetes é fazendo testes à urina.				
10. O exercício regular aumenta a necessidade de insulina, ou outro medicamento para a Diabetes.				
11. Há dois tipos principais de Diabetes: Tipo 1 ("Insulino-dependentes") e Tipo2 ("não insulino-dependentes")				
12. Uma hipoglicemia (baixa de açúcar no sangue) é provocada por muita comida.				
13. A medicação é mais importante que a dieta e o exercício físico para controlar a Diabetes.				
14. A Diabetes frequentemente provoca má circulação.				
15. Cortes e feridas cicatrizam mais lentamente nos diabéticos.				
16. Os diabéticos devem ter cuidados especiais, quando cortam as unhas dos dedos dos pés.				
17. Uma pessoa com Diabetes deve limpar uma ferida com solução iodada e álcool.				
18. A maneira como prepara a sua comida é tão importante como a comida que come.				
19. A Diabetes pode prejudicar os rins.				
20. A Diabetes pode provocar diminuição da sensibilidade das mãos, dedos e pés.				
21. Tremores e suores são sinais de açúcar alto no sangue.				
22. Urinar frequentemente e sede são sinais de açúcar baixo no sangue.				
23. Meias-calças elásticas, ou meias, apertadas não são prejudiciais para os diabéticos.				
24. Uma dieta para diabéticos consiste, essencialmente, em comidas especiais.				

² (Bastos, 2004)

SUCECS 26 – SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE SAÚDE³

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos cuidados de enfermagem que recebeu nos contactos que teve com os enfermeiros na Consulta de Enfermagem ao Utente com Diabetes no Centro de Saúde.

Se estes factos aconteciam:	Assinale
Sempre -	3
Às vezes -	2
Nunca -	1
Não se aplica/ sem opinião -	0

1. Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe toda(3), alguma (2) ou nenhuma (1) informação?	3	2	1	0
2. Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?	3	2	1	0
3. Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como podiam ajudar quando necessitava)?	3	2	1	0
4. Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?	3	2	1	0
5. Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	3	2	1	0
6. Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	3	2	1	0
7. Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem e se necessário voltavam a repetir a informação?	3	2	1	0
8. Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)?	3	2	1	0
9. Os enfermeiros procuraram explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam e porque era necessário fazê-los?	3	2	1	0
10. No CS, os enfermeiros preocuparam-se em informar sobre o funcionamento do CS (horários de atendimento, tipo de consultas, a localização das salas de enfermagem, de tratamentos, de vacinas...)?	3	2	1	0
11. No CS, os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente do CS?	3	2	1	0
12. No CS, tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si (a quem se dirige quando lá vai e que mostra conhecer melhor a sua situação)?	3	2	1	0
13. Quando necessita, é fácil contactar com os enfermeiros dos CS (para marcar consulta, para lhe colocar as suas dúvidas)?	3	2	1	0
14. Os enfermeiros preocuparam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados?	3	2	1	0
15. Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?	3	2	1	0
16. Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?	3	2	1	0
17. Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	3	2	1	0
18. Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes?	3	2	1	0
19. Sentiu que os enfermeiros o colocavam à vontade para pôr as suas dúvidas?	3	2	1	0
20. Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe prestavam?	3	2	1	0
21. Sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais atualizados e bem informados?	3	2	1	0

Assinale o seu nível de satisfação....

1-Satisfeito; 2 - Nem satisfeito/ Nem insatisfeito; 3 - Insatisfeito; 4- Não se aplica/Sem opinião

22. Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (língua utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido).	1	2	3	4
23. Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no CS	1	2	3	4
24. Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)	1	2	3	4
25. Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	1	2	3	4
26. Relativamente ao modo como os enfermeiros lhe prestavam os cuidados	1	2	3	4
27. Relativamente aos cuidados de enfermagem no CS	1	2	3	4

Anexo II – Aprovação da comissão de ética para a saúde

Anexo III – Consentimento informado

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Adesão ao autocuidado da pessoa com diabetes tipo 2.

Dina Isabel Lopes De Oliveira, enfermeira, a frequentar o mestrado a pessoa em situação crítica, encontra-se a desenvolver um estudo com o objetivo de avaliar a adesão ao regime terapêutico do utente com diabetes tipo 2 (quantificar o autocuidado, os conhecimentos acerca da doença e a satisfação relativamente aos cuidados de enfermagem) em centros de saúde.

Assim, e para atingir os objetivos do estudo, solicito que responda ao questionário em anexo e que assine a autorização para a sua participação no estudo ser válida.

A sua participação é voluntária, todas as informações obtidas através do questionário são anónimas e confidenciais e serão apenas utilizadas para fins da investigação, estando em todos os momentos assegurada a sua privacidade.

A sua participação é voluntária, pelo que em qualquer momento pode interromper a sua participação, sem qualquer tipo de prejuízo.

Caso necessite de algum esclarecimento adicional não hesite em contactar-nos através do contacto telefónico ou dos e-mails:

Obrigado pela sua colaboração.

A investigadora,

Dina Oliveira: 918425923; dinaisabeloliveira@gmail.com

Professora orientadora:

Eva Menino: 914233531/964649742; eva.guilherme@ipleiria.pt

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, confiando em que apenas serão utilizados para fins de investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....