

**Marta Isabel de Sousa**

**Adesão ao regime terapêutico da pessoa  
portadora de Diabetes *Mellitus* tipo 2**

Orientadoras: Professora Doutora Augusta Pereira da Mata

Professora Doutora Eugénia Maria Garcia Jorge Anes

**Marta Isabel de Sousa**

## **Adesão ao regime terapêutico da pessoa portadora de Diabetes *Mellitus* tipo 2**

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança,  
Escola Superior de Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem  
Comunitária

Orientadoras: Professora Doutora Augusta Pereira da Mata

Professora Doutora Eugénia Maria Garcia Jorge Anes

**Bragança, maio 2019**

## Resumo

A diabetes *mellitus* tipo 2 é uma doença crónica, associada a elevada morbidade e mortalidade, em larga expansão em todo o mundo. Esta passou de doença rara a verdadeira pandemia, que ameaça aumentar em flecha ao longo deste século.

Este estudo tem como objetivos: avaliar a adesão ao regime terapêutico em utentes com diabetes *mellitus* tipo 2, nacionalidade portuguesas e francesas e analisar se a adesão ao regime terapêutico é diferente segundo as variáveis sociodemográficas clínicas. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, descritivo analítico e transversal realizado com uma amostra de 280 participantes selecionados por conveniência (240 são de nacionalidade portuguesa e 40 são francesas), foi realizada uma entrevista que decorreu no momento da realização da consulta de enfermagem. O instrumento de recolha de dados integra dados sócio demográficos, clínicos e o questionário da avaliação das atividades de autocuidado com a diabetes AACD) de Bastos, Severo & Lopes, 2007).

A maioria dos participantes portugueses 68,3% (n=164) têm idades iguais ou superiores a 65 anos e os franceses a maioria tem idade inferior a 65 anos (n=27; 67,5%). Nos dois grupos o sexo masculino é representado por igual percentagem (55,0%). Em ambos os grupos foram observados antecedentes familiares de diabetes, sendo a maior proporção os progenitores. Na adesão global ao regime terapêutico e na maioria das atividades de autocuidado são os portugueses que evidenciam médias mais elevadas de adesão (média=26,27 portugueses e 25,17 franceses). Confirmou-se apenas a existência de diferenças estatisticamente significativas na atividade da alimentação específica ( $p < 0,001$ ) nos utentes franceses. Os resultados da estatística inferencial evidenciam que as variáveis sociodemográficas são fortes mediadoras da adesão ao regime terapêutico. Já nas variáveis clínicas as diferenças estatísticas observadas foram menos expressivas. Estas variáveis deverão ser tidas em conta na elaboração e implementação de programas de intervenção que visem promover a adesão ao tratamento da diabetes.

Palavras-chave: Adesão; regime terapêutico; autocuidado, utente, Diabetes *Mellitus*.

## **Abstract**

Type 2 diabetes mellitus is a chronic disease, associated with high morbidity and mortality, which is greatly expanding worldwide. It went from a rare disease to a real pandemic and it threatens to strongly increase throughout this century.

The goal of this study was to evaluate the adherence to the therapeutic regimen in patients with type 2 diabetes mellitus, from Portuguese and French nationality, and to analyze whether the adherence to the therapeutic regimen is different according to clinical and sociodemographic variables. This is a quantitative, observational, descriptive and cross-sectional study carried out with a sample of 280 participants selected by convenience (240 are of Portuguese nationality and 40 are French), an interview was conducted at the moment of the nursing appointment. Data was collected through the self-care activities scale (SDSCA, Bastos, Severo & Lopes, 2007), and a questionnaire regarding sociodemographic and clinical information.

Most of the Portuguese participants, 68.3% (n = 164), was aged 65 or over, and the majority of the French were less than 65 years old (n = 27, 67.5%). In both groups the male sex is equally represented (55.0%). In both groups, a family history of diabetes was observed, the highest proportion being the progenitors. In the overall adherence to the therapeutic regimen and in the majority of self-care activities, the Portuguese showed higher averages of adherence (mean = 26.27 for Portuguese and 25.17 for French). Statistically significant differences were found only for the activity of specific feeding (p <0.001) in French participants. The results of inferential statistics show that sociodemographic variables are strong mediators of the adherence to the therapeutic regimen. In the clinical variables, the statistical differences observed were less expressive. These variables should be considered in the design and implementation of intervention programs aimed at promoting adherence to the treatment of diabetes.

Key-words: Adherence; therapeutic regimen; self-care; user; Diabetes Mellitus

Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado. Mas nada pode ser modificado *até* que seja enfrentado.

(James Baldwin, sd)

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Augusta Mata, orientadora desta dissertação, pelo estímulo, disponibilidade e apoio emocional e científico. O encorajamento o esclarecimento indispensável nos momentos mais difíceis de dúvida. A sugestão e crítica oportuna nela a encontrei o que nos permitiu ganhar coragem e abrir caminhos.

À Professora Doutora Eugenia Anes, por ter aceite esta coorientação, pela paciência que teve ao ler e corrigir os respetivos rascunhos.

Às Instituições, o meu bem-haja a toda a equipe, aos enfermeiros do hospital de dia de diabetologia e endocrinologia e dos centros de saúde de Bragança, aos quais dirijo o meu agradecimento pelo bom acolhimento que tive aquando da realização do estágio, bem como, pela colaboração profissional na fase de colheita de dados.

Não posso esquecer todos os utentes com diabetes que comigo colaboraram e sem os quais o meu trabalho não se poderia concretizar.

A todos os professores que lecionaram neste Mestrado, com quem, ao longo deste percurso, partilhei saberes, o meu sincero agradecimento.

Durante este percurso académico foram muitos os momentos de aprendizagem e partilha de conhecimentos e saberes. Este trabalho é fruto de muitas horas de empenho e dedicação, mas de nada teriam servido sem a disponibilidade e a ajuda das pessoas que me apoiaram e em muito contribuíram para a sua realização, sem estas, não seria possível a sua concretização.

À minha mãe por ser quem é, pelo amor transmitido à sua maneira e escuta incondicional.

Finalmente à memória do meu PAI... “espero que te sintas orgulhoso de mim onde quer que estejas.

## **Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas**

ADA – *American Diabetes Association*

APDP – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

AGJ-Anomalia de glicemia em jejum

Alim.esp-Alimentação específica

Atv-Atividade

Cas-Casado

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cuid-Cuidados

DGS – Direção Geral de Saúde

Dças-Doenças

DM – *Diabetes Mellitus*

DMID– *Diabetes Mellitus Insulinodependente*

DP – Desvio-Padrão

EASD-European Association for the Study of Diabetes

E-Ensino

HbA1c – Hemoglobina glicada

HTA-Hipertensão Arterial

ICD- Instrumento de recolha de dados

ICN – *International Council of Nurses*

IDF-International Diabetes Federation

IMC – Índice de Massa Corporal

M.aument- Muito aumentado

Obs – Obesidade

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OCDE Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PTGO- Prova de tolerância à glicose oral

SPSS- Statistical Package for Social Sciences, na versão 23,0.

SDSCA- Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure

Sep/div-Separado/divorciado

TA diastólica – Tensão arterial diastólica

TA sistólica – Tensão arterial sistólica

TDG-Tolerância diminuída à glicose

USF-Unidades Saúde Familiar

ULSNE-Unidade Local de Saúde do Nordeste

## Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Tríade de adesão ao regime terapêutico .....	11
<b>Figura 2.</b> Dimensões do empoderamento.....	25

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1.</b> Classificação da Tensão Arterial segundo a Direção-Geral da Saúde.....	34
<b>Quadro 2.</b> Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes <i>mellitus</i> e seus estágios pré-clínicos.....	35
<b>Quadro 3.</b> Classificação do Índice de Massa Corporal.....	35
<b>Quadro 4.</b> Perímetros da cintura e anca e risco de complicações metabólicas....	36

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra segundo a nacionalidade.....	43
<b>Tabela 2.</b> Caracterização clínica da amostra segundo a nacionalidade.....	45
<b>Tabela 3.</b> Caracterização antropométrica da amostra segundo a nacionalidade...	46
<b>Tabela 4.</b> Caracterização dos hábitos tabágicos da amostra segundo a nacionalidade.....	47
<b>Tabela 5.</b> Distribuição percentual dos utentes segundo as respostas às questões da escala e nacionalidade.....	49
<b>Tabela 6.</b> Comparação das médias de adesão ao tratamento da amostra segundo a nacionalidade amostra.....	50
<b>Tabela 7.</b> Comparação de médias de adesão ao tratamento da amostra segundo a nacionalidade e o sexo.....	51
<b>Tabela 8.</b> Comparação de médias de adesão ao tratamento da amostra segundo a nacionalidade e o grupo etário.....	52

<b>Tabela 9.</b> Comparação das médias de adesão ao tratamento da amostra segundo a segundo a nacionalidade e o estado civil .....	53
<b>Tabela 10.</b> Comparação das médias de adesão ao tratamento segundo a nacionalidade e a escolaridade.....	55
<b>Tabela 11.</b> Comparação das médias de adesão ao tratamento segundo a nacionalidade e a coabitação no global da amostra.....	56
<b>Tabela 12.</b> Comparação das médias de adesão ao tratamento da amostra segundo a nacionalidade e o setor de atividade.....	57
<b>Tabela 13.</b> Comparação das médias de adesão ao tratamento da amostra segundo a nacionalidade e os antecedentes familiares.....	58
<b>Tabela 14.</b> Comparação das médias de adesão ao tratamento segundo a nacionalidade e o tempo do diagnóstico de diabetes.....	59
<b>Tabela 15.</b> Comparação das médias de adesão ao tratamento da amostra segundo a nacionalidade e o grupo tensional.....	60
<b>Tabela 16.</b> Comparação das médias de adesão ao tratamento da amostra segundo a nacionalidade e o risco de doenças metabólicas (perímetro abdominal).....	61
<b>Tabela 17.</b> Comparação das médias de adesão ao tratamento da amostra segundo a nacionalidade e o IMC.....	63

## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>Parte I. Fundamentação teórica</b> .....	4
<b>1.Diabetes <i>Mellitus</i></b> .....	5
1.1. Complicações da diabetes <i>mellitus</i> .....	9
1.2. Regime Terapêutico na diabetes <i>mellitus</i> tipo2.....	11
<b>2.Adesão do utente diabético ao regime terapêutico</b> .....	17
2.1. Determinantes associados à adesão ao regime terapêutico.....	19
<b>3.Gestão do utente diabético no ajustamento ao regime terapêutico</b> .....	23
<b>4. Papel do enfermeiro na adesão e gestão do regime terapêutico</b> .....	27
<b>Parte II. Investigação empírica</b> .....	30
<b>1. Contextualização, problematização e objetivos do estudo</b> .....	31
<b>2.Abordagem Metodológica do estudo</b> .....	33
2.1. Tipos de estudo.....	33
2.2.Classificação das variáveis segundo a sua função no estudo e hipóteses formuladas.....	33
<b>2.2.1. Operacionalização das variáveis</b> .....	34
2.3. Instrumento de recolha de dados.....	36
2.4. População e amostra.....	38
2.5. Procedimentos éticos .....	39
2.6. Tratamento estatístico dos dados.....	41
<b>3.Apresentação e análise dos resultados</b> .....	42
3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra segundo a nacionalidade.....	42
3.2. Caracterização clínica da amostra segundo a nacionalidade.....	43
3.3. Caracterização dos hábitos tabágicos da amostra segundo a nacionalidade...	46
3.4. A adesão ao regime terapêutico da amostra em estudo segundo a nacionalidade.....	47
3.5. Análise Inferencial .....	50
<b>4.Discussão dos resultados</b> .....	64
<b>5.Conclusões</b> .....	76
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	82

<b>Anexos:</b> .....	90
<b>Anexo I.</b> Autorização da ULSNE .....	91
<b>Anexo II.</b> Autorização do Hospital de Paris.....	93
<b>Anexo III.</b> Consentimento informado .....	95
<b>Anexo IV.</b> Autorização dos autores da escala.....	98
<b>Anexo V.</b> Instrumento de recolha de dados .....	100
<b>Anexo VI.</b> Relatório de Estágio.....	107

## **Introdução**

A diabetes mellitus (DM) tem vindo a tornar-se um dos maiores problemas de saúde pública a nível mundial. É uma doença crónica progressiva, que pode trazer graves consequências para a saúde e bem-estar individual e está associada a elevados custos sociais e dos sistemas de saúde.

A prevalência da DM tem vindo a aumentar, sendo atualmente considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a pandemia do século XXI, com previsões de poder atingir, nos próximos 20 anos, mais de 20% da população mundial (DGS 2017). Estima-se que em 2018 existam cerca de 422 milhões de pessoas com diabetes e em 2040 este valor subirá para 642 milhões (WHO, 2018). Uma doença que há 30 anos atingia cerca de 2% da população, foi-se expandindo na maior parte dos países.

Em Portugal a DM afeta 13,3% da população com idades entre os 20-79 anos, das quais 44% desconhecem ter a doença. O relatório da OCDE sobre Saúde indicou Portugal como o país da Europa com a mais alta taxa de prevalência desta doença (DGS 2017).

A diabetes Mellitus está enquadrada no grupo das doenças crónicas não transmissíveis e é considerada a nível mundial uma patologia grave, que pode atingir qualquer cidadão, sendo uma das quatro doenças não transmissíveis definidas como prioritárias pelos líderes mundiais. É uma patologia que afeta praticamente todos os aspetos da vida da pessoa e, juntamente com o seu aparecimento, surgem outras complicações, como doenças coronárias, o acidente vascular cerebral, a falência renal, a amputação dos membros inferiores, a perda de visão e os danos neurológicos, que diminuem a qualidade e a esperança de vida destas pessoas. A diabetes é uma doença metabólica que pela sua cronicidade e morbilidade elevada, implica um grande investimento em cuidados de saúde constantes, que se reflete em elevados custos humanos, económicos e sociais, tornando-se um dos maiores problemas de saúde. Perante esta perspetiva, vários esforços têm sido mobilizados por governos e comunidades científicas de modo a impedir o crescimento desta doença (Ruiz, Ocozco, Valencia, Alarcão, De la Sem Fernandez & Garcia, 2012).

A DM é uma doença que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente (diabetes tipo 1) ou quando o corpo não consegue usar eficazmente a insulina que produz (diabetes tipo 2). É uma patologia que requer um tratamento contínuo, essencialmente a nível

comportamental, que inclui alimentação, exercício físico, terapêutica farmacológica, monitorização da glicemia, entre outros.

Ruiz et al (2012) referem que de todos os casos DM, a diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é a mais representativa (90 a 95%). Vários são os fatores responsáveis por esta evidência, incluindo o crescimento e envelhecimento da população, alterações do estilo de vida como resultado da crescente industrialização, aumento do sedentarismo e o aumento da prevalência de obesidade. A DM2 é um problema crescente com grande impacto social e económico, uma vez que implica uma grande carga nos custos psicossociais e económicos, quer para os doentes e famílias quer para o Sistema Nacional de Saúde.

Apesar das campanhas de sensibilização para se mudarem estilos de vida e as instituições ligadas à diabetes terem tentado encontrar formas de reduzir este flagelo, o sucesso parece ainda estar longe, porque, mudar comportamentos é difícil, e, o acesso à alimentação saudável pode não estar ao alcance de todos.

Considerando a DM2 como um problema de grande impacto na pessoa, a forma como ela é percebida por esta, dependendo das suas representações de saúde e doença, as estratégias que a pessoa adota face à nova situação de saúde, podem influenciar os comportamentos de adesão ao regime terapêutico e, conseqüentemente, o controlo da patologia, o que se poderá refletir no seu estado de saúde. Como tal, o utente necessita de uma aprendizagem, no sentido de adquirir conhecimentos e habilidades para o autocuidado nas atividades e tratamento da doença.

Neste sentido, os enfermeiros devem ter um papel relevante na prestação de cuidados à pessoa portadora desta patologia, uma vez que os estudos apontam que uma grande parte desses cuidados podem ser prestados por enfermeiros, desde que estruturados e orientados por protocolos detalhados ou normas de orientação clínica.

Perante a significativa parcela da população acometida pela diabetes tipo 2, bem como pela gravidade e complicações desta patologia, e, pelo grande impacto na saúde e bem-estar destes utentes, e também o facto, da investigadora desempenhar funções num serviço de endocrinologia e diabetologia em contacto direto com doentes diabéticos e verificar as dificuldades e resistência estes doentes em aderir a um regime terapêutico ajustado à sua situação de Saúde. E ainda, de no decorrer do estágio I e II do curso de mestrado realizado nos centro de saúde de Santa Maria, ter observado uma elevada prevalência de doentes com esta doença que padeciam de algumas complicações renais, retinopatias entre outras, devido, provavelmente, à não adesão a um regime terapêutico ajustado à sua situação patológica, conduziu à escolha desta temática para o desenvolvimento do presente estudo, elaborado no

âmbito do Curso de Mestrada em Enfermagem Comunitária, e para o qual formulamos os seguintes objetivos de investigação.

- Caracterizar o perfil dos utentes com DM2 dos centros de saúde da ULSNE e dos utentes que frequentam as consultas do hospital dia de diabetologia e endocrinologia do Hospital Cochin-Universitaire de France-Paris;

- Avaliar a adesão ao regime terapêutico segundo a nacionalidade da amostra em estudo; E, analisar em que medida a adesão ao regime terapêutico da amostra em estudo é diferente segundo a nacionalidade, as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Como forma de dar resposta aos objetivos desenhou-se um estudo de natureza quantitativa, observacional, descritivo e analítico transversal, com recurso a uma amostra por conveniência acidental de utentes DM2.

O presente estudo encontra-se dividido em duas partes essenciais. A primeira, integra o quadro concetual que suporta a investigação, neste aborda-se a diabetes, o diagnóstico, as complicações, o tratamento e regime terapêutico na DM2, adesão do utente diabético ao regime terapêutico, os determinantes associados à adesão ao regime terapêutico, a gestão do utente diabético no ajustamento ao regime terapêutico e por ultimo o papel do enfermeiro na adesão e gestão do regime terapêutico. Na segunda parte é descrito o percurso metodológico percorrido que inclui os procedimentos metodológicos e as técnicas utilizadas, a apresentação e análise dos resultados bem como a sua discussão e por ultimo as conclusões e implicações do estudo para a prática clinica em função dos resultados obtidos.

Em anexo será apresentado o respetivo relatório do estágio.

## **Parte I-Fundamentação Teórica**

## **1. Diabetes Mellitus**

A DM não tem uma definição única e universal. A DM constitui um conjunto heterogéneo de situações clínicas, de etiologias múltiplas, caracterizada por hiperglicemia crónica com alteração do metabolismo dos hidratos de carbono, gorduras e proteínas, resultante de defeitos na secreção de insulina, na sua ação ou de ambos.

A DM2 nos países desenvolvidos representa cerca de 85% a 95% de todos os tipos de diabetes (Ruiz et. al. (2012). Ao contrário da DM1, as pessoas com DM2 não são dependentes de insulina exógena, podem, no entanto, necessitar da sua administração para o controle da hiperglicemia quando este controlo não é conseguido com os antidiabéticos orais (Ruiz et.al.(2012).

A DM é uma doença crónica considerada grave que afeta cada vez mais pessoas, assistindo-se a uma verdadeira pandemia desta patologia. Estimava-se que, na viragem do século existissem aproximadamente 160 milhões de diabéticos em todo o mundo e que este número, poderá ascender em 2025, para 300 milhões. Só na Europa, o número de pessoas atingidas por esta doença ronda os 30 milhões (Ruiz et.al. (2012). Em França, segundo o Institut de Veille Sanitaire (2010), a taxa de incidência de diabetes ronda os 2,7 milhões pessoas. Em Portugal a prevalência da diabetes, segundo o Relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) de 2017, tinha em 2015 uma taxa de prevalência de diabetes de 9,9% em adultos, valor que se encontra acima da média da OCDE que se situa nos 7%. De acordo com o INSEF, 2015, a prevalência mais elevada, como era exetável, registouse nas faixas etárias mais envelhecidas, entre os 65-74 anos com uma prevalência de 23,8%. O aumento da incidência da diabetes, especialmente a do tipo 2 verifica-se nos países onde as mudanças do estilo de vida ocorreram a uma velocidade maior. Trata-se, portanto, de uma doença crónica causada por fatores ambientais, genéticos e pelo estilo de vida, com um elevado índice de morbidade e mortalidade. De salientar, e de acordo com dados estatísticos oficiais, as taxas de mortalidade por DM padronizadas em função da idade tem vindo a aumentar, colocando Portugal na liderança dos países da comunidade. Se anteriormente esta doença era restrita a indivíduos com idade superior a 40 anos, é na atualidade, cada vez mais diagnosticada em crianças e adolescentes (DGS, 2008). A OMS refere que em 2012, a doença provocou 1,5 milhão de mortes e estima que em 2030 a diabetes seja a sétima maior causa de morte (Ruiz et.al. 2012).

A DM é uma doença metabólica crónica caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue (glicose) que pode ser resultado de uma deficiente produção de insulina e/ou pela resistência à ação da insulina que conduz a uma deficiente capacidade da sua utilização pelo organismo (American Diabetes Association, 2008; DGS 2017).

A classificação atual de DM abandona os termos diabetes insulino dependente e diabetes não insulino dependente, porque qualquer que seja o processo etiológico de base da diabetes, esta evolui, no seu tratamento ou compensação, por estádios clínicos. Significa que, a mesma pessoa diabética, ao longo da história natural da sua doença, pode transitar em ambos os sentidos, de um estágio para outro. Por outro lado, o facto de um diabético necessitar de insulina para o seu controlo não significa, necessariamente, que seja insulino dependente, existindo, no entanto, uma exceção para a DM1, em que a evolução é, sempre, no sentido da insulino dependência (ADA, 2008)

Atualmente a DM é classificada em quatro tipos: diabetes tipo 1 (DM1), diabetes tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de diabetes devido a outras causas, como por exemplo, defeitos genéticos no funcionamento das células  $\beta$  pancreáticas, doenças do pâncreas exócrino, entre outras) e diabetes gestacional (ADA, 2013).

A DM1, também vulgarmente conhecida como diabetes insulino dependente (DMID), é caracterizada pela falência total das células  $\beta$ , levando a uma ausência total de produção de insulina e obrigando a que o doente necessite de terapêutica com insulina para toda a vida. Atinge cerca de 10% da população diabética e manifesta-se essencialmente nas crianças e jovens, podendo também, ocorrer em adultos ou idosos (Ruiz et.al. 2012).

A DM2, antes conhecida como não insulino dependente é a mais vulgar, atingindo aproximadamente 90% dos diabéticos, ocorre mais tipicamente no adulto obeso, normalmente, após os 40 anos de idade (DGS, 2011b), ou em indivíduos que herdaram uma predisposição para a doença e que, devido a fatores ambientais como hábitos de vida, alimentação hipercalórica e sedentarismo, desenvolvem a doença (Observatório Nacional da Diabetes, 2009).

Para a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (2001), as causas do aparecimento da DM2 parecem estar relacionadas com uma tendência hereditária e com hábitos de vida menos saudáveis. A obesidade, o sedentarismo e uma alimentação incorreta estão na base do aparecimento desta patologia. Outros fatores de risco como a hipertensão, a hiperlipidémia, as doenças do pâncreas e as doenças endócrinas, podem aumentar a suscetibilidade para a DM2 (Ruiz et.al. 2012).

Para Ruiz et.al. (2012) a diabetes méllitus tipo2 surge habitualmente de forma silenciosa, frequentemente não evidenciando qualquer sinal ou sintoma de forma que, quando é diagnosticada já tem alguns anos de evolução, podendo também co-existirem algumas complicações associadas. Sendo clinicamente silenciosa “... na maioria dos casos é diagnosticada frequentemente em exames de rotina ou no decurso de uma hospitalização por outra causa” (DGS, 2011b, p:1).

Podem existir os diabéticos que iniciaram a sua doença na meia-idade ou antes, e os que foram diagnosticados aos 65 anos ou mais ( Ruiz et.al 2012). A diabetes diagnosticada no idoso caracteriza-se por uma HbA1c média baixa e uma probabilidade menor de ser necessário utilizar insulina (DGS, 2011b).

O critério diagnóstico foi modificado, em 1997, pela American Diabetes Association (ADA), posteriormente aceite pela WHO (2014-2015) e pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2016). De acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, Norma DGS N.º 2/2011, de 14/01/2011, o diagnóstico da diabetes mellitus é efetuado com base nos seguintes: glicemia de jejum  $\geq 126$  mg/dl (ou  $\geq 7,0$  mmol/l); ou sintomas clássicos + glicemia ocasional  $\geq 200$  mg/dl (ou  $\geq 11,1$  mmol/l); ou glicemia  $\geq 200$  mg/dl (ou  $\geq 11,1$  mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; ou hemoglobina glicada A1c (HbA1c)  $\geq 6,5\%$ .

Numa pessoa assintomática o diagnóstico de diabetes não deve ser realizado na base de um único valor anormal de glicemia de jejum ou de HbA1c, devendo ser confirmado numa segunda análise, após uma a duas semanas. Segundo a DGS (2011b) o diagnóstico de diabetes mellitus não pode ser baseado num só parâmetro, no entanto, se houver avaliação simultânea de glicemia de jejum e de HbA1c, se ambos forem valores de diagnóstico, este fica confirmado, mas se um for discordante, o parâmetro anormal deve ser repetido numa segunda análise.

O diagnóstico da hiperglicemia intermédia ou identificação de categorias de risco aumentado para diabetes, faz-se com base nos seguintes parâmetros: anomalia da glicemia de jejum (AGJ): glicemia de jejum  $\geq 110$  e  $< 126$  mg/dl (ou  $\geq 6,1$  e  $< 7,0$  mmol/l); Tolerância Diminuída à Glicose (TDG): glicemia às 2 horas na PTGO  $\geq 140$  e  $< 200$  mg/dl (ou  $\geq 7,8$  e  $< 11,1$  mmol/l).

Em ADA(2010) propos a utilização de hemoglobina glicada (HbA1c) como critério de diagnóstico para o DM. O motivo deve-se ao facto da medida da HbA1c avaliar o grau de exposição à glicemia durante o tempo e os valores se manterem estáveis após a colheita.

WHO (2014-2015), na sequência dessa proposta, introduziu um novo critério de diagnóstico: a  $HbA1c \geq 6.5\%$ . A hemoglobina glicada (HbA1c) representa o principal indicador glicémico usado para determinar o tratamento da pessoa diabética e indica o controle glicémico nos últimos 2/3 meses. A DGS (2011, p:4) refere que a utilização da HbA1c no diagnóstico da diabetes é seguida pela American Diabetes Association (ADA), após recomendação de um grupo de peritos internacional, em 2009, constituído por elementos da ADA, da European Association for the Study of Diabetes (EASD) e da International Diabetes Federation (IDF), tendo a Organização Mundial da Saúde recomendado a sua utilização, conforme relatório “Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus”, 2011. No entanto, este parâmetro não exclui os anteriores, não se excluindo a existência de diabetes para um valor inferior a 6,5%. Este grupo de peritos considera ainda que existe insuficiente evidência para fazer uma recomendação formal na interpretação dos valores inferiores a 6,5%. O conhecimento científico dos últimos anos, em áreas como a genética, a imunologia e a epidemiologia da diabetes, obriga a uma atualização regular dos seus critérios de diagnóstico e classificação. A identificação do estágio em que a pessoa com alterações do metabolismo da glicose se encontra em cada momento permite iniciar as estratégias de intervenção e monitorização mais adequadas.

Como a evolução para o DM2 ocorre ao longo de um período de tempo variável, passando por estágios intermediários que recebem a denominação de glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída. Sendo estes estágios decorrentes de uma combinação de resistência à ação insulínica e disfunção de célula beta consideram-se, atualmente, dois estágios intermédios de alteração de homeostase da glucose: a anomalia da glicemia de jejum e a tolerância diminuída à glicose após sobrecarga oral com 75 g de glucose. Tanto a anomalia da glicemia de jejum (AGJ) como a tolerância diminuída à glicose (TDG), isoladamente ou em conjunto, identificam grupos de indivíduos que se encontram em estágios distintos da alteração do metabolismo da glucose, para os quais existe um risco aumentado, em relação à população normoglicémica, de vir a desenvolver diabetes e doença cardiovascular. Estas duas situações denominam-se por hiperglicemia intermédia, correspondendo a categorias de risco aumentado para a diabetes (DGS,2011).

## 1.1. Complicações da diabetes

Quando a DM não é devidamente controlada existe risco acrescido da ocorrência de complicações. As sequelas da DM constituem um flagelo no mundo atual e ainda que não seja uma doença contagiosa e não associada a estigmas sociais particulares, as complicações crónicas da DM podem conduzir a um desgaste progressivo e irreparável do corpo humano e, conseqüentemente, a uma perda gradual da dignidade da pessoa, que é o doente.

As complicações da diabetes podem ser agudas ou crónicas. Nas complicações agudas encontra-se a cetoacidose e hiperglicemia hiperosmolar ou a hipoglicemia. As complicações crónicas dividem-se em macrovasculares, de que são exemplo as doenças cardiovasculares e em microvasculares que incluem a retinopatia, a neuropatia (pé diabético) e a nefropatia diabética. As complicações crónicas surgem habitualmente a longo prazo e, em particular, quando existe um quadro de hiperglicemias repetidas. Medina (2008) citado por Vasconcelos (2014) refere que estas são cada vez mais frequentes devido ao aumento da longevidade.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016) as complicações crónicas da diabetes são uma importante causa de morbimortalidade principalmente por implicar um risco significativamente aumentado de doença coronária e de acidente vascular cerebral. A persistência de um nível elevado de glicose no sangue, resulta em lesões nos tecidos, mesmo quando não estão presentes os sintomas para alertar o indivíduo para a presença de Diabetes ou para a sua descompensação.

Também a WHO (2016) confirma que todos os tipos de diabetes podem provocar complicações em muitas partes do organismo e aumentar o risco geral de morte prematura. As complicações da Diabetes, são frequentemente fatais e embora a evidência dessas lesões possa ser encontrada em diversos órgãos, de acordo com a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016) e a WHO (2016) entre as possíveis complicações incluem-se: ataques cardíacos, acidentes cerebrovasculares, insuficiência renal, perda de visão, alterações neurológicas e. amputações dos membros inferiores.

O rastreio, o diagnóstico precoce e o tratamento atempado são de extrema importância, dado que o rastreio da polineuropatia permite identificar indivíduos de alto risco para úlceras do pé, resultados da perda de sensibilidade causada pelos danos ao nível dos nervos periféricos e artérias o que constitui um risco elevado de lesão nos pés. Estas situações podem conduzir ao aparecimento de infeções graves e em último recurso à amputação. Dados do relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes (2013) mostram que o número de doentes em

internamento hospitalar por “pé diabético” tem-se mantido relativamente constante nos últimos anos, tendo havido um ligeiro acréscimo registado no ano anterior.

As alterações macrovasculares são de lenta e silenciosa evolução, e afetam os vasos sanguíneos, tais como, as artérias coronárias que sustentam as extremidades do corpo. A doença macrovascular diabética é considerada como uma forma acelerada da aterosclerose, ou seja, existe um depósito de lípidos nas paredes que vão crescendo e formando ateromas que dificultam a circulação normal do sangue oxigenado e com nutrientes comprometendo, assim, o fornecimento destes aos tecidos (APDP, 2011).

O aumento da prevalência da doença macrovascular nas pessoas com diabetes deve-se a diversos fatores, nomeadamente à obesidade, hipertensão arterial e dislipidémia. As alterações macrovasculares são potenciadoras do aumento da pressão arterial que é característica nas pessoas diabéticas, provocando, desta forma a lesão nos vasos de pequeno calibre e nos capilares, ocasionando também a hiperglicemia, inflamação, disfunção endotelial, alteração nos fatores de coagulação, entre outros (Campbell & Martin, 2009).

Por norma, as complicações microvasculares atingem os vasos capilares e as arteríolas pré capilares, ou seja, os vasos de menor calibre. A retina, os membros inferiores e os rins são os potenciais órgãos alvo desta patologia. Outro órgão que também pode ser atingido, é o coração estando mencionados casos de cardiomegalias associadas a insuficiências cardíacas (Costa, 2009 citado por Vasconcelos, 2014).

Das complicações microvasculares a retinopatia diabética é uma das principais causas de diminuição da acuidade visual, a sua prevalência aumenta com a duração da diabetes. O seu desenvolvimento está relacionado com o controlo e, especialmente, com os anos de evolução da doença. Nas pessoas idosas, o tempo médio de desenvolvimento desde o diagnóstico é de 5 anos (APDP, 2011).

A nefropatia é uma das maiores causas de morbilidade e mortalidade em ambos os tipos de diabetes, atingindo cerca de 20 a 50% das pessoas com diabetes (DGS, 2011). O rastreio sistemático e tratamento precoces da nefropatia diabética são um imperativo clínico, no sentido de se assegurar a reversibilidade ou o retardamento da história natural da doença, que pode culminar na insuficiência renal terminal.

Em praticamente todos os países desenvolvidos, a diabetes é a principal causa de insuficiência renal, retinopatia e amputação de membros inferiores. A DM2 é uma doença crónica que requer cuidados de uma equipa de saúde multidisciplinar de forma continuada em que o utente deve assumir um papel ativo no seu cuidado. O controlo glicémico e a educação terapêutica do doente são essenciais para a prevenção de complicações agudas e

redução do risco de desenvolver complicações a longo prazo (ADA, 2011). Um dos maiores objetivos do tratamento da DM é a prevenção das complicações tardias uma vez que estas são a principal causa de morbidade e mortalidade.

## 1.2. Regime terapêutico da DM2

O tratamento da diabetes exige um regime terapêutico complexo, requerendo do indivíduo uma grande responsabilidade para toda a vida, a partir do momento em que a doença é diagnosticada. É importante que a pessoa com DM se envolva no tratamento e adquira competências para assumir um papel ativo na gestão da sua doença, que tome decisões relacionadas com as atitudes comportamentais do seu quotidiano e que consiga o equilíbrio entre uma multiplicidade de comportamentos de autocuidados diários. A implementação de um plano terapêutico implica que cada aspeto seja entendido e aceite pelo utente e familiares prestadores de cuidados e que os objetivos e plano de tratamento sejam adequados à realidade e às necessidades do utente. Na elaboração do plano terapêutico devem ser consideradas as características específicas dos utentes, como: hábitos alimentares, situação social e fatores culturais e a presença de complicações de diabetes ou outras patologias associadas (ADA, 2009).

O esquema terapêutico da diabetes, de acordo com Caldeira e André (1989) e a APDP (2001), assenta, basicamente, na chamada tríade terapêutica, que engloba a alimentação, o exercício físico conjuntamente com terapêutica medicamentosa (figura 1).

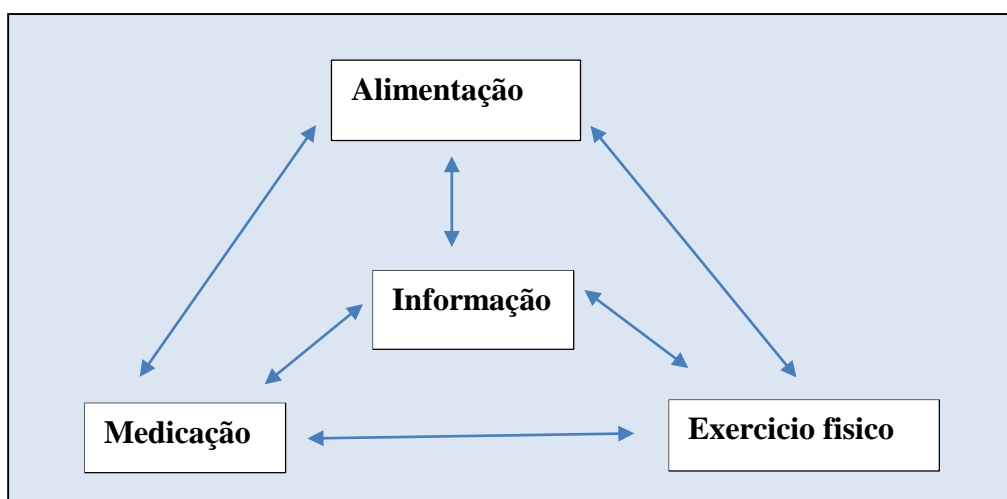


Figura 1. Tríade do regime terapêutico da diabetes

Fonte: elaboração própria baseada em Caldeira e André (1989) a APDP (2001) e Hanas (2007).

Os três elementos desta tríade quando presentes estão interligados e as suas variações refletem-se no equilíbrio da doença. Estes pilares assumem igual importância e o desequilíbrio de um deles reflete-se diretamente nos outros, impedindo que o tratamento seja eficaz.

Hanas (2007) ainda inclui um quarto elemento no tratamento da diabetes, que designou por conhecimento. O autor chega mesmo a referir que para o utente controlar bem a sua diabetes, deve tornar-se especialista em diabetes, adquirir mais informação possível acerca da patologia, aceitar a doença e aprender a viver com ela. Para tal, é fundamental que o utente se sinta motivado para se auto-controlar.

A estes aspetos, podem ainda associar-se outros autocuidados, como uma frequente auto monitorização do nível de glicose no sangue, o tratamento da hipertensão arterial e dislipidemia, caso existam (Silva, 2012).

A educação do diabético é fundamental, uma informação tão detalhada quanto possível sobre o regime terapêutico e sobre os factos básicos da Diabetes permitirá, não só compreender a nova situação, como ajudará no treino do novo comportamento até que este se converta em hábito (Caldeira & André, 1989).

O regime alimentar continua a ser a base fundamental do tratamento da diabetes, nenhum esquema terapêutico terá sucesso sem que o diabético saiba o que deve comer, e, como o deve fazer. A alimentação da pessoa com DM tipo 2 é denominada pela ADA (2011) de terapêutica médica nutricional. Esta constitui uma pedra basilar no regime terapêutico, sendo de extrema importância aos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária). Para ADA (2012), todas as pessoas com DM tipo 2 deverão ter aconselhamento relativo aos hábitos alimentares, com particular enfoque na adoção de uma dieta saudável e equilibrada, visando evitar o excesso de peso, ou procurando a redução do mesmo.

A obesidade e o excesso de peso estão fortemente relacionados com o desenvolvimento de diabetes tipo 2 e são apontados como um fator relevante na ocorrência de um mau controlo metabólico nestes doentes uma vez que a obesidade é o mais importante determinante isolado para a insulinoresistência, para além de constituir um fator de risco independente para a hipertensão e dislipidemia, bem como para a doença cardiovascular, a qual constitui a principal causa de morte entre os diabéticos (Nunes, 2010).

Quanto ao controle de peso, considerando que o tratamento dietético dirigido à redução do peso corporal e à melhoria dos níveis glicêmicos e lipídicos têm significativo efeito sobre a morbidade e mortalidade nesse grupo (WHO, 2003; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2003)

A redução de peso, ainda que moderada, revela-se uma importante estratégia terapêutica nas pessoas com obesidade ou excesso de peso, que têm DM ou que estão em risco de vir a desenvolver esta doença, uma vez que a evidência científica sugere que a redução de peso está associada a uma diminuição da resistência à insulina (ADA, 2011).

No que diz respeito ao aconselhamento alimentar para as pessoas com DM tipo 2, verificamos que, novos estudos e novas evidências vieram mudar as orientações que inicialmente eram extremamente restritivas.

A alimentação do utente diabético deve ser equilibrada e racional, diferindo pouco da que deverá fazer uma pessoa que não tenha diabetes. As recomendações gerais assentam sobre o consumo de alimentos ricos em fibras, carnes magras, peixe e cereais integrais. É fundamental ter em atenção que os alimentos com carboidratos (pão, tostas, laticínios) devem ser consumidos em pequenas quantidades, assim como os alimentos ricos em açúcar. As refeições ricas em gorduras devem ser ingeridas em pequena quantidade. As bebidas alcoólicas devem ser consumidas com moderação e, apenas, às principais refeições (ADA,2009).

O horário das refeições é outro aspeto a ter em consideração (ADA,2009). O diabético deve evitar jejuns prolongados, nunca saltando refeições, o fracionamento das refeições ao longo do dia é aconselhado nesta patologia. ADA (2010) defende que é necessário adaptar a terapêutica nutricional a cada doente de forma individualizada e de acordo com as necessidades de cada um, pelo que é importante conhecer, logo na fase inicial, as características, as limitações, os hábitos e estilos de vida do diabético. A adoção de um plano alimentar saudável, individualizado e capaz de fornecer um valor calórico total, compatível com a obtenção do peso corporal desejável é fundamental no tratamento e prevenção na DM tipo 2. Um regime alimentar com refeições de três em três horas, evita situações de hipoglicemia que se manifesta através de sintomas como ansiedade, tremores, palpitações, entre outros ADA (2010).

Deste modo, há que salientar que a gestão do plano alimentar deve fazer parte integrante do plano educacional, para que o diabético possua os conhecimentos e as competências que lhe permitam gerir este tipo de autocuidado.

A atividade física é outra dimensão da tríade do autocuidado do regime terapêutico da DM2. Os benefícios desta atividade para a saúde, são evidenciadas em diversos estudos e reúnem consensos entre os vários autores DGS (2011a).

A prática de exercício físico tem-se revelado eficiente no controle glicémico da diabetes, melhorando a sensibilidade à insulina e a tolerância à glicose, diminuindo o nível de glicose

no sangue. Contudo alguns cuidados devem ser tomados em relação à prática da atividade física pela pessoa com diabetes. Antes de iniciar um programa de atividade física, a pessoa deve efetuar uma avaliação cardiovascular de modo a detetar potenciais riscos. Durante a prática de atividade física, deve ainda ser dada atenção ao vestuário, as roupas devem ser leves e confortáveis e durante a caminhada ou corrida recomenda-se a utilização de calçado confortável, com sola macia e com boa absorção de impacto (Silva, 2010).

Segundo Santos (2010) os indivíduos que são fisicamente ativos são mais saudáveis e menos suscetíveis ao desenvolvimento de doenças crônicas do que os indivíduos inativos. Por outro lado, ainda segundo o mesmo autor os indivíduos ativos têm uma diminuição do risco de 30% a 50% desenvolver DM2 comparativamente com indivíduos sedentários.

Num estudo realizado por Magalhães (2009) com 102 doentes com DM 2, concluiu que o programa regular e estruturado de atividade física moderada, mantido num longo prazo, era numa forma auxiliar de tratamento segura e eficaz, na melhoria da composição corporal, do controlo glicémico, da saúde cardiovascular e na redução do risco de um evento cardiovascular, apesar da tendência natural para o agravamento destes parâmetros com o avançar da idade.

A prática de exercício físico, juntamente com a alimentação é a forma de tratar a diabetes, devendo ser praticado com regularidade, preferencialmente todos os dias, pois só assim poderão ser obtidas vantagens. Os benefícios deste exercício são a diminuição do risco cardiovascular, o bom controlo metabólico, a prevenção de complicações crônicas degenerativas, além de benefícios psicossociais

Neste sentido a prática de atividade física deve fazer parte do regime terapêutico das pessoas com DM2 (ADA, 2009; Guerra, Nunes, Dias, e Ribeiro, 2006). A prática regular de atividade física tem-se revelado fundamental na melhoria do controle glicémico, desempenhando um papel importante na prevenção e controlo da resistência à insulina, na redução dos fatores de risco cardiovasculares, contribui para a perda de peso e para a melhoria do bem-estar. A ADA (2009) e o American College of Sports Medicine & American Diabetes Association (2000) confirmam essa mesma evidência de benefícios da atividade física em pessoas com DM2.

No tratamento da DM2 é, ainda recomendada, pela ADA (2009), a instituição da terapêutica medicamentosa após a confirmação do diagnóstico. em conjunto com as modificações do estilo de vida ADA (2009). Há situações em que a terapêutica farmacológica, poderá chegar ao uso de insulina como forma de alcançar e manter níveis recomendados do controle glicémico para a maioria dos utentes. A insulino terapia é utilizada essencialmente no

tratamento da DM1, podendo também ser utilizada na DM2 quando os antidiabéticos orais e o regime alimentar não conseguem controlar a situação metabólica. As doses de insulina são ajustadas aos valores da auto monitorização glicémica. Os antidiabéticos orais que são usados na DM2 dividem-se em sensibilizadores à insulina com ação primária no fígado (metformina), sensibilizadores à insulina com ação primária nos tecidos periféricos (glitazonas), insulina secretagogos (sulfonilureias e glinidas) e agentes que atrasam a absorção de hidratos de carbono (inibidores de  $\alpha$ -glucosidase) (ADA, 2010).

Os objetivos do tratamento da diabetes são a compensação ou controlo metabólico, prevenção das complicações agudas (hipoglicemia e hiperglicemia) e prevenção ou atraso no desenvolvimento das complicações crónicas.

A realização de testes de glicemia capilar em jejum, antes e depois das refeições, permite monitorizar o controlo da doença. Devendo definir-se valores alvo para cada pessoa, tendo em conta fatores como a idade, tipo de vida, atividade e existência de outras doenças. A determinação da Hemoglobina glicosilada (HbA1C) fornece uma visão global do estado de controlo da diabetes nos últimos três meses, considerando-se valores adequados inferiores a 6,5%. Também este objetivo deve ser individualizado, tendo em conta a idade, anos de doença e complicações (Sociedade Portuguesa de diabetologia, 2013).

A norma nº 052/2011, da Direção Geral de Saúde (2011) refere a existência de estudos que demonstram que quando se atinge um valor de HbA1c alvo inferior a 7% existe redução acentuada das complicações microvasculares e, a longo e médio prazo, das complicações macrovasculares. Deste modo, o objetivo do tratamento é manter a glicemia o mais próximo possível dos valores considerados normais para que as pessoas com DM2 se sintam bem, sem nenhum sintoma da doença e atrasando o mais possível o aparecimento de complicações da doença

Quando persiste a elevação de glicose no sangue, mesmo que assintomática, ocorre lesão nos tecidos. É nos rins, olhos, nervos periféricos e sistema vascular que se manifestam as complicações mais importantes (Sociedade Portuguesa de diabetologia, 2013; ICN,2007)

Um bom controlo da doença significa ter níveis de açúcar no sangue dentro de certos limites, o mais próximo possível da normalidade, evitando assim a instalação de complicações tardias. Este é um objetivo que nem sempre é fácil alcançar, pois a diabetes é uma perturbação metabólica permanente e dinâmica e, por isso, sujeita a muitas variações dependentes de uma série de fatores. Deste modo, a pessoa com diabetes tem de estar consciente desses fatores e basear-se na tríade terapêutica (Vaz, Fernandes, Santos, Fernandes, Bugalho, Costa, Borges, & Carneiro (2010).

O que leva a pessoa, regra geral, a procurar os serviços de saúde é a hiperglicemia, que se manifesta através de sintomas como a poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, alterações do apetite, fadiga ou visão turva. Esta patologia requer um tratamento médico contínuo e educação para o autocontrolo da doença, tendo por finalidade a prevenção de complicações agudas e a diminuição de complicações a longo prazo (Ruiz et.al, 2012)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) chama a atenção para esta doença e para o facto de que ações de promoção da saúde, hábitos alimentares saudáveis e práticas de atividades físicas podem reduzir os fatores de risco de desenvolvimento do diabetes.

A maioria dos cuidados que a doença requer são da responsabilidade da própria pessoa. De modo a evitar o aparecimento de complicações da doença, é fundamental alterar alguns comportamentos de risco. Para a maioria das pessoas, cumprir o regime medicamentoso não é complicado, contudo, o mesmo não se verifica para a terapêutica não farmacológica justificada pela alteração de comportamentos que esta exige, quer a nível da alimentação, quer do exercício físico.

A DM2 é uma doença crónica que requer cuidados de uma equipa de saúde multidisciplinar de forma continuada em que o utente deve assumir um papel ativo no seu cuidado. O controlo glicémico e a educação terapêutica do utente são essenciais para a prevenção de complicações agudas e redução do risco de desenvolver complicações a longo prazo (ADA, 2011). Um dos maiores objetivos do tratamento da DM é a prevenção das complicações tardias uma vez que estas são a principal causa de morbilidade e mortalidade. O regime terapêutico da diabetes é exigente e complexo, requerendo do indivíduo uma grande responsabilidade para toda a vida, a partir do momento em que a doença é diagnosticada. É importante que a pessoa com DM se envolva no tratamento e adquira competências para assumir um papel ativo na gestão da sua doença, que tome decisões relacionadas com as atitudes comportamentais do seu quotidiano e que consiga o equilíbrio entre uma multiplicidade de comportamentos de autocuidados diários

Assim, importa definir em que consiste a gestão e a adesão ao regime terapêutico, enquanto foco de atenção em enfermagem. De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiras (2002) na Versão beta 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP), gerir o regime terapêutico deve traduzir-se para os diabéticos, num comportamento de adesão com características específicas que implica, cumprir um programa de tratamento da doença e das suas complicações, executar atividades que devem ser satisfatórias para atingir os objetivos de saúde, tratamento ou prevenção da doença na vida diária.

## **2. Adesão do utente diabético ao regime terapêutico**

Na literatura clínica, o termo adesão é utilizado para definir o seguimento das recomendações terapêuticas. A OE (2009) define a adesão como a medida associada ao comportamento da pessoa, em tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou executar alterações ao estilo de vida, correspondendo às recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2002, p. 58), a adesão é “um tipo de gestão do regime terapêutico com as características específicas: desempenhar atividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado ou apoiante”, conceito que comporta a ideia de que a adesão consiste no cumprimento, por parte do doente, de determinadas recomendações realizadas pelos profissionais de saúde e, quando estas são cumpridas, podem conduzir a benefícios para a saúde.

A WHO (2001), considera que a adesão significa mais do que simplesmente seguir as instruções profissionais, diz respeito à adoção e manutenção de comportamentos terapêuticos, assim como à autogestão de fatores biológicos, comportamentais e sociais que influenciam a saúde e a doença.

O utente diabético, perante a sua doença, é confrontado com múltiplos desafios, que exigem capacidade de adaptação, competências para mobilizar determinados recursos e ainda capacidade para se autocuidar gerindo o seu regime terapêutico, fator decisivo para a manutenção e promoção da saúde, bem como para a prevenção ou tratamento das complicações associadas à doença.

Nesta perspetiva, a adesão implica um papel ativo e de colaboração do utente no planeamento e implementação do seu regime terapêutico, não comparando os seus comportamentos com um modelo padronizado, mas tendo em conta a sua capacidade para a tomada de decisão, e a assunção de responsabilidades para conquistar a sua autonomia.

A adesão ao regime terapêutico consiste não só, em seguir um tratamento farmacológico, mas também a prática de exercício físico, dieta, medidas preventivas, rastreios, idas a consultas, abandono de comportamentos de risco, que se traduzem em alterações no estilo de vida da pessoa.

De acordo com Dunbar-Jacob e Schlen (1990) citados por Sousa (2003) pode-se considerar a adesão em saúde, segundo duas perspetivas, a adesão médica que está relacionada com o

cumprimento da medicação e a adesão comportamental que reflete os comportamentos de saúde.

Com a mudança conceptual de compliance para adherence assistimos à transição de um modelo que separa o mental do somático (modelo biomédico) para um modelo que enfatiza a efetividade de terapias individuais (modelo biopsicossocial).

O modelo biomédico vê a doença como numa avaria temporal ou permanente do funcionamento de um componente ou da relação entre componentes. Nesta abordagem, curar equivale à reparação de uma máquina. Já o modelo biopsicossocial considera a doença não de forma isolada, mas em interação, bem como a interação entre tratamentos com efeitos sinérgicos ou aditivos (Ribeiro, 2005; OE, 2009).

Vários modelos ou teorias têm procurado explicar a adesão ao regime terapêutico, tentando identificar os fatores que determinam a disposição dos indivíduos para aderirem às recomendações dos profissionais de saúde. Isto só é possível, compreendendo as atitudes, crenças e valores dos indivíduos, planejar intervenção junto dos mesmos tendo em mente a modificação de comportamentos, com o objetivo da promoção da saúde.

O Modelo Desenvolvimental de Adesão ao Tratamento de Kristeller e Rodin (1984 citados por Ribeiro, 1998 e Sousa, 2003): descreve três estádios no processo de participação das pessoas nos seus cuidados.

Concordância (Compliance) – Quando o doente inicialmente concorda e cumpre as recomendações médicas. Decide seguir as recomendações dos profissionais de saúde, porque confia no profissional que fez o diagnóstico e instituiu o tratamento. Geralmente resulta na eficácia do tratamento;

Adesão (Adherence) – há uma manutenção do tratamento por parte do doente com o qual houve concordância, sob uma vigilância mais limitada, mesmo na presença de situações conflituosas, o que implica uma grande participação e controlo da sua parte. O doente tem autonomia, no entanto os profissionais têm o papel de orientadores, promovendo a integração do tratamento no estilo de vida do indivíduo e ajudando-o a prever alguns problemas, para que possa arranjar estratégias de enfrentamento da doença. É a fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado.

Manutenção (Maintenance) – O utente mantém o comportamento de melhoria da saúde, já sem vigilância, tornando-se num hábito de vida. Para tal, o indivíduo tem que ter um determinado nível de autocontrolo.

Alguns estudos (Sousa, 2003; Bastos, 2004 e Neves 2014) que abordam a adesão ao regime terapêutico com diabéticos apontam para bons níveis de adesão ao regime medicamentoso,

em detrimento dos estilos de vida. Este facto poderá estar relacionado com a maior facilidade que o diabético tem em incluir a medicação nos seus hábitos diários, pois as mudanças nos hábitos alimentares e nos hábitos de atividade física habitualmente são mais difíceis de integrar e modificar.

A problemática da doença crónica exige inovação em cuidados de saúde, com introdução de novas ideias, modelos ou programas que possam ter impacto positivo na vida das pessoas e na organização dos serviços de saúde. No processo de vivência com doença crónica, que se afigura prolongado no tempo, urge encarar a qualidade de vida da pessoa e família como um resultado importante e, portanto, o papel da pessoa na produção desse resultado deve ser enfatizado (WHO,2002).

## 2.1. Determinantes associados à adesão ao regime terapêutico

Pela sua importância na saúde do indivíduo e conseqüentemente na sociedade, a adesão ao regime terapêutico tem merecido grande atenção dos profissionais de saúde. Este tema reveste-se de uma enorme complexidade, não apenas pelas implicações na saúde que daí advêm, como também nas suas implicações a nível económico e social (Sousa, 2003; OMS, 2004).

A WHO (2003) evidencia quatro grandes grupos de variáveis relacionadas com a adesão, como: as características da doença e do tratamento; os fatores intrapessoais; os fatores interpessoais e os fatores ambientais. Embora estes fatores estejam agrupados de forma ligeiramente diferente de acordo com vários autores, todos eles abordam a complexidade do tratamento, a duração da doença, as características da personalidade, a auto-estima, a autoeficácia, o sexo, a idade, a qualidade da relação entre o profissional de saúde e o utente, o suporte familiar, o acesso aos cuidados de saúde, entre outros, como variáveis que interferem na adesão. Para além desta multiplicidade de fatores existe evidência que estes não atuam de forma isolada, mas agrupam-se de diversas formas, o que vai despoletar diferentes níveis de adesão.

A OMS (2004) agrupa a adesão ao regime terapêutico em cinco dimensões que a podem determinar: fatores sociais e económicos, relacionados com os profissionais e serviços de saúde, com a doença e comorbilidades, com a terapêutica e, por fim, fatores relacionados com o doente. Como se pode verificar, apenas um determinante se encontra relacionado com

o doente, o que significa que a crença de que os doentes são os únicos responsáveis pela adesão ao regime terapêutica nem sempre é consensual.

Para Almeida et al (2007) esses fatores podem ser agrupados em fatores externos, fatores relacionais e fatores internos ao doente. Os primeiros dizem respeito ao acesso aos medicamentos, às características da doença e ao regime terapêutico. Leite e Vasconcelos (2003) citados pelo mesmo autor referem que quanto maior for o número de medicamentos que o utente tem de tomar ou de tratamentos a efetuar, menor será a adesão ao tratamento.

No que diz respeito aos fatores relacionais, Almeida et al. (2007) salientam a importância dos apoios sociais e a relação entre o profissional de saúde e o doente. Alguns autores chamam a atenção para a importância de determinadas características dos técnicos de saúde que podem ser facilitadoras de comportamentos de procura de cuidados de saúde (Amaral, 1997; Trindade & Teixeira, 2000;). Para estes autores a interação que se estabelece entre ambos, profissional/utente, pode afetar significativamente os comportamentos de autocuidado. Uma interação centrada no indivíduo que tenta promover uma relação positiva, demonstrando interesse e consideração, parece aumentar a adesão.

Deste modo, as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde devem representar o melhor para o problema do indivíduo. Pois a não adesão a essas recomendações reflete-se numa perda de oportunidade de saúde, assim como num desperdício potencial de recursos para o sistema de saúde. Os profissionais de saúde têm um papel fundamental junto dos utentes com doenças crónicas, pois apesar de a pessoa ser responsável pela sua saúde e consequentemente pela necessidade de seguir o tratamento implícito à sua condição, o regime que deve seguir pode apresentar-se-lhe complexo. Este regime na maior parte das vezes, (senão todas), vai exigir mudanças no seu autocuidado diário.

Neste sentido e segundo Leite e Vasconcelos, (2003) citados por Almeida et al. (2007) quanto mais elevados forem os referidos apoios e quanto melhor for a qualidade da relação profissional de saúde – doente, melhores serão os resultados ao nível da adesão.

O papel do profissional de saúde na adesão ao tratamento tem merecido por parte dos investigadores alguma atenção pois os achados sugerem que a satisfação dos utentes com os serviços de saúde, mais especificamente com os profissionais, pode estar relacionada com a adoção de comportamentos mais saudáveis por parte dos utentes (Amaral, 1997; Trindade & Teixeira, 2000).

Deste modo os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária pela sua proximidade com os utentes e família devem ser mediadores de atividades de autocuidado adequadas à situação de cada utente e família e marcar a diferença na vida destas pessoas. O enfermeiro

através do cuidar vai ao encontro das necessidades específicas daquela pessoa e família, faz o diagnóstico, prescreve e implementa intervenções autónomas e interdependentes que vão possibilitar a mobilização dos recursos interiores dos utentes, que dão sentido às suas expectativas de saúde e à sua vida.

No que concerne aos fatores internos, destacam: fatores psicológicos, locus de controlo, crenças relativas à saúde e características sociodemográficas. Dias, Cunha, Santos, Neves, Pinto, Silva e Castro, (2011) realizaram uma revisão da literatura sobre a adesão ao regime terapêutico em doentes com doença crónica, e verificaram que, o sexo parece não exercer influencia ao nível da adesão, mas já o baixo nível socioeconómico e o baixo grau de escolaridade demonstraram influenciar negativamente a mesma. Em relação à idade os resultados verificados não evidenciaram diferenças estatísticas significativas (WHO, 2003). Um estudo desenvolvido por Chan e Molassiotis (1999) onde analisaram a relação entre o conhecimento sobre a diabetes e a adesão, demonstrou a existência de uma grande distância entre aquilo que os pacientes são ensinados a fazer e aquilo que realmente fazem. A maior parte dos participantes apresentaram boas notas no conhecimento factual da doença, mas perderam pontos quando se tratava de aplicar esse conhecimento nos seus hábitos diários. (citados por Sousa 2003)

Estes resultados sugerem que o conhecimento não é garantia única para a mudança de comportamentos nos doentes diabéticos. Surwit, Scovern e Feinglos (1982) citados por Sousa (2003) registaram descobertas preocupantes com um grupo de diabéticos, em que 80% dos sujeitos cometiam erros na administração de insulina, 75% não seguiam a sua dieta, 50% não tinham o cuidado adequado com os pés e 45% faziam testes de urina incorretos. Pior ainda, é que indivíduos cometiam estes erros depois de lhes ser dito ou demonstrado a técnica correta. Um estudo conduzido por Haugbolle et al (2002), investigou a influência do conhecimento sobre a medicação e doença, nas perceções e comportamento nos doentes com angina de peito. Os resultados revelaram que o conhecimento sobre doença, sua prevenção e função da medicação, era geralmente baixo. Similarmente, os dados não indicaram que uma perceção de doença negativa esteja relacionada com um conhecimento limitado acerca da angina de peito, isto é, o aumento do conhecimento não resultou automaticamente numa perceção positiva da doença (Sarafino, 2002). Fica assim a ideia de que, apesar de a informação ser fulcral para que o indivíduo, através de melhores conhecimentos possa compreender, e mais facilmente adaptar-se e gerir o seu estado de saúde ou doença, esta por si só não se tem demonstrado suficiente.

Não existe uma forma única de promover a adesão ao tratamento. É fundamental educar o doente sobre a sua própria patologia, dos sinais e sintomas, benefícios do tratamento e das complicações que podem surgir se o regime terapêutico não for cumprido. Sendo os enfermeiros que particularmente desenvolvem junto dos utentes o plano de gestão do tratamento e que envolvem cuidados em parceria com outros profissionais de saúde, cabe, portanto, ao enfermeiro Especialista em Enfermagem comunitária e de saúde Pública, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros-OE (2010) juntamente com o utente, a família ou cuidador integrá-los no regime terapêutico constituindo-os como parceiros de cuidados alternativos. Estes necessitam de ser envolvidos de forma ativa no regime terapêutico e resultados (OE,2009).

Neste âmbito, parece ser pertinente apostar em estudos que investiguem de que forma a educação, mais concretamente o conhecimento que o diabético tem acerca da sua doença, pode influenciar em ganhos em saúde. A adesão por parte do doente ao regime terapêutico depende de vários fatores que devem ser considerados. A partir destes procurar-se-ão estratégias que possam facilitar este processo, com o princípio de que cada doente é um ser único, em interação com o ambiente, com um projeto de vida, procurando constantemente o equilíbrio (Machado 2009).

### **3. Gestão do utente diabético no ajustamento ao regime terapêutico**

Perante uma doença, o indivíduo com diabetes tem que aprender determinadas competências como monitorizar parâmetros fisiológicos, entre outros que lhe permitam lidar no dia-a-dia com os sintomas e limitações que esta possa causar. Segundo Serafino (2002) apesar deste esforço, muitas pessoas reagem à doença conseguindo integrá-la na sua vida de forma razoável, ajustando-se aos seus novos hábitos de saúde. Para que tal aconteça, é necessário que possuam um conhecimento correto acerca da sua saúde e doença, assim como a possibilidade de resolver os problemas quando estão a tentar implementar e gerir um comportamento saudável (WHO, 2002; Serafino, 2002).

Sabemos que, para influenciar a tomada de decisão tendo em vista comportamentos saudáveis devemos, para além da transmissão de informação sobre determinado assunto, fornecer apoios que permitam essa mudança. A informação é um fator chave para que os utentes possam participar ativamente nas decisões acerca da sua saúde (WHO, 2002). Para tal, estes necessitam de trocar informações com o técnico de saúde, sobre as quais farão a respetiva integração, compreensão e avaliação. Isto, porque muitas pessoas deixam os serviços de saúde sem saber como seguir o tratamento que lhe foi aconselhado (Serafino,2002). O fornecimento de informação é um aspeto considerado básico para que o utente enfrente as dificuldades e incertezas, e mantenha a sua máxima autonomia face aos técnicos de saúde (Paul e Fonseca, 2001). Também a Organização Mundial de Saúde contempla o aumento dos conhecimentos e informação sobre a saúde, como uma das cinco áreas de intervenção.

Em Portugal, DGS (2007) tem vindo a adotar medidas específicas, inseridas na atualidade do pensamento Europeu e na revolução da política de saúde da OMS, através da criação de um Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Este programa, elaborado de acordo com os objetivos previstos, propõe medidas aos vários níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) e sugere várias estratégias de atuação, uma das quais é necessidade de formação dirigida às pessoas com diabetes. Estas medidas de acordo com o DGS (2007) apontam para que o indivíduo seja cada vez mais o gestor da sua própria saúde, tomando decisões de forma autónoma e responsável, perante uma patologia, o indivíduo tem que aprender determinadas competências que lhe permitam lidar no dia-a-dia com os sintomas e

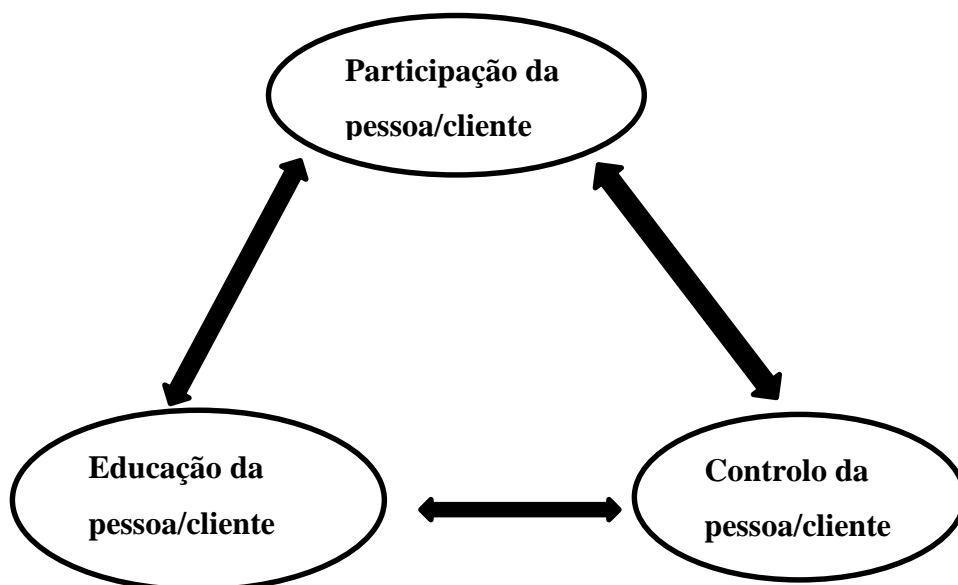
limitações que esta possa causar. Para que tal aconteça, é necessário que possuam o conhecimento correto acerca da sua saúde e doença, assim como a possibilidade de resolver os problemas.

Nesta perspectiva, a educação do diabético é considerada fundamental para a autogestão desta patologia, devendo esta interligar as três componentes base do tratamento da DM - alimentação, exercício físico e medicação (American Diabetes Association (2010). O ser uma doença que, para ser controlada exige bastantes alterações no estilo de vida da pessoa, a forma como os doentes são educados a geri-la pode refletir-se diretamente no tratamento e na prevenção, mantendo um quotidiano compatível com uma boa qualidade de vida.

Vasconcelos (2003) sugere como estratégia para a autogestão desta patologia, o empoderamento do doente diabético para uma prática reflexiva com objetivo de desenvolvimento de consciência crítica. O empoderamento apresenta-se como uma estratégia de reinserção social das pessoas com doença crónica, pois considerando a significação dada pelos teóricos ao termo, direciona os indivíduos para a prática reflexiva com objetivo de desenvolvimento de consciência crítica. (Vasconcelos, 2003).

Para Ramos (2001) as pessoas são empoderadas quando têm saberes, atitudes, capacidades e auto-conhecimento necessários ao aumento da qualidade de vida. Ouschan et al (2000), citado por Ramos (2001) apresentam o empoderamento como um processo que inclui três dimensões, procurando demonstrar a evidência de alguns estudos, que revelam que não só são importantes as atitudes das pessoas/ clientes, como também as ações desempenhadas pelos profissionais de saúde, como a educação e medidas de suporte de informação.

Ouschan et al (2000), citado por Ramos (2001) definem empoderamento como um processo educacional desenvolvido para auxiliar as pessoas/ clientes a desenvolverem saberes, competências e grau de auto-conhecimento necessários para assumirem de uma forma efetiva responsabilidades nas decisões. Tal como podemos verificar na figura 2, as três dimensões a que se refere o autor são: perceção de controlo sobre a situação de saúde, por parte da pessoa/ cliente; participação no processo de decisão e perceção de educação por parte da pessoa/ cliente.



**Figura 2:** Dimensões do empoderamento

**Fonte:** Ouschan et al (2000), citado por Ramos (2001)

As dimensões do empoderamento indicam, então, a necessidade dos profissionais de saúde promoverem uma eficaz e assertiva comunicação com as pessoas/ clientes, no sentido de encorajá-las à participação, aprendizagem e desenvolvimento do sentido de controlo da sua doença/ problema de saúde.

Em Promoção da Saúde, o empoderamento é um processo onde as pessoas obtêm um controlo maior sobre as decisões e intervenções que afetam a sua saúde (OMS, 1998 citada por Ramos, 2001), onde indivíduos ou grupos sociais são capazes de expressar as suas necessidades, as suas preocupações, de inventariar estratégias para o envolvimento e tomada de decisão.

Na Carta de Ottawa 1986 a promoção da Saúde é abordada como um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio (OMS,1986). Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida. A promoção da saúde representa um amplo processo social e político, que não só abraça ações voltadas para o fortalecimento das competências e capacidades dos indivíduos, mas também para a mudança social, condições ambientais e económicas, de modo a aliviar o seu impacto na saúde pública e individual.

Na Declaração de Jacarta, em 1997, é reforçada a importância de colocar as pessoas no centro do processo de tomada de decisão para a promoção da sua saúde. Assim, é preconizado que as reformas devem promover a tomada de decisão entre a pessoa e o prestador de cuidados num contexto de continuidade do cuidar, tendo em conta determinado contexto cultural, sendo ainda referida a necessidade de empoderamento do cidadão (WHO, 1998).

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001), é salientada que na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro deve ajudar os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde, através de: identificação da situação de saúde da população e dos recursos do utente/família e comunidade, assim como a criação e aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados e a promoção do potencial de saúde do utente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos vitais, crescimento e desenvolvimento e fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo utente.

Entende o indivíduo como um ser ativo no processo educativo, como participante e responsável, implica o enquadramento da educação para a saúde na qual está implícito um processo educativo que fomenta o desenvolvimento do indivíduo, que o acompanha e orienta para a apropriação de estilos de vida saudáveis, que lhe facilite a tomada de decisões conscientes, promove as relações entre os indivíduos de uma comunidade (Rodrigues,2012). A Educação para a saúde que tem como objetivo contribuir para a mudança de comportamentos dos indivíduos, com vista à aquisição de estilos de vida mais saudáveis. Tem vindo a ser reconhecida como parte integrante dos esforços para a prevenção da doença e promoção da saúde. A evolução do conceito, ao longo do tempo, deve-se sobretudo à evolução das ciências e das técnicas, bem como à perceção dos fatores ambientais, sociais e comportamentais que afetam a saúde.

A Ordem dos Enfermeiros (2001, p.6), refere-se ao “papel dos enfermeiros enquanto promotores de aprendizagem capazes de mobilizar os recursos familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde”. Educar um utente é dar-lhe competências permitir-lhes ser independente, autónomo na gestão da sua doença, capacitando-o a integrar-se social e profissionalmente na sociedade ou de uma forma mais global, contribuir para viver com a máxima autonomia e qualidade possíveis.

#### **4. Papel do enfermeiro na adesão e gestão do regime terapêutico**

A adesão e gestão ao regime terapêutico, enquanto focos de atenção em enfermagem. De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiras (2002) na Versão beta 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP), gerir o regime terapêutico deve traduzir-se para os diabéticos, num comportamento de adesão com características específicas que implica, cumprir um programa de tratamento da doença e das suas complicações, executar atividades que devem ser satisfatórias para atingir os objetivos de saúde, tratamento ou prevenção da doença na vida diária.

A gestão do regime terapêutico é um foco de atenção dos enfermeiros e uma necessidade em cuidados de enfermagem, com particular relevância no âmbito da gestão das doenças crónicas (Machado, 2009). Neste sentido, a intervenção de Enfermagem na gestão da doença crónica, particularmente na DM, constitui-se, inevitavelmente, como um precioso recurso. A proximidade dos enfermeiros com os doentes, a natureza da relação dos cuidados, proporciona uma excelente oportunidade para diagnosticar a incidência do problema, monitorizar, planear e implementar intervenções que efetivamente ajudem as pessoas a integrar o regime terapêutico nos seus hábitos de vida, dotando-as de conhecimentos e habilidades que lhes permitam realizar e manter as mudanças necessárias, adaptando-se à sua nova condição de saúde.

Nesta perspetiva os cuidados de enfermagem devem assentar na visão da saúde como um projeto individual de cada ser humano, numa abertura incessante ao sentido da vida. É perante este conceito de saúde que os cuidados de enfermagem assumem particular importância, visando a educação para comportamentos saudáveis, a promoção do autocuidado, e a adesão e gestão de regimes terapêuticos (Vieira, 2007, citado por Henrique, 2011, p.56). Para o mesmo autor, a adesão ao regime terapêutico varia em função de um conjunto de fatores de ordem individual, das características da doença e da expressão da sua sintomatologia sobre a qualidade de vida. Assim como, da atenção e do investimento que cada sistema de saúde dispensa para envolver os doentes e onde o enfermeiro tem uma responsabilidade inquestionável.

Neste sentido, a resposta adequada a estes doentes representa um enorme desafio para os enfermeiros. De acordo com o Decreto-Lei nº161 (1996, p.2961),

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

Para Hesbeen (2001, p. 69) “o cuidado de enfermagem representa, a atenção particular prestada pelo enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajudá-los na sua situação. Englobam tudo o que o profissional faz, dentro das suas competências”. Neste contexto, é fundamental a afirmação da competência do enfermeiro, sendo crucial ter a consciência de que o conhecimento só é válido, se for passível de ser aplicado, ou seja, é premissa básica o domínio da teoria, mas a mobilização dessa teoria, bem como a sua aplicação prática, é que irá revelar a real competência.

Por outro lado, os utentes exigem cada vez mais competências aos enfermeiros, estes têm expectativas cada vez mais elevadas, exigem mais transparência na informação sobre o desempenho das organizações prestadoras de cuidados, mais regulação, mais informação e maior participação nas decisões

O papel do enfermeiro na gestão da adesão do utente ao regime terapêutico deve ser baseado no estabelecimento de objetivos realistas, através do envolvimento, participação e reforço positivo dos esforços conseguidos pelo utente, informação acerca das vantagens em prosseguir com o tratamento, efeitos adversos da medicação, vantagem na correção de estilos de vida, esclarecimento acerca dos aspetos fisiopatológicos do curso da doença e reforçar as consequências do incumprimento do regime terapêutico. Atender às preferências do doente e simplificar o quanto possível os regimes terapêuticos (ICN, 2007, p.3).

O enfermeiro pode fazer uso de um conjunto de estratégias e habilidades comunicacionais para envolver e vincular o doente ao conjunto de recomendações prescritas. Turk, Meichenbaum e Camarneiro citados por Machado (2009, p.31), propõe estratégias que os profissionais de saúde devem usar para melhorar os indicadores de adesão:

Dar instruções claras sobre o regime terapêutico, de preferência por escrito – ser claro e objetivo;

Escutar a pessoa atentamente e esclarecer – demonstrar disponibilidade;

Pedir-lhe para repetir o que tem de fazer;

Propor um regime terapêutico o mais simples possível, que tenha em consideração a opinião da pessoa e objetivos realistas;

Utilizar métodos que permitam monitorizar os comportamentos de adesão e fazer levantamento das dificuldades;

Telefonar se a pessoa faltar a uma consulta;

Referir em todas as consultas, que devem ser tão frequentes quanto necessário, a importância da adesão e reforçar os comportamentos positivos; envolver a família ou pessoa significativa”.

A adesão ao regime terapêutico, atualmente, não pode ser um exercício de aceitação passiva. Pretende-se segundo a OE (2009) envolvimento e uma parceria ativa entre doente e família com o enfermeiro, onde numa atitude de compreensão, flexibilidade e consideração pelas preferências e pelo estilo de vida do utente, se procure otimizar o regime terapêutico de modo a melhorar os indicadores de saúde individuais.

Neste contexto, verifica-se uma urgente necessidade de introduzir uma nova visão estratégica na gestão dos serviços de saúde, de ressaltar, o crucial papel da Enfermagem comunitária em todo este processo, sendo que de todos os enfermeiros, se espera um aumento do nível educativo e a utilização dos conhecimentos adquiridos, uma vez que é urgente introduzir evidência científica no processo de tomada de decisão sobre as questões da saúde. No Regulamento n.º 128/2011, publicado em 18 de fevereiro de 2011 no Diário da República, 2.ª série, que define o perfil das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública, refere que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, decorrente do seu conhecimento e experiência clínica, deve responsabilizar-se por procurar um entendimento aprofundado sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, apresentando uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), concretizando ganhos em saúde efetivos.

Uma das preocupações da Ordem dos Enfermeiros (2001) é assegurar a qualidade na prestação de cuidados e que essa qualidade se reflita num aumento dos ganhos em saúde e, por consequência, na satisfação dos doentes, também assinalado como um excelente indicador da qualidade. Neste contexto, e considerando as competências inerentes ao especialista em enfermagem de saúde comunitária, considero pertinente a caracterização deste grupo de risco que são as pessoas com DM2, procedendo ao seu diagnóstico de saúde, constituindo-se esta, como uma primeira fase do planeamento em saúde.

## **Parte II-Investigação empírica**

## **1.Contextualização, problematização e objetivos do estudo**

O estudo foi realizado em meio natural, decorrendo nos centros de saúde pertencentes, à Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) e nas consultas do serviço do hospital de dia de diabetologia e endocrinologia. do Hospital Cochin-Universitaire de Paris-França. A opção por realizar o estudo nestes locais prende-se com o facto de este ser o local onde a investigadora desenvolveu a sua prática clínica do Estágio do Curso de Mestrada em Enfermagem Comunitária e, último, ser seu local de trabalho, dado que se pretende que este estudo se constitua numa mais-valia para a qualidade de cuidados prestados a estes doentes, traduzindo-se, assim, em ganhos em saúde efetivos.

Os participantes que integram a amostra deste estudo são utentes com diagnóstico clínico de DM2 há pelo menos 6 meses, frequentam as consultas para diabéticos nos centros de saúde da ULSNE e os que frequentam as consultas no Hospital Cochin-Universitaire de Paris-França do serviço do hospital de dia de diabetologia e endocrinologia.

O recurso a pessoas com DM2 para a formação da amostra, ficou-se a dever, tal como já foi anteriormente referido, que a DM2 constitui um problema de saúde pública, devido à sua elevada prevalência, aos altos índices de morbilidade e mortalidade e também ao facto de ser uma doença crónica que não apresenta um desconforto imediato ou risco evidente tornando a adesão ao regime terapêutico um processo complexo e com baixas taxas de adesão nas pessoas com DM2.

A diabetes é uma doença que, apesar da ausência de dor física, exige do utente um grande autocontrolo com implicações significativas no seu dia-a-dia. Isto implica muito esforço, e por vezes as pessoas têm dificuldade de adaptação à doença não conseguindo integrá-la na sua vida de forma razoável, não se ajustando às novas atividades de vida que a situação de doença lhe exige.

De acordo com a OMS (2002) a informação é um fator chave para que os doentes com diabetes possam participar ativamente nas decisões acerca da sua saúde. Para tal, estes necessitam de trocar informações com os profissionais de saúde, sobre o novo regime terapêutico, isto porque muitas pessoas deixam os serviços de saúde sem saber como seguir o tratamento que lhe foi aconselhado.

Face ao exposto, a escolha deste tema, adesão ao regime terapêutico, emergiu da nossa prática profissional dado que esta é desenvolvida num serviço de diabetologia e endocrinologia. Apesar de envolvermos o utente e família no processo de cuidados, certificamo-nos frequentemente que a informação que lhe foi transmitida não conduziu ao ajustamento do autocuidado de acordo com as suas necessidades.

Como defende Gil (1991) o início de uma investigação seja qual for o fenómeno em estudo, parte sempre da identificação prévia de um determinado problema que leva a questões específicas e a definição de objetivos. O mesmo autor afirma que problema é qualquer questão não resolvida e que é objeto de discussão. Emerge de uma realidade social, e pode ser estudada tendo em vista a construção do conhecimento. A principal questão de investigação deste estudo é:

- Qual a adesão ao regime terapêutico dos utentes com DM2 dos centros de saúde de Bragança -da ULSNE e os que frequentam as consultas no Hospital Cochin-Universitaire de France-Paris dos serviços de diabetologia e endocrinologia e do hospital de dia.

- A adesão ao regime terapêutico da amostra em estudo é diferente segundo a nacionalidade, as variáveis sociodemográficas e as variáveis clínicas?

Consequente à questão de investigação emergiram os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar a adesão ao regime terapêutico dos utentes com DM2 dos centros de saúde da ULSNE e dos que frequentam as consultas no Hospital Cochin-Universitaire de France-Paris dos serviços de diabetologia e endocrinologia e do hospital de dia segundo a nacionalidade.

- Analisar se a adesão ao regime terapêutico da amostra em estudo é diferente segundo a nacionalidade, as variáveis sociodemográficas e as variáveis clínicas?

A metodologia a seguir apresentada foi escolhida em função das questões/ objetivos, dos resultados esperados e do tipo de análise que se perspetiva efetuar nesta investigação.

## 2. Abordagem metodológica do estudo

Para Tukman (2012) o método científico como processo racional e sistemático tem como finalidade proporcionar respostas aos problemas propostos, pelo que, o método a eleger, deverá ter em consideração os objetivos de investigação e os resultados esperados.

### 2.1. Tipo de estudo

Optou-se por um estudo de natureza quantitativa de plano observacional, descritivo analítico de corte transversal (Ribeiro, 2010). As pesquisas desta natureza convencionam o paradigma positivista, caracterizam-se pela obtenção de resultados numéricos, enfatizam as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana (Polit & Hungler, 2004).

Nos estudos observacionais, o investigador não intervém, apenas desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente. Os desenhos descritivos analíticos permitem a descrição do fenómeno e responder às hipóteses formuladas. O investigador que recorre a este desenho de investigação não tem como propósito encontrar relações de causalidade entre fenómenos, mas apenas, estabelecer previsões entre eles. Estes permitem estabelecer relações entre variáveis, analisando a sua magnitude e sentido dessa mesma relação. O plano é transversal porque o estudo é realizado mediante a recolha de informação num único momento (Ribeiro, 2010).

### 2.2. Classificação das variáveis segundo a sua função no estudo e hipóteses formuladas.

As variáveis estão inseridas na formulação dos objetivos e/ou hipóteses. Gil (1991) define a variável como tudo aquilo que pode assumir diferentes valores e funções, segundo os casos particulares ou circunstâncias.

No que diz respeito às variáveis, sendo a **adesão ao regime terapêutico** por parte das pessoas DM2, aquela para a qual o investigador procura explicação consideramo-la como variável dependente em estudo.

Como variáveis independentes integramos variáveis de contexto sociodemográfico (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, coabitação e setor de atividade e as clínicas (antecedentes familiares de diabetes, tempo de diagnóstico, grupo tensional, risco metabólico avaliado pelo perímetro da cintura abdominal, valores de glicémia, e IMC. Deste modo e de acordo com as variáveis selecionadas foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1: Adesão ao regime terapêutico das amostras em estudo é diferente segundo: a idade, o sexo, o estado civil, as habilitações literárias, a coabitação e os setores de atividade.

H2: Adesão ao regime terapêutico das amostras em estudo é diferente segundo os antecedentes familiares de diabetes, o tempo de diagnóstico, o grupo tensional, o risco metabólico avaliado pelo perímetro da cintura abdominal, valores de glicémia, e o IMC.

### ***2.2.1. Operacionalização das variáveis***

Para verificação das hipóteses formuladas, para aplicação dos testes da estatística inferencial, foi necessário proceder à operacionalização de algumas variáveis sócio demográficas e clínicas.

Para a idade foram constituídos dois grupos etários < a 65 anos e > ou igual a 65 anos.

Para a profissão /ocupação foi considerada a base de dados Portugal contemporâneo INE, PORDATA (2019) foram constituídos os três setores de atividade: primário, secundário e terciário.

A classificação da tensão arterial (quadro 2) foi baseada na Norma Da Direção-Geral da Saúde nº020/2011 com atualização em 2013.

**Quadro 1** – Classificação da Tensão Arterial segundo a Direção-Geral da Saúde.

<b>Categoria</b>	<b>PA Sistólica PAS mmHg</b>		<b>P A Diastólica PAD mmHg</b>
<b>Ótima</b>	<120	e	<80
<b>Normal</b>	120-129	e/ou	80-84
<b>Normal alta</b>	130-139	e/ou	85-89
<b>Hipertensão arterial Grau I</b>	140-159	e/ou	90-99
<b>Hipertensão arterial Grau II</b>	160-179	e/ou	100-109

Fonte: Direção-Geral da Saúde (2013)

Posteriormente, para a comparação de médias foi agrupada em TA: Normal, Normal alta e Hipertensão grau I e II.

Os valores da glicemia (valores de glicose plasmática (em mg/dl) tidos em conta neste estudo (quadro 3), seguiram os valores considerados pela American Diabetes Association (2014).

**Quadro 2** – Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes *mellitus* e seus estágios pré-clínicos

CATEGORIA	Jejum*	2 h após 75 g de Glicose	casual**
Glicemia normal	< 100	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	> 100 a < 126	≥ 140 a < 200	
Diabetes <i>mellitus</i>	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas clássicos)

Fonte: American Diabetes Association (2014)

Posteriormente os valores de glicemia avaliados foram dicotomizados em ≤126mg/dl vs >126mg/dl.

Índice de Massa corporal- Na avaliação antropométrica foi tido em consideração o preconizado pela OMS: na avaliação da estatura (unidade do metro - m) e no peso, (quilograma - kg). Para cálculo do Índice da Massa Corporal foi utilizada a formula  $IMC = \text{Peso} / \text{Estatura}^2$ .

No índice de massa corporal, as classificações tidas em conta basearam-se nas classificações recomendadas pela DGS (Quadro4).

**Quadro 3**-Classificação do Índice de Massa Corporal

Designação	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Classificação
Magreza severa	< 16,00	III
Magreza média	16,00–16,99	II
Magreza moderada	17,00–18,49	I
<b>Normal</b>	<b>18,50–24,99</b>	<b>Peso normal</b>
Pré-obesidade	25,00–29,99	<b>Pré-obesidade</b>
Obesidade	30,00-34,99	I
Obesidade	35,00-39,99	II
Obesidade	≥ 40,00	III

Fonte: DGS (2013) Orientação nº 017/2013 de 05/12/2013.

No IMC foram considerados cinco grupos: peso normal; pré obesidade; obesidade; obesidade grau I; obesidade grau II e obesidade grau III.

Para avaliação do perímetro da anca foi seguida a Orientação nº 017/2013 de 05/12/2013 da (DGS,2013), calculado a exemplo do perímetro da cintura, em duas medições, na zona da circunferência máxima das nádegas, (quadro 4). Este constitui um indicador antropométrico a valorizar clinicamente (do ponto de vista do risco das complicações metabólicas).

**Quadro 4** - Perímetros da cintura e anca e risco de complicações metabólicas.

<b>Designação</b>	<b><i>Cut-off point</i></b>	<b>Risco de complicações metabólicas</b>
Perímetro da cintura	>94 cm (H); >80 cm (M)	Aumentado
Perímetro da cintura	>102 cm (H); >88 cm (M)	Muito aumentado
Razão cintura/anca	≥0,90 (H) ; ≥ 0,85 (M)	Elevado

Fonte: World Health Organization, 2011. DGS (2013)

Esta variável foi operacionalizada tendo em conta o risco de complicações metabólicas. Constituíram-se três grupos: sem risco, risco aumentado; risco muito aumentado.

### 2.3. Instrumento de recolha de dados

A colheita de dados foi efetuada com recurso a um instrumento de colheita de dados (ICD) (Anexo I), aplicado através da entrevista face a face, que incorpora medidas de avaliação aferidas e validadas para a população portuguesa, sendo que a sua matriz de conceção assenta na pesquisa bibliográfica realizada. Procuramos assim recorrer a um ICD que permitisse a recolha dos dados de acordo com os objetivos do estudo, bem como as características da população.

O ICD inicia-se por uma introdução onde são explicados os objetivos do estudo e solicitada a colaboração dos doentes com diabetes *mellitus* tipo 2, sendo posteriormente estruturado em duas partes:

Parte I – Questões para caracterização sociodemográfica (sexo, idade, habilitações literárias. situação profissional, estado civil, número de elementos do agregado familiar, coabitação e setor de atividade). As questões de foro clínico, nomeadamente, se tem familiares diabéticos, há quantos anos é diabético, que tipo de tratamento, a existência de complicações associadas

à diabetes e ainda outros indicadores tais como a tensão arterial (TA), glicémia e peso/altura e IMC e perímetro abdominal que permitem avaliar o risco metabólico.

Parte II – Integra a Escala de atividades de autocuidado com a diabetes (AACD), que pretende conhecer os comportamentos dos participantes no que se relaciona com o autocuidado com a diabetes. A escala de AACD é a versão traduzida e adaptada para português por Bastos, Severo e Lopes, (2007) da escala "Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure - SDSCA" de Glasgow, Toobert, Hampson (2000).

A escala de Avaliação das Atividades de Auto-Cuidado com a Diabetes (AACD) avalia as atividades de autocuidados com a diabetes e mede indiretamente a adesão através dos níveis de autocuidado. O SDSCA de Bastos, Severo e Lopes, (2007), é uma escala multidimensional composta por 6 dimensões com uma fiabilidade, analisada através do Alfa de Cronbach de 0,47.

A escala de AACD na versão portuguesa é constituída por 24 itens, sendo que estes se encontram agrupados em 6 dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, medicação, monitorização da glicémia, cuidados com os pés e hábitos tabágicos. Cada dimensão é designada por fator, sendo:

O fator 1: alimentação geral, incluindo a alimentação saudável, a alimentação recomendada para o diabético e o consumo de frutas e vegetais.

O fator 2: alimentação específica inclui o consumo de carnes vermelhas, o consumo de pão e álcool às principais refeições, a mistura de hidratos de carbono na mesma refeição e o uso de açúcar para adoçar as bebidas

O fator 3: atividade física inclui a atividade contínua e o exercício físico específico.

O fator 4: cuidados com os pés, inclui o autoexame dos pés, secar os pés e lavar os pés.

O fator 5: medicamentos considera o item da terapêutica farmacológica.

O fator 6: monitorização da glicémia é constituída pelo item avaliação da glicémia.

A avaliação dos autocuidados foi parametrizada em dias por semana, numa escala de 0 a 7, correspondendo aos comportamentos adotados nos últimos sete dias, sendo o zero a situação menos desejável e sete a mais favorável. Para se obter consistência na direção das respostas, recodificam-se as variáveis respeitantes à dimensão da alimentação específica e que pontuariam pela negativa, invertendo a pontuação (0=7, 1=6...7=0). O score por dimensão é obtido pela soma dos itens e dividido pelo número destes. Os resultados são expressos em dias por semana, sendo que quanto maior o número de dias expressos, ou seja, quanto maior o score, maior é a adesão ao regime terapêutico.

Os hábitos tabágicos foram estudados separadamente das restantes dimensões por estarem codificados de forma diferente, tendo sido considerado para efeitos de análise a proporção de fumadores inicial e final e a média de cigarros consumida por dia, não tendo sido ponderados no cálculo da adesão, não influenciando assim o score final da mesma (Bastos, 2004).

No presente estudo e atendendo a que os hábitos tabágicos são avaliados com uma métrica diferente dos restantes itens avaliámos a confiabilidade sem as questões relativas a este consumo tendo sido obtido um valor de Alfa de Cronbach de 0,749.

A recolha de dados nos centros de saúde de Bragança e nas consultas de diabetologia e endocrinologia foram realizadas entre 3 janeiro a 15 de maio de 2018, nos gabinetes destinados às consultas de enfermagem, após ter sido obtido o consentimento informado do utente.

Como técnica da recolha de dados, considerando a heterogeneidade de literacia dos participantes, recorreu-se ao formulário - entrevista face a face realizada aos utentes que aceitaram colaborar no estudo. Esta foi realizada pelas enfermeiras que estavam devidamente identificados, foram estas ainda, que realizaram a avaliação e registos dos dados clínicos necessários e efetuaram o preenchimento de todas as questões do instrumento de recolha de dados, tendo cada entrevista durado em média de 30 minutos.

Dado que os instrumentos de recolha de dados já tinham sido validados na população portuguesa não foram submetidos a pré-teste na população em estudo.

## 2.4. População e amostra

Para Ribeiro (2010), uma população é um conjunto de pessoas ou objetos acerca das quais se pretende produzir uma conclusão. Conscientes da dificuldade em incluir todos os casos da população com DM2, delimitou-se o estudo a uma população acessível de utentes inscritos nos centros de saúde da ULNE e os utentes inscritos nas consultas do hospital de dia de diabetologia e endocrinologia do Hospital Cochin-Universitaire de Paris-França.

A mostra em estudo é um subgrupo da população acessível (Fortin, 2009; Ribeiro, 2010). Para a constituição desta conseguiu-se reunir um total de 280 utentes (240 utentes portugueses e 40 franceses).

Neste sentido, a amostra em questão corresponde aos utentes com o diagnóstico de DM2 há pelo menos seis meses, de nacionalidade portuguesa e francesa das instituições referidas,

dado que se pretende analisar se a adesão ao autocuidado destes utentes é diferente entre os dois grupos. Os utentes portugueses que participaram no estudo frequentam maioritariamente as consultas para diabéticos nos centros de Bragança e os utentes franceses correspondem aos utentes que frequentam as consultas no hospital de dia de diabetologia e endocrinologia do Hospital Cochin-Universitaire de Paris-França.

Na constituição da amostra tiveram-se em conta algumas recomendações referidas por autores como Tukman (2012) no sentido de tornar a amostra mais homogénea e evitar enviesamento dos resultados. Deste modo foram definidos alguns critérios de inclusão a considerar na seleção dos participantes, como:

- Diagnóstico de DM2 há pelo menos 6 meses
- Ter recorrido pelo menos a duas consultas no último ano,
- Capacidade de resposta e orientados no tempo e espaço.

A amostragem é o procedimento essencial num projeto de investigação, através do qual um grupo de pessoas (amostra) é incluído no estudo. Neste enquadramento, tendo por base alguns aspetos já referidos, o tipo de estudo e os seus objetivos, assim como o tempo disponível para a realização da investigação, recorreu-se à técnica de amostragem por conveniência, onde os participantes foram reunidos por interesse ou facilidade de acessibilidade (Ribeiro,2010). Desta forma podemos falar de uma amostragem acidental, por critério temporal e presencial aquando das idas às consultas ao Centro de saúde e às consultas do hospital de dia de diabetologia e endocrinologia do Hospital Cochin-Universitaire de Paris-França.

A população inicialmente prevista para o estudo, era integrar todos os centros de saúde do distrito de Bragança e embora tivessem sido enviados instrumentos de recolha de dados para os mesmos, tal não foi possível, dado que o retorno dos mesmos não se verificou. O número reduzido de utentes que integram a amostra de utentes franceses deve-se ao atraso do parecer de comissão de ética do Hospital Cochin-Universitaire de Paris-França.

## 2.5. Procedimentos éticos

A prática de investigação pressupõe o respeito por princípios éticos. Considerando que a investigação científica, de acordo com a declaração de Helsínquia, é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes releva-se fundamental que os investigadores tenham preocupações adicionais com o bem-estar dos

sujeitos dos estudos e com o respeito pelos direitos e integralidade da pessoa e respeito pelas instituições (Ribeiro, 2010).

Como princípio orientador da conduta ética na realização do trabalho tivemos em conta o respeito pelos direitos da pessoa: individualidade, liberdade, segurança, bem-estar, respeito e dignidade de cada sujeito que participou no estudo. Participação de pessoas capazes de dar consentimento informado para serem participantes.

A abordagem aos participantes foi feita através de contacto direto na Consulta de Enfermagem de Diabetes, sendo que a participação destes foi inteiramente confidencial e voluntária. De forma a garantir a privacidade e confidencialidade dos respondentes e dos dados, optamos por manter a folha do consentimento informado separado das folhas dos questionários, sendo estes últimos, posteriormente, codificados apenas numericamente de forma que não houvesse a possibilidade de identificar os participantes. Todos os respondentes foram informados sobre a natureza do estudo e da sua participação.

Os participantes foram livres para decidir se queriam ou não participar e esclarecidos que em qualquer momento da participação podiam recusar continuar a participar, não existindo qualquer tipo de consequências para o participante. O preenchimento do instrumento foi feito num gabinete, por forma a proporcionar um ambiente calmo, tranquilo e de privacidade, unicamente com a presença do enfermeiro. A sua aplicação foi feita apenas após preenchimento e obtenção do consentimento informado (Anexo III e IV).

Foram formalizados os pedidos (Anexo I e II) para a aplicação do instrumento da recolha de dados à ULSNE e ao Hôpital Cochin-Universitaire de Paris-France onde se realizou o estudo, acompanhado do respetivo projeto e instrumento de recolha de dados para parecer da comissão de ética. O projeto e respetivo instrumento de recolha de dados submetido à comissão de ética da instituição francesa, para facilitar o seu parecer, foi traduzido para a língua francesa e que facilitou a sua aplicação à população francesa. Uma vez que este estudo recorreu a um instrumento de colheita de dados elaborado por autores que não a investigadora, foi efetuado o pedido para a sua utilização aos autores que validaram a mesma na população portuguesa. (Anexo V)

Este estudo teve a colaboração e participação maioritariamente dos enfermeiros dos Centros de Saúde da ULSNE e dos enfermeiros das consultas do hospital de dia de diabetologia e endocrinologia do Hospital Cochin-Universitaire de Paris-França onde foi desenvolvido o estudo, tendo sido dadas algumas indicações que foram pertinentes aquando da colheita de dados, tais como:

De que só poderiam integrar o estudo os utentes que voluntariamente concordassem e aceitassem participar no estudo, depois de devidamente informados da natureza e objetivos do mesmo.

-Que o tempo de diagnóstico de DM2 fosse de pelo menos 6 meses e que tivessem recorrido pelo menos a duas consultas no último ano.

O prazo, inicialmente previsto para o início da colheita de dados, não foi cumprido, dada a necessidade de aguardar a obtenção de parecer de comissão de ética, pelo que atrasou todo o processo, organização e o tratamento dos dados.

## 2.6. Tratamento estatístico dos dados

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado num programa informatizada, utilizando para o efeito o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), na versão 23,0.

Para sintetizar e realçar a informação, recorreremos à estatística descritiva, designadamente: frequências – absolutas ( $n^\circ$ ) e relativas (%); medidas de tendência central – média (M); medidas de dispersão ou variabilidade – desvio padrão (DP); mínimos (X min) e máximos (X máx)

Para obter e consistência interna da escala utilizada recorreremos ao cálculo do coeficiente Alpha de Cronbach.

Para a decisão dos testes estatísticos (paramétricos ou não paramétricos) procedeu-se à análise da distribuição dos valores das variáveis em estudo através do teste Kolmogorov-Smirnov no caso da amostra total e da amostra de utentes portugueses pois ambas tinham um número de indivíduos superior a 50. Na amostra de utentes franceses, por ser inferior a 50, utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk.

A comparação de médias foi estabelecida utilizando o teste t de Student para amostras independentes ou One Way – ANOVA consoante se tratasse de duas ou mais amostras independentes. No caso da amostra de utentes franceses essa comparação foi estabelecida através dos testes de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis.

A interpretação dos dados estatísticos foi realizada com base num intervalo de confiança de 95% e, um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

### **3. Apresentação e análise dos resultados**

No presente capítulo são apresentados e analisados os resultados obtidos começando pela caracterização sociodemográfica e caracterização clínica dos utentes estudados e hábitos tabágicos. Apresentam-se de seguida os resultados em função dos objetivos previamente definidos.

#### **3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra segundo a nacionalidade**

Os dados expressos na tabela 1 permitem verificar que os utentes portugueses têm idades compreendidas entre 30 e 93 anos com uma média de  $70,24 \pm 11,9$  anos sendo que, a maioria tem idades iguais ou superiores a 65 anos ( $n=164$ ; 68,3%). Maioritariamente são casados ou vivem em união de facto ( $n=152$ ; 63,3%), pertencem ao sexo masculino ( $n=132$ ; 55,0%), têm um agregado familiar composto por dois elementos ( $n=118$ ; 49,2%). Realça-se, no entanto, que 50 pessoas (20,8%) residem sozinhos. A maioria possui o 1º ciclo do ensino básico ( $n=119$ ; 49,6%) e reside com familiares ( $n=170$ ; 70,8%), está aposentada ( $n=155$ ; 64,6%) e, maioritariamente exercem, ou exerceram, profissões ligadas ao setor primário de atividade ( $n=151$ ; 48,8%).

No que diz respeito aos utentes de origem francesa pode verificar-se que apresentam uma média de idades de  $60,18 \pm 12,1$  anos (mínimo 39 anos; máximo 85 anos) e, a maioria tem idade inferior a 65 anos ( $n=27$ ; 67,5%). Tal como os portugueses, na sua maioria são casados ou vivem em união de facto ( $n=22$ ; 55,0%), pertencem ao sexo masculino ( $n=22$ ; 55,0%). A maioria dos franceses pertence a um agregado familiar com um elemento ( $n=16$ ; 40,0%). Realce-se, no entanto, que um francês pertence a um agregado com oito elementos. Contrariamente aos portugueses, os franceses possuem maioritariamente o ensino superior ( $n=18$ ; 45,0%) e são profissionalmente ativos ( $n=23$ ; 57,5%) e trabalham ou trabalharam no setor terciário de atividade ( $n= 29$ ; 72,5%).

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica da amostra segundo a nacionalidade.

Variáveis	Portugueses		Franceses		
	N	%	N	%	
Grupo Etário	< 65 anos	76	31,7	27	67,5
	≥65 anos	164	68,3	13	32,5
	Total	240	100,0	40	100,0
		Média= 70,24 ± 11,9		Média=60,18 ±12,1	
Estado civil	Solteiro	23	9,6	6	15,0
	Casado/União de facto	152	63,3	22	55,0
	Divorciado/Separado	9	3,8	7	17,5
	Viúvo	56	23,8	5	12,5
	Total	240	100,0	40	100,0
Sexo	Feminino	108	45,0	18	45,0
	Masculino	132	55,0	22	55,0
	Total	240	100,0	40	100,0
Elementos do Agregado Familiar	Um	50	20,8	16	40,0
	Dois	118	49,2	8	20,0
	Três	25	10,4	7	17,5
	Quatro	21	8,8	5	12,5
	Cinco	3	1,3	2	5,0
	Seis	1	0,4	1	2,5
	Sete	-	--	-	--
	Oito	-	--	1	2,5
	ERPI	22	9,2	-	--
	240	100			
Habilitações Literárias	Sem estudos	51	21,3	3	7,5
	1º ciclo do ensino básico	119	49,6	4	10,0
	2º ciclo do ensino básico	22	9,2	5	12,5
	Secundário	17	7,1	10	25,0
	Superior	31	13,0	18	45,0
	Total	240	100,0	40	100,0
Coabitação	Sozinho	48	20,0	17	42,5
	Com familiar	170	70,8	23	57,5
	Estrutura Residencial	22	9,2	-	--
	Total	240	100,0	40	100,0
Situação profissional	Aposentado	155	64,6	17	42,5
	Ativo	83	34,6	23	57,5
	Desempregado	2	0,8	-	--
	Total	240	100,0	40	100,0
Setor de Atividade (inclusive antes da Reforma)	Primário	141	58,8	8	20,0
	Secundário	26	10,8	3	7,5
	Terciário	73	30,4	29	72,5
	Total	240	100,0	40	100,0

### 3.2. Caracterização clínica da amostra segundo a nacionalidade

Através da análise da tabela 2 pode verificar-se que a maioria dos utentes portugueses referiram não ter antecedentes familiares de diabetes (n=148; 61,7%). Dos 92 que responderam afirmativamente a esta questão, os antecedentes familiares mais referidos são os progenitores (n=45; 48,9%) e os irmãos n=29; 31,5). Realce-se que 4 utentes (4,3%)

referiram os filhos como familiares com diabetes. De notar que os progenitores isoladamente ou em associação com outros familiares constituem os antecedentes familiares mais frequentes.

A maioria dos utentes portugueses foi diagnosticada com a doença há menos de 10 anos (n=150; 62,5%) sendo que estes utentes têm uma média de tempo de diagnóstico da diabetes de  $11,5 \pm 8,83$  anos.

Um total de 53 utentes portugueses afirmou padecer de complicações tardias da doença, sendo o pé diabético a complicação mais frequente (n=26; 49,1%). A outra complicação mais frequente é a retinopatia diabética (n=19; 35,8%).

O tipo de tratamento mais prevalente é constituído por antidiabéticos orais (n=183; 76,3%). Verifica-se ainda que 39 utentes (16,3%) fazem tratamento misto conjugando insulina com antidiabéticos orais. Apesar do tratamento instituído os utentes portugueses apresentam médias de valores de glicemia superiores ao considerado normal (Média= $175,3 \pm 62,16$ ), resultados comprovados pelo número de utentes com valores de glicemia superiores a 126 mg/dl (n=184; 76,7%).

A amostra de utentes portugueses apresenta uma prevalência de Hipertensão arterial de 53,0% (n= 127). Se se considerar que o valor da tensão arterial para doentes diabéticos deve ser inferior a 130/80 mmHg, então esta prevalência aumenta para 73,8% (à prevalência de HTA adicionou-se a prevalência da TA normal alta).

Contrariamente aos portugueses, a maioria dos utentes franceses referiram ter antecedentes familiares de diabetes (n=25; 62,5%) sendo os progenitores (n=13; 52,0%) e os avós n=4; 16,0%). Realce-se que 2 utentes (8,0%) referiram os filhos como familiares com diabetes.

À semelhança dos portugueses, também a maioria dos utentes franceses foi diagnosticada com a doença há menos de 10 anos (n=27; 67,5%) sendo que a média de tempo de diagnóstico da doença se revelou inferior à média dos portugueses (Média =  $9,4 \pm 8,64$ ).

Um total de 25 utentes franceses afirmou padecer de complicações tardias da doença, sendo a retinopatia diabética a complicação mais frequente no caso dos utentes franceses (n=11; 44,0%). O pé diabético apresenta uma prevalência de 16,0% (n=4).

Similarmente aos portugueses, também o tipo de tratamento mais prevalente nos franceses é constituído por antidiabéticos orais (n=27; 67,5%), verificando-se também a realização de tratamento misto conjugando insulina com antidiabéticos orais em 10 utentes (25,7%).

Apesar do tratamento instituído os utentes franceses apresentam, de igual forma, médias de valores de glicemia superiores ao considerado normal (Média= $152 \pm 52,37$ ), resultados

comprovados pelo número de utentes com valores de glicemia superiores a 126 mg/dl (n=21; 52,5%).

A amostra de utentes franceses apresenta também uma prevalência de Hipertensão Arterial de 52,5% (n= 21), valor muito semelhante à prevalência de HTA nos utentes portugueses. Tendo em consideração os valores de TA de referência para os doentes diabéticos, a prevalência de HTA nos utentes franceses aumenta para 75,0%, valor mais elevado que o observado na amostra de utentes portugueses.

**Tabela 2.** Caracterização clínica da amostra segundo a nacionalidade

Variáveis		Portugueses		Franceses	
		N	%	N	%
Antecedentes familiares diabetes	Sim	92	38,3	25	62,5
	Não	148	61,7	15	37,5
	Total	240	100,0	40	100,0
Sim, quem	Pai e/ou mãe	45	48,9	13	52,0
	Pai e/ou mãe + irmão+ filho	9	9,8	-	--
	Irmãos	29	31,5	1	4,0
	Filho/Filha	4	4,3	2	8,0
	Avô	-	--	4	16,0
	Avô + pai	-	--	1	4,0
	Outros	5	5,5	4	16,0
	Total	92	100,0	25	100,0
Tempo de diabetes	< 10 anos	150	62,5	27	67,5
	10 – 20 anos	41	17,1	5	12,5
	≥20 anos	49	20,4	8	20,0
	Total	240	100,0	40	100,0
		Média=11,5±8,83		Média=9,4±8,64	
Complicações	Retinopatia	19	35,8	11	44,0
	Nefropatia	4	7,5	1	4,0
	Pé diabético	26	49,1	4	16,0
	Fibrilação auricular	1	1,9	-	--
	Pé diabético + retinopatia	2	3,8	2	8,0
	Retinopatia+ nefropatia	-	--	1	4,0
	Nefropatia + pé diabético	-	--	1	4,0
	Pé diabético + retinopatia + nefropatia	1	1,9	5	20,0
	Total	53	100	25	100,0
Grupo tensional	Ótima	24	10,0	5	12,5
	Normal	39	16,3	5	12,5
	Normal alta	50	20,8	9	22,5
	HTA grau I	106	44,2	13	32,5
	HTA grau II	21	8,8	8	20,0
	Total	240	100,0	40	100,0
Tipo de Tratamento	Insulina	18	7,4	3	7,5
	Antidiabéticos orais	183	76,3	27	67,5
	Misto	39	16,3	10	25,5
	Total	240	100,0	40	100,0
Glicemia	<126mg/dl	56	23,3	19	47,5
	>126 mg/dl	184	76,7	21	52,5
	Total	240	100,0	40	100
		Média=175,3±62,16		Média=152±52,37	

Na amostra de utentes portugueses em estudo (tabela 3), pode observar-se uma prevalência de 83,8% de risco de complicações metabólicas, da qual 22,5% corresponde a risco aumentado e 61,3% a risco muito aumentado. A prevalência de risco de complicações metabólicas é menor na amostra de utentes franceses (75%), correspondendo a 42,5% de utentes com risco aumentado e 32,5% com risco muito aumentado. Realça-se assim a maior prevalência de franceses que não apresentam risco de complicações metabólicas (25,0% nos franceses vs 16,3% nos portugueses).

No que ao IMC diz respeito, é notória a elevada prevalência de pré obesidade nas duas amostras de utentes (44,6% nos portugueses vs 47,5% nos franceses). Observa-se ainda uma elevada prevalência de obesidade na amostra portuguesa (38,3%) distribuída por 25,8% de prevalência de obesidade grau I; 7,5% de obesidade grau II, e 5,0% de obesidade grau III. A prevalência de obesidade é mais baixa na amostra de utentes franceses (20,0%) distribuída pela obesidade grau I (15,0%) e obesidade grau II (5,0%). Não se observaram casos de obesidade grau III nesta amostra.

**Tabela 3.** Caracterização antropométrica da amostra segundo a nacionalidade

Variáveis	Portugueses		Franceses		
	N	%	N	%	
Perímetro da cintura abdominal	Sem risco	39	16,3	10	25,0
	Risco aumentado	54	22,5	17	42,5
	Risco muito aumentado	147	61,3	13	32,5
	Total	240	100,0	40	100,0
IMC	Peso normal	41	17,1	13	32,5
	Pré obesidade	107	44,6	19	47,5
	Obesidade grau I	62	25,8	6	15,0
	Obesidade grau II	18	7,5	2	5,0
	Obesidade grau III	12	5,0	-	--
		240	100,0	40	100,0

### 3.3. Caracterização dos hábitos tabágicos da amostra segundo a nacionalidade

No que ao consumo de tabaco diz respeito (tabela 4) pode verificar-se que a grande maioria dos utentes portugueses (94,2%; n=226) não fumaram nenhum cigarro nos últimos sete dias aquando da aplicação do instrumento de colheita de dados e, destes 81,7% (n=196) nunca foram fumadores. Nos utentes franceses observa-se uma maior proporção de pessoas que fumaram nos sete dias que precederam a colheita de dados, sendo que 62,5% (n=25) nem fumaram, nem nunca foram fumadores.

Em média verificou-se que dos fumadores portugueses fumam em média  $5,5 \pm 4,85$  cigarros por dia, enquanto os utentes franceses evidenciaram consumir mais cigarros dado que, em média, fumam  $8,13 \pm 9,96$  cigarros por dia.

**Tabela 4.** Caraterização dos hábitos tabágicos da amostra segundo a nacionalidade

Variáveis	Portugueses		Franceses	
	N	%	N	%
Fumou um cigarro, ainda que só uma passa nos últimos 7 dias?				
Sim	14	5,8	15	37,5
Não	226	94,2	25	62,5
Total	240	100,0	40	100,0
Quando fumou o último cigarro?				
Nunca fumou	196	81,7	25	62,5
Há mais de 2 anos atrás	26	10,8	1	2,5
Um a dois anos atrás	3	1,3	-	-
Quatro a doze meses atrás	2	0,8	-	-
No último mês	3	1,3	4	10,0
Hoje	10	4,2	10	25,0
Total	240	100,0	40	100,0

### 3.4. A adesão ao regime terapêutico em utentes com diabetes DM2 segundo a nacionalidade

Os dados expressos na tabela 5 representam a distribuição percentual dos utentes portugueses e franceses de acordo com as respostas às diferentes questões insertas na escala.

Da sua análise, e no que concerne à adesão à alimentação geral, é possível observar que, 27,5% dos portugueses e igual percentagem dos franceses referiram fazer uma alimentação saudável no dia-a-dia. No que diz respeito ao cumprimento das recomendações dos profissionais de saúde, 19,% dos portugueses e 17,5% dos franceses, referiram cumprir estas recomendações.

A ingestão de frutas e legumes é mencionada ser consumida diariamente por 37,1% dos portugueses e 20% dos franceses.

Analisando a alimentação específica é possível verificar globalmente uma maior adesão. No entanto realça-se que 24,6% dos portugueses e 37,5% dos franceses costumam ingerir pão às refeições, 25% dos portugueses e 32,5% dos franceses referiram misturar hidratos de

carbono às refeições diariamente e que, nos utentes franceses se verifica que 15% costumam ingerir doces e 30% costumam adoçar as bebidas diariamente.

A adesão à prática da atividade física durante pelo menos 30 minutos diários é maior nos utentes portugueses (24%) que nos franceses (17,5%). Já a participação em atividades físicas para além do trabalho é mais elevada nos utentes franceses (17,5%) que nos portugueses (3,3%).

Observa-se que existe relativa adesão aos cuidados com os pés, realçando, no entanto que 22,1% dos portugueses e 40% dos franceses não têm o hábito de inspecionar diariamente os seus sapatos, e que há maior percentagem de franceses (70%) a terem hábitos de higiene diária dos pés e 55% também dos franceses com hábitos de secagem diária dos espaços interdigitais dos pés.

A análise da tabela permite ainda verificar que, a adesão é mais elevada no que concerne à toma da medicação, dado que 87,1% dos portugueses e 77,5% dos franceses tomam habitualmente a medicação conforme indicação dos profissionais de saúde.

Na adesão à avaliação da glicemia capilar observa-se que 25% dos utentes portugueses e a 17,5% dos utentes franceses lhes foi recomendada a avaliação da glicemia capilar e que, 20,8% dos portugueses e 15% dos franceses fizeram essa avaliação diariamente.

**Tabela 5.** Distribuição percentual dos utentes segundo as respostas às questões da escala e nacionalidade

QUESTÃO	Portugueses %								Franceses %							
	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>ALIMENTAÇÃO GERAL</b>																
1. A. Saudável	8,8	0,4	6,7	13,3	1,7	15,8	15,8	<b>27,5</b>	2,5	-	7,5	15,0	22,5	15,0	10,0	<b>27,5</b>
2. Recomendação prof. saúde	25,8	2,9	4,6	8,8	9,2	14,2	15,4	<b>19,2</b>	25,0	2,5	5,0	12,5	12,5	15,0	10,0	<b>17,5</b>
3. cinco + peças fruta/legumes	3,3	2,1	7,1	6,3	10,4	15,4	18,3	<b>37,1</b>	2,5	7,5	5,0	17,5	10,0	25,0	12,5	<b>20,0</b>
<b>ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA</b>																
4. carnes vermelhas	1,7	12,1	18,3	20,8	12,1	19,2	12,5	<b>3,3</b>	7,5	5,0	22,5	15,0	25,0	10,0	12,5	<b>2,5</b>
5. pão almoço/jantar	14,6	9,2	15,4	13,8	10,0	8,8	3,8	<b>24,6</b>	5,0	7,5	5,0	7,5	20,0	7,5	10,0	<b>37,5</b>
6. mistura alimentos (arroz...)	9,6	12,2	14,2	13,3	9,6	10,8	5,4	<b>25,0</b>	2,5	-	2,5	20,0	15,0	25,0	2,5	<b>32,5</b>
7 .>que uma bebida às refeições	52,1	12,9	7,9	8,8	4,2	2,9	2,1	<b>9,2</b>	47,5	10,0	22,5	2,5	7,5	2,5	2,5	<b>5,0</b>
8 .bebida fora refeições	63,3	11,3	10,8	4,6	1,7	2,9	1,7	<b>3,8</b>	55,0	10,0	17,5	7,5	5,0	2,5	-	<b>2,5</b>
9 Doces (mel..)	27,9	24,2	17,9	13,3	8,8	5,4	1,7	<b>0,8</b>	10,0	2,5	20,0	17,5	10,0	12,5	12,5	<b>15,0</b>
10 . adoçar bebidas	51,3	13,8	6,3	7,1	7,1	4,2	2,1	<b>8,3</b>	40,0	5,0	12,5	-	7,5	2,5	2,5	<b>30,0</b>
<b>ACTIVIDADE FÍSICA</b>																
11. 30 minutos	24,6	10,4	12,5	7,7	7,5	10,0	3,8	<b>24,2</b>	17,5	15,0	25,0	7,5	2,5	7,5	7,5	<b>17,5</b>
12 . caminhar...	58,3	9,6	10,8	5,4	6,7	2,9	2,9	<b>3,3</b>	37,5	5,0	20,0	7,5	-	7,5	5,0	<b>17,5</b>
<b>CUIDADOS COM OS PÉS</b>																
13 . Examinou pés	5,8	6,3	12,9	8,3	12,1	6,3	15,8	<b>32,5</b>	12,5	12,5	7,5	15,0	5,0	10,0	7,5	<b>30,0</b>
14 . inspeccionou sapatos	22,1	8,3	4,2	9,2	11,3	9,2	14,6	<b>21,3</b>	40,0	15,0	12,5	10,0	2,5	2,5	2,5	<b>15,0</b>
15 . Lavou pés	1,3	2,1	6,3	10,8	11,3	12,9	17,1	<b>38,3</b>	-	-	-	10,0	12,5	5,0	2,5	<b>70,0</b>
16. secou espaço interdigital	2,5	2,5	6,7	7,1	13,8	12,9	16,3	<b>38,3</b>	2,5		2,5	7,5	12,5	7,5	12,5	<b>55,0</b>
<b>MEDICAMENTOS</b>																
17. Tomou com indicação	1,3	-	0,4	2,1	2,1	2,9	4,2	<b>87,1</b>	-	-	-	-	5,0	7,5	10,0	<b>77,5</b>
18. tomou insulina com indicação	75,8	-	-	2,1	-	1,7	0,8	<b>19,6</b>	65,0	-	-	-	2,5	-	2,5	<b>30,0</b>
19. Tomou comprimidos com indicação	5,4	-	0,4	1,7	2,1	2,9	3,3	<b>84,2</b>	7,5	-	-	-	-	7,5	12,5	<b>72,5</b>
<b>MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA</b>																
20. recomendaram avaliar	5,0	20,0	10,8	15,4	14,6	7,1	2,1	<b>25,0</b>	5,0	10,0	32,5	10,0	20,0	2,5	2,5	<b>17,5</b>
21. Avaliou glicemia	12,1	21,3	14,2	9,6	14,6	5,4	2,1	<b>20,8</b>	7,5	15,0	30,0	10,0	17,5	2,5	2,5	<b>15,0</b>

### 3.5-Análise inferencial

Seguidamente apresentam-se os resultados que permitiram a verificação das hipóteses previamente formuladas

#### **H1: Adesão ao regime terapêutico na amostra em estudo é diferente segundo a nacionalidade as variáveis sociodemográficas**

Os dados expressos na tabela 6 permitem verificar que na alimentação geral, alimentação específica, cuidados com os pés, no controlo da glicémia, na toma da medicação e na adesão em geral, são os portugueses que evidenciam médias mais elevadas. No entanto, a aplicação do teste t para amostras independentes apenas confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos na alimentação específica ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 6.** Comparação das médias de adesão ao tratamento segundo a nacionalidade

Dimensões	Nacionalidade	N	Média	Estatística teste	p
Alimentação geral	Portuguesa	240	4,543	0,813	0,417
	Francesa	40	4,283		
Alimentação específica	Portuguesa	240	4,562	3,624	<0,001
	Francesa	40	3,786		
Atividade física	Portuguesa	240	2,360	-1,226	0,221
	Francesa	40	2,800		
Cuidados com os pés	Portuguesa	240	4,701	0,692	0,489
	Francesa	40	4,486		
Medicamentos	Portuguesa	240	6,650	0,245	0,806
	Francesa	40	6,600		
Glicemia	Portuguesa	240	3,465	0,661	0,509
	Francesa	40	3,212		
Adesão Global	Portuguesa	240	26,27	1,168	0,244
	Francesa	40	25,17		

A comparação de médias de adesão ao tratamento segundo o sexo (tabela 6) permite verificar que o sexo feminino evidencia médias mais elevadas tanto no global da amostra como nos portugueses nas dimensões de alimentação geral, alimentação específica e adesão global. A aplicação do teste t para amostras independentes confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de alimentação geral e alimentação específica tanto no global da amostra ( $p=0,020$  e  $p=0,001$ ) como na amostra de portugueses ( $p=0,009$  e  $p=0,003$ ). Apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas, o sexo masculino apresenta médias mais elevadas nas dimensões de cuidados com os pés, na toma

de medicamentos. No controlo glicémico, situação idêntica é observada tanto no global da amostra como nos portugueses.

No caso da amostra de doentes franceses, o sexo feminino evidencia médias mais elevadas em todas as dimensões e no global de adesão, exceto na toma de medicação. No entanto, a aplicação do teste U Mann-Whitney não confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 7.** Comparação de médias de adesão ao tratamento segundo a nacionalidade e o sexo e

Dimensões	Sexo	Global da amostra			Portugueses			Franceses		
		Média	E.T.	p	Média	E.T.	p	Média	E.T.*	p
Alimentação geral	Fem.	4,794	2,347	<b>0,020</b>	4,895	2,626	<b>0,009</b>	4,185	186,00	0,757
	Masc.	4,270			4,255			4,364		
Alimentação espec	Fem.	4,725	3,278	<b>0,001</b>	4,833	3,021	<b>0,003</b>	4,071	152,00	0,219
	Masc.	4,223			4,340			3,552		
Atividade e física	Fem.	2,384	-0,275	0,783	2,222	-0,939	0,349	3,361	143,00	0,140
	Masc.	2,455			2,474			2,341		
Cuidados com pés	Fem.	4,647	-0,199	0,843	4,648	-0,402	0,688	4,639	168,50	0,427
	Masc.	4,689			4,744			4,364		
Medicamentos	Fem.	6,564	-1,051	0,294	6,574	-0,890	0,374	6,50	193,50	0,7904
	Masc.	6,701			6,704			6,68		
Glicemia	Fem.	3,325	-0,699	0,485	3,296	-1,044	0,298	3,500	173,50	0,510
	Masc.	3,513			3,602			2,977		
Adesão Global	Fem.	26,44	0,870	0,385	26,47	0,480	0,632	26,26	153,50	0,229
	Masc.	25,86			26,12			24,28		

\*Teste U Mann-Whitney

Na tabela 7 está expressa a comparação das médias de adesão ao tratamento segundo o grupo etário no global da amostra e de acordo com a nacionalidade. Nela se pode observar que, tanto no global da amostra como na amostra de utentes portugueses, as pessoas com idades inferiores a 65 anos apresentam médias mais elevadas e estatisticamente significativas de atividade física ( $p < 0,001$  em ambos os casos), de cuidados com os pés ( $p = 0,02$  e  $p = 0,019$ ),

no controlo glicémico ( $p < 0,001$  em ambos os casos), e no global da escala ( $p = 0,002$  e  $p < 0,001$ ).

No caso da amostra de utentes franceses não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões segundo o grupo etário.

**Tabela 8.** Comparação de médias de adesão ao tratamento segundo a nacionalidade e o grupo etário.

Dimensões	Grupo etário	Global da amostra			Portugueses			Franceses		
		Méd.	E.T.	p	Méd	E.T.	p	Média	E.T.*	p
Alim geral	<65anos.	4,382	-0,847	0,398	4,452	-0,506	0,614	4,185	143,50	0,360
	≥65anos	4,578			4,585			4,487		
Alim espec	<65anos.	4,330	-1,210	0,227	4,459	-0,857	0,394	3,968	118,00	0,100
	≥65anos	4,522			4,611			3,407		
Ativ física	<65anos.	3,223	5,069	<0,001	3,329	5,217	<0,001	2,926	142,50	0,435
	≥65anos	1,958			1,912			2,538		
Cuid. Pés	<65anos.	4,998	2,331	0,020	5,109	2,354	0,019	4,685	144,50	0,376
	≥65anos	4,480			4,512			4,077		
Medicam	<65anos.	6,563	-0,890	0,374	6,50	-1,364	0,174	6,741	147,50	0,424
	≥65anos	6,683			6,71			6,307		
Glicemia	<65anos.	4,049	-3,622	<0,001	4,322	4,135	<0,001	3,279	167,50	0,820
	≥65anos	3,068			3,067			3,07		
A. Global	<65anos.	27,54	3,330	0,001	28,17	3,661	<0,001	25,78	139,50	0,303
	≥65anos	25,29			25,40			23,89		

\*Teste U Mann-Whitney

A análise das médias de adesão ao tratamento segundo o estado civil (tabela 8) e no caso da adesão à alimentação geral, permite verificar que os viúvos apresentam médias mais elevadas de adesão relativamente às pessoas com outros estados civis tanto no global da amostra, como nos portugueses e franceses. No entanto apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas na amostra total ( $p = 0,008$ ).

No caso da adesão à alimentação específica, foram os casados/união de facto que obtiveram médias mais elevadas na amostra total e amostra de utentes franceses. Nos utentes portugueses foram os viúvos que obtiveram médias mais elevadas. No entanto, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na amostra de utentes franceses ( $p = 0,025$ ).

Os casados/união de facto evidenciaram ainda médias mais elevadas de adesão à atividade física tanto na amostra total como nos utentes franceses. No caso dos utentes portugueses foram os solteiros que revelaram médias mais elevadas. A aplicação do teste One way Anova e teste de Kruskal Wallis confirmaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em todas as amostras (Amostra total:  $p < 0,001$ ; Uteses Portugueses:  $p = 0,003$ ; Uteses franceses:  $p = 0,030$ ).

Na adesão aos cuidados com os pés verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas médias segundo o estado civil na amostra total, onde os utentes casados ou em união de facto obtiveram médias mais elevadas ( $p=0,031$ ).

Os viúvos em todas as amostras apresentam médias mais elevadas de adesão à toma dos medicamentos. Apesar disso as diferenças não se mostraram estatisticamente significativas. Verificaram-se ainda diferenças estatisticamente significativas no global de adesão na amostra global ( $p=0,004$ ) onde os utentes casados ou em união de facto obtiveram as médias mais elevadas.

**Tabela 9.** Comparação das médias de adesão ao tratamento segundo a nacionalidade e o estado civil.

Dimensões	Sexo	Global da amostra			Portugueses			Franceses		
		Méd.	E.T. <sup>(1)</sup>	p	Méd	E.T. <sup>(1)</sup>	p	Média	E.T. <sup>(2)</sup>	p
Alim. Geral	Cas./UF	4,572	4,039	<b>0,008</b>	4,557	1,745	0,159	4,682	6,340	0,096
	Solteiro	4,046			4,174			3,556		
	Viúvo	4,869			4,833			5,267		
	Sep./Div	3,229			3,444			2,952		
Alim. Espec	Cas./UF	4,512	1,192	0,313	4,558	0,027	0,994	4,195	9,328	<b>0,025</b>
	Solteiro	4,365			4,509			3,801		
	Viúvo	3,893			4,597			3,000		
	Sep./Div	4,452			4,556			3,041		
Ativ. Física	Cas./UF	2,750	6,314	<b>&lt;0,001</b>	2,612	4,721	<b>0,003</b>	3,705	8,946	<b>0,030</b>
	Solteiro	2,724			2,891			2,083		
	Viúvo	1,656			1,661			1,600		
	Sep./Div	1,250			1,111			1,429		
Cuid. Pés	Cas./UF	4,875	3,003	<b>0,031</b>	4,889	2,454	0,064	4,773	2,969	0,396
	Solteiro	4,474			4,457			4,542		
	Viúvo	4,455			3,950			3,950		
	Sep./Div	3,625			3,929			3,929		
Medicamentos	Cas./UF	6,644	1,369	0,253	6,664	1,291	0,278	6,500	81,757	0,624
	Solteiro	6,310			6,261			6,500		
	Viúvo	6,803			6,786			7,000		
	Sep./Div	6,563			6,646			6,714		
Glicemia	Cas./UF	3,417	1,097	0,351	3,421	2,226	0,086	3,386	3,238	0,356
	Solteiro	4,086			4,544			2,333		
	Viúvo	3,221			3,125			4,300		
	Sep./Div	3,156			3,465			2,643		
A. Global	Cas./UF	26,77	4,591	<b>0,004</b>	26,70	1,291	0,278	27,24	1,757	0,624
	Solteiro	26,01			26,84			22,82		
	Viúvo	25,47			25,51			25,12		
	Sep./Div	21,72			22,50			20,71		

<sup>(1)</sup>Teste One Way ANOVA <sup>(2)</sup>Teste Kruskal Wallis

Na amostra total as pessoas sem escolaridade evidenciam médias mais elevadas de adesão à alimentação geral e alimentação específica. Já na amostra portuguesa são as pessoas que

possuem o ensino secundário que apresentam médias mais elevadas e, na amostra de franceses as médias mais elevadas são apresentadas pelas pessoas com o ensino superior nas duas dimensões anteriormente mencionadas. No entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Na dimensão de adesão à atividade física verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na amostra total onde as pessoas com o ensino secundário apresentaram médias mais elevadas ( $p < 0,001$ ), e na amostra de portugueses na qual as pessoas com o ensino superior se distinguiram com médias mais elevadas ( $p = 0,001$ ). Na amostra de utentes franceses não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas médias de adesão nesta dimensão, apesar de as pessoas que possuem o ensino secundário apresentarem médias mais elevadas.

Os utentes sem escolaridade evidenciam médias mais elevadas de adesão à toma da medicação tanto na amostra total, como na amostra de franceses. No entanto, as diferenças apenas evidenciaram significância estatística na amostra total ( $p = 0,002$ ). Diferenças estatisticamente significativas foram também observadas na amostra de utentes portugueses onde as pessoas com o ensino secundário obtiveram médias mais elevadas de adesão ( $p < 0,001$ ).

Na adesão à avaliação da glicemia capilar observaram-se diferenças estatisticamente significativas em todas as amostras (amostra total:  $p = 0,006$ ; portugueses:  $p = 0,007$ ; franceses:  $p = 0,038$ ) onde as pessoas com o ensino secundário obtiveram médias mais elevadas de adesão. As pessoas com o ensino secundário obtiveram de igual forma médias mais elevadas de adesão global em todas as amostras. No entanto, as diferenças apenas se evidenciaram estatisticamente significativas na amostra total ( $p = 0,009$ ) e na amostra de portugueses ( $p = 0,016$ ).

**Tabela 10.** Comparação das médias de adesão ao tratamento segundo a nacionalidade e a escolaridade.

Dimensões	Escolaridade	Global da amostra			Portugueses			Franceses		
		Méd.	E.T. <sup>(1)</sup>	p	Méd	E.T. <sup>(1)</sup>	p	Média	E.T. <sup>(2)</sup>	p
Alim. Geral	S/escol.	4,741	0,631	0,595	4,876	1,198	0,311	2,444	3,649	0,302
	E.Básico	4,378			4,383			4,296		
	E.Secund	4,716			5,000			4,233		
	E.Super.	4,506			4,473			4,611		
Alim. Espec	S/escol.	4,691	1,158	0,326	4,759	1,994	0,116	3,524	2,709	0,439
	E.Básico	4,354			4,417			3,365		
	E.Secund	4,640			5,084			3,886		
	E.Super.	4,382			4,613			3,986		
Ativ. Física	S/escol.	1,412	7,024	<b>&lt;0,001</b>	1,431	5,567	<b>0,001</b>	1,167	6,745	0,081
	E.Básico	2,457			2,496			1,833		
	E.Secund	3,185			2,559			4,250		
	E.Super.	3,010			3,161			2,750		
Cuid. Pés	S/escol.	4,338	2,231	0,085	4,427	2,017	0,112	2,833	4,602	0,203
	E.Básico	4,578			4,621			3,917		
	E.Secund	5,241			5,515			4,775		
	E.Super.	5,005			5,073			4,889		
Medicamentos	S/escol.	6,833	5,141	<b>0,002</b>	6,841	7,268	<b>&lt;0,001</b>	6,667	0,804	0,849
	E.Básico	6,727			6,731			6,667		
	E.Secund	6,741			6,882			6,500		
	E.Super.	6,102			5,807			6,611		
Glicemia	S/escol.	3,185	4,265	<b>0,006</b>	3,177	4,177	<b>0,007</b>	3,333	8,416	<b>0,038</b>
	E.Básico	3,273			3,262			3,444		
	E.Secund	4,852			5,059			4,500		
	E.Super.	3,388			3,984			2,361		
A. Global	S/escol.	25,20	3,3,937	<b>0,009</b>	25,51	3,502	<b>0,016</b>	19,97	6,351	0,096
	E.Básico	25,76			25,91			23,52		
	E.Secund	29,37			30,09			28,14		
	E.Super.	26,41			27,11			25,21		

<sup>(1)</sup>Teste One Way ANOVA    <sup>(2)</sup>Teste Kruskal Wallis

Os dados presentes na tabela 10 permitem verificar que na amostra de utentes franceses não há residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas idosas (ERPI), razão pela qual, nesta análise e nesta amostra se utilizou o teste U de Mann-Whitney para estabelecer a comparação de médias em duas amostras independentes. No que à primeira dimensão diz respeito, podem observar-se diferenças estatisticamente significativas nas médias de adesão na amostra total ( $p < 0,001$ ) e na amostra de portugueses ( $p < 0,001$ ), verificando-se que os utentes residentes em ERPI evidenciaram médias mais elevadas de adesão. Na dimensão de alimentação específica, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na amostra de utentes franceses, na qual os utentes que residem com familiares demonstram médias mais elevadas de adesão ( $p = 0,025$ ). No que à adesão à atividade física diz respeito, observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas médias de adesão em todas as amostras, sendo que, os utentes residentes com familiares obtiveram médias mais elevadas de adesão

(amostra total:  $p=0,003$ ; portugueses:  $p=0,010$  e franceses:  $p=0,045$ ). As diferenças de médias revelaram-se de igual forma estatisticamente significativas em todas as amostras no que concerne à adesão nos cuidados aos pés. Verificou-se que, na amostra total ( $p=0,002$ ) e portugueses ( $p=0,012$ ) são os utentes residentes em ERPI que demonstraram médias mais elevadas. No caso da amostra de utentes franceses ( $p=0,039$ ) são os utentes que residem com familiares aqueles que apresentam médias mais elevadas de adesão.

Na adesão à avaliação da glicémia apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas médias de adesão na amostra total ( $p=0,005$ ), na qual os utentes que residem com familiares e sós evidenciaram médias mais elevadas.

Finalmente, na adesão global observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas médias ao nível da amostra total ( $p=0,003$ ) na qual os utentes residentes em ERPI demonstraram médias mais elevadas de adesão, e na amostra de utentes franceses ( $p=0,005$ ) onde os utentes que residem com familiares obtiveram médias mais elevadas.

**Tabela 11.** Comparação das médias de adesão ao tratamento segundo a nacionalidade e coabitação

Dimensões	Cohabitação	Global da amostra			Portugueses			Franceses		
		Méd.	E.T. <sup>(1)</sup>	p	Méd	E.T. <sup>(1)</sup>	p	Média	E.T. <sup>(2)</sup>	p
Alim. Geral	Só	3,846	21,506	<0,001	3,917	19,053	<0,001	3,647	127,0	0,062
	Familiar	4,482			4,445			4,754		
	ERPI	6,667			6,667			-		
Alim. Espec	Só	4,226	3,022	0,050	4,533	1,387	0,252	3,361	114,5	0,025
	Familiar	4,466			4,515			4,099		
	ERPI	4,993			4,994			-		
Ativ. Física	Só	2,039	6,083	0,003	2,073	4,648	0,010	1,941	122,5	0,045
	Familiar	2,684			2,582			3,435		
	ERPI	1,273			1,273			-		
Cuid. Pés	Só	4,081	6,411	0,002	4,146	4,501	0,012	3,897	120,5	0,039
	Familiar	4,773			4,753			4,924		
	ERPI	5,114			5,511			-		
Medicamentos	Só	6,462	2,107	0,124	6,354	2,813	0,062	6,765	160,0	0,342
	Familiar	6,658			6,682			6,478		
	ERPI	7,000			7,000			-		
Glicemia	Só	3,515	5,359	0,005	3,781	2,955	0,054	2,765	153,0	0,254
	Familiar	3,516			3,512			3,544		
	ERPI	2,409			2,409			-		
A. Global	Só	24,69	5,927	0,003	24,80	2,700	0,069	22,38	95,0	0,005
	Familiar	26,58			26,49			27,23		
	ERPI	27,85			27,85			-		

<sup>(1)</sup>Teste One Way ANOVA <sup>(2)</sup>Teste U Mann-Whitney

Ao estabelecer a comparação de médias de adesão segundo o setor de atividade (tabela 11), verifica-se que no global da amostra ( $p=0,030$ ) e na amostra de portugueses ( $p=0,039$ ) existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias de adesão à alimentação

geral, na qual as pessoas que desenvolvem ou desenvolveram a sua atividade profissional no setor primário de atividade obtiveram médias mais elevadas de adesão.

Verificaram-se ainda diferenças estatisticamente significativas nas médias de adesão à atividade física na amostra total ( $p=0,019$ ) e na amostra de utentes franceses ( $p=0,002$ ) onde se observa que os utentes com atividade profissional no setor secundário de atividade obtiveram médias mais elevadas de adesão.

Os trabalhadores do setor secundário pertencentes à amostra total ( $p=0,018$ ) e da amostra de portugueses ( $p=0,042$ ), bem como os franceses que desenvolvem ou desenvolveram atividade profissional no setor primário ( $p=0,046$ ) obtiveram médias mais elevadas de adesão aos cuidados com os pés com diferenças estatisticamente significativas.

Observaram-se ainda diferenças estatisticamente significativas nas médias de adesão global nos utentes franceses onde os utentes do setor secundário de atividade obtiveram médias mais elevadas ( $p=0,037$ ).

**Tabela 12.** Comparação das médias de adesão ao tratamento segundo a nacionalidade e o setor de atividade.

Dimensões	Setor ativ.	Global da amostra			Portugueses			Franceses		
		Méd.	E.T. <sup>(1)</sup>	p	Méd	E.T. <sup>(1)</sup>	p	Média	E.T. <sup>(2)</sup>	p
Alim. Geral	Primário	4,767	3,542	<b>0,030</b>	4,797	3,279	<b>0,039</b>	4,250	1,485	0,476
	Secundário	4,471			4,371			5,333		
	Terciário	4,134			4,114			4,184		
Alim. Espec	Primário	4,526	0,617	0,540	4,598	0,133	0,876	3,268	2,285	0,319
	Secundário	4,448			4,495			4,048		
	Terciário	4,343			4,519			3,901		
Ativ. Física	Primário	2,124	4,014	<b>0,019</b>	2,188	1,368	0,257	1,000	12,192	<b>0,002</b>
	Secundário	3,172			2,808			6,333		
	Terciário	2,647			2,534			2,931		
Cuid. Pés	Primário	4,425	4,101	<b>0,018</b>	4,504	3,214	<b>0,042</b>	3,031	6,137	<b>0,046</b>
	Secundário	5,379			5,462			4,667		
	Terciário	4,828			4,812			4,871		
Medicamentos	Primário	6,752	2,674	0,071	6,752	3,683	<b>0,027</b>	6,750	5,530	0,130
	Secundário	6,759			6,845			5,667		
	Terciário	6,441			6,356			6,600		
Glicemia	Primário	3,258	2,104	0,124	3,231	1,849	0,160	3,750	3,667	0,160
	Secundário	3,897			3,827			4,500		
	Terciário	3,544			3,788			2,931		
A. Global	Primário	25,85	2,132	0,121	24,15	1,265	0,284	22,05	6,232	<b>0,037</b>
	Secundário	28,13			26,07			30,55		
	Terciário	25,94			24,40			25,47		

<sup>(1)</sup>Teste One Way ANOVA <sup>(2)</sup>Teste Kruskal Wallis

## H2: Adesão ao regime terapêutico da amostra em estudo é diferente segundo a nacionalidade e as variáveis clínicas

Estabeleceu-se também a comparação de médias de adesão ao tratamento segundo as variáveis clínicas. A tabela 12 mostra os resultados relativos à adesão ao tratamento segundo os antecedentes de Diabetes *Mellitus*. Da sua análise pode verificar-se que não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas médias de adesão em nenhuma das dimensões da escala nem nas médias de adesão global em nenhuma das amostras.

**Tabela 13.** Comparação das médias de adesão ao tratamento segundo a nacionalidade e os antecedentes familiares de Diabetes *Mellitus*.

Dimensões	Antecedentes	Global da amostra			Portugueses			Franceses		
		Méd.	E.T. <sup>(1)</sup>	p	Méd	E.T. <sup>(1)</sup>	p	Média	E.T. <sup>(2)</sup>	p
Alim. Geral	Sim	4,405	-0,768	0,443	4,467	-0,485	0,628	4,173	158,0	0,422
	Não	4,589			4,590			4,467		
Alim. Espec	Sim	4,361	-0,996	0,320	4,591	0,278	0,781	3,514	120,50	0,061
	Não	4,516			4,544			4,238		
Ativ. Física	Sim	2,427	0,028	0,978	2,440	0,472	0,637	2,380	140,50	0,192
	Não	2,420			2,311			3,500		
Cuid. Pés	Sim	4,756	0,674	0,501	4,832	0,864	0,338	4,480	186,50	0,978
	Não	4,608			4,619			4,500		
Medicamentos	Sim	6,581	-0,754	0,452	6,565	-0,871	0,384	6,640	174,5	0,720
	Não	6,681			6,695			6,533		
Glicemia	Sim	3,679	1,598	0,111	3,783	1,726	0,086	3,300	181,50	0,868
	Não	3,249			3,267			3,067		
A. Global	Sim	26,21	0,232	0,816	26,68	0,876	0,384	24,49	154,00	0,361
	Não	26,05			26,03			26,30		

<sup>(1)</sup>Teste t de Student    <sup>(2)</sup>Teste Mann Whitney

Os dados expressos na tabela 13 permitem verificar que tanto na amostra global como na amostra de utentes portugueses apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas nas médias de adesão à avaliação da glicémia capilar, na qual, tanto na amostra global ( $p=0,001$ ) como na amostra de utentes portugueses ( $p < 0,001$ ) são os utentes com 20 anos ou mais de diagnóstico aqueles que apresentam médias mais elevadas.

No caso da amostra de utentes franceses verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na adesão à alimentação geral onde aqueles que têm 20 anos ou mais de diagnóstico apresentam médias mais elevadas de adesão ( $p=0,039$ ), na adesão aos cuidados aos pés, na qual os utentes com menos de 10 anos de diagnóstico evidenciam médias mais elevadas de adesão ( $p=0,041$ ).

Na adesão ao cumprimento medicamentoso verifica-se que são os utentes com menos de 10 anos de diagnóstico que evidenciam médias mais elevadas, observando-se diferenças estatisticamente significativas na amostra global ( $p=0,004$ ) e na amostra de utentes portugueses ( $p=0,003$ ).

**Tabela 14.** Comparação das médias de adesão ao tratamento segundo a nacionalidade e o tempo de diagnóstico de diabetes.

Dimensões	Tempo. Diabetes	Global da amostra			Portugueses			Franceses		
		Méd.	E.T. <sup>(1)</sup>	p	Méd	E.T. <sup>(1)</sup>	p	Média	E.T. <sup>(2)</sup>	p
Alim. Geral	<10 anos	4,646	1,596	0,205	4,693	1,253	0,288	4,383	6,487	<b>0,039</b>
	10-20 anos	4,123			4,301			2,667		
	≥20 anos	4,380			4,286			4,958		
Alim. Espec	<10 anos	4,558	1,991	0,138	4,671	1,864	0,157	3,931	1,735	0,420
	10-20 anos	4,155			4,247			3,400		
	≥20 anos	4,361			4,496			3,536		
Ativ. Física	<10 anos	2,452	0,090	0,136	2,320	0,076	0,927	3,185	3,979	0,137
	10-20 anos	2,304			2,427			1,300		
	≥20 anos	2,429			2,429			2,438		
Cuid. Pés	<10 anos	4,835	2,226	0,106	4,817	0,815	0,444	4,935	6,371	<b>0,041</b>
	10-20 anos	4,397			4,457			3,900		
	≥20 anos	4,382			4,551			3,344		
Medicamentos	<10 anos	6,757	5,731	<b>0,004</b>	6,767	5,850	<b>0,003</b>	6,704	1,306	0,521
	10-20 anos	6,717			6,781			6,200		
	≥20 anos	6,639			6,163			6,500		
Glicemia	<10 anos	3,059	7,639	<b>0,001</b>	3,047	8,318	<b>&lt;0,001</b>	3,129	1,434	0,488
	10-20 anos	3,772			3,793			3,600		
	≥20 anos	4,298			4,469			3,250		
A. Global	<10 anos	26,31	0,417	0,660	26,31	0,062	0,940	26,27	4,007	0,135
	10-20 anos	25,47			26,00			21,07		
	≥20 anos	26,06			26,39			24,03		

<sup>(1)</sup>Teste One Way ANOVA <sup>(2)</sup>Teste Kruskal Wallis

Compararam-se ainda as médias de adesão ao tratamento segundo a o grupo tensional dos utentes. Os dados da tabela 14 permitem verificar que na amostra global se verificam diferenças estatisticamente significativas nas médias mais elevadas de adesão à avaliação da glicemia capilar onde os utentes pertencentes aos grupos tensionais de TA normal alta e de HTA evidenciam médias de adesão mais elevadas ( $p=0,018$ ). No caso da amostra de utentes portugueses, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de utentes ( $p=0,030$ ), nas médias de adesão à avaliação da glicemia capilar, sendo que, também nesta amostra são os utentes pertencentes aos grupos tensionais I e II que apresentam médias mais elevadas de adesão.

Na amostra de utentes franceses não se verificam diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões segundo o grupo tensional a que pertencem.

**Tabela 15.** Comparação das médias de adesão ao tratamento segundo a nacionalidade o grupo tensional.

Dimensões	Grupo tensional	Global da amostra			Portugueses			Franceses		
		Méd.	E.T. <sup>(1)</sup>	p	Méd	E.T. <sup>(1)</sup>	p	Média	E.T. <sup>(2)</sup>	p
Alim. Geral	Normal	4,269	1,101	0,334	4,259	1,230	0,294	4,333	0,075	0,963
	N. alta	4,751			4,813			4,407		
	HTA I	4,525			4,577			4,206		
Alim. Espec	Normal	4,472	0,513	0,599	4,551	0,127	0,881	3,971	3,883	0,143
	N. alta	4,586			4,643			4,269		
	HTA I	4,388			4,537			3,489		
Ativ. Física	Normal	2,589	1,996	0,138	2,437	1,702	0,184	3,550	2,608	0,271
	N. alta	2,788			2,780			2,833		
	HTA I	2,196			2,158			2,429		
Cuid. Pés	Normal	4,510	0,689	0,503	4,472	0,697	0,499	4,750	2,092	0,351
	N. alta	4,881			4,457			5,083		
	HTA I	4,666			4,758			4,107		
Medicamentos	Normal	6,726	0,476	0,622	6,730	0,805	0,449	6,700	1,136	0,567
	N. alta	6,678			6,760			6,222		
	HTA I	6,581			6,559			6,714		
Glicemia	Normal	2,801	4,067	<b>0,018</b>	2,801	3,556	<b>0,030</b>	2,650	5,593	0,061
	N. alta	3,551			3,551			2,222		
	HTA I	3,689			3,689			3,905		
A. Global	Normal	25,37	1,881	0,154	25,27	2,511	0,083	25,95	0,171	0,918
	N. alta	27,24			27,63			25,04		
	HTA I	26,04			26,24			24,85		

<sup>(1)</sup>Teste One Way ANOVA <sup>(2)</sup>Teste Kruskal Wallis

Ao analisarem-se as diferenças nas médias de adesão segundo o risco de desenvolvimento de doenças metabólicas (avaliado através do perímetro da cintura abdominal) (tabela 15), verificou-se que, na adesão à alimentação geral são os utentes com risco aumentado que apresentam médias mais elevadas de adesão; na alimentação específica os utentes de baixo risco evidenciaram médias mais elevadas de adesão; Na adesão à atividade física, no caso da amostra total e dos utentes portugueses, as médias mais elevadas acontecem nos utentes com risco aumentado, enquanto nos utentes franceses a mesma situação é verificada nos utentes de baixo risco; os utentes de baixo risco na amostra total e na amostra de utentes franceses parecem aderir mais aos cuidados com os pés, enquanto na amostra de portugueses tal é verificado nos utentes com risco aumentado; os utentes de risco aumentado tanto na amostra global como na amostra de portugueses e os utentes de baixo risco franceses evidenciam maior adesão à medicação; os utentes de baixo risco na amostra global e amostra

de portugueses, bem como os utentes de risco aumentado franceses apresentam médias mais elevadas de adesão à avaliação da glicemia capilar. No que à adesão global diz respeito, verifica-se que os utentes sem risco da amostra total e da amostra de utentes franceses apresentam médias mais elevadas de adesão, enquanto os portugueses as médias mais elevadas se verificam nos utentes de risco aumentado. Apesar disso, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas médias de adesão ao cuidado com os pés na amostra de utentes franceses ( $p=0,045$ ).

**Tabela 16.** Comparação das médias de adesão ao tratamento segundo a nacionalidade e o risco de doenças metabólicas (perímetro abdominal).

Dimensões	Risco Dças Metab (PA)	Global da amostra			Portugueses			Franceses		
		Méd.	E.T. <sup>(1)</sup>	p	Méd	E.T. <sup>(1)</sup>	p	Média	E.T. <sup>(2)</sup>	p
Alim. Geral	Sem risco	4,272	1,399	0,249	4,239	1,477	0,230	4,400	0,906	0,636
	Aumentado	4,808			4,895			4,524		
	M. Aument.	4,444			4,494			3,872		
Alim. espec	Sem risco	4,510	0,087	0,917	4,626	0,173	0,841	4,057	0,846	0,655
	Aumentado	4,411			4,622			3,739		
	M. Aument.	4,452			4,524			3,637		
Ativ. física	Sem risco	2,592	1,021	0,361	2,513	0,763	0,467	2,900	0,236	0,889
	Aumentado	2,655			2,601			2,824		
	M. Aument.	2,269			2,231			2,692		
Cuid. Pés	Sem risco	4,969	2,744	0,066	4,839	2,186	0,115	5,475	6,190	<b>0,045</b>
	Aumentado	4,954			5,107			4,471		
	M. Aument.	4,453			4,515			3,750		
Medicamentos	Sem risco	6,469	0,718	0,489	6,359	1,554	0,214	6,900	1,515	0,469
	Aumentado	6,676			6,741			6,471		
	M. Aument.	6,675			6,687			6,539		
Glicemia	Sem risco	3,989	1,965	0,142	4,112	2,796	0,063	3,500	2,961	0,228
	Aumentado	3,394			3,676			2,500		
	M. Aument.	3,272			3,214			3,923		
A. Global	Sem risco	27,80	1,874	0,155	26,69	2,628	0,074	27,23	2,157	0,340
	Aumentado	26,89			27,64			24,53		
	M. Aument.	25,56			25,67			24,41		

<sup>(1)</sup>Teste One Way ANOVA    <sup>(2)</sup>Teste Kruskal Wallis

A análise da adesão ao tratamento segundo o IMC (tabela 16), permite verificar que as pessoas em pré-obesidade tanto na amostra global como na amostra de utentes portugueses, bem como os utentes franceses com obesidade grau I apresentam médias mais elevadas de adesão à alimentação geral, mas sem diferenças estatisticamente significativas.

Os utentes franceses com peso normal e os utentes da amostra global e de portugueses com obesidade grau II evidenciam médias mais elevadas de adesão à alimentação específica. No entanto, também não existem diferenças estatisticamente significativas nessas médias.

Os utentes com peso normal em todas as amostras apresentam médias mais elevadas de adesão à atividade física quando comparados com os restantes grupos. As diferenças nas médias são estatisticamente significativas nas médias da amostra global ( $p=0,044$ ).

Os utentes com obesidade grau III da amostra global, os que apresentam obesidade grau I da amostra de utentes portugueses e os que têm peso normal dos utentes franceses têm médias mais elevadas de adesão aos cuidados com os pés relativamente aos restantes grupos. A aplicação do teste One-Way ANOVA demonstrou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de adesão aos cuidados com os pés na amostra de utentes portugueses ( $p=0,010$ ).

Os utentes da amostra global com obesidade grau II, assim como os utentes franceses no mesmo grupo de IMC apresentam médias mais elevadas de adesão à medicação no caso dos utentes portugueses são os utentes com pré-obesidade que evidenciam médias mais elevadas nesta dimensão. A aplicação do teste One-Way ANOVA demonstrou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias dos diferentes grupos na amostra global de utentes ( $p=0,001$ ).

Sem diferenças estatisticamente significativas nas médias de adesão à avaliação da glicemia capilar segundo os diversos grupos de IMC, verificamos, no entanto, que os utentes com obesidade grau II apresentam médias mais elevadas que os restantes em todas as amostras de utentes.

No global de adesão podem verificar que na amostra global e portugueses, são os utentes com obesidade grau III aqueles que apresentam médias mais elevadas de adesão ao tratamento, enquanto nos utentes franceses a média mais elevada é verificada nos utentes com pré obesidade. No entanto as diferenças não evidenciaram significância estatística.

**Tabela 17.** Comparação das médias de adesão ao tratamento da amostra segundo a nacionalidade e o IMC

Dimensões	IMC	Global da amostra			Portugueses			Franceses		
		Méd.	E.T. <sup>(1)</sup>	p	Méd	E.T. <sup>(1)</sup>	p	Média	E.T. <sup>(2)</sup>	P
Alim. geral	P Normal	4,512	1,801	0,129	4,626	2,701	0,060	4,154	5,090	0,165
	Pré-Obes	4,735			4,769			4,544		
	Obs. grau I	4,417			4,387			4,722		
	Obs. Grau II	3,650			3,907			1,333		
	Obs. Grau III	4,000			4,000			-		
Alim. espec	P Normal	4,426	0,577	0,679	4,544	2,197	0,105	4,055	4,691	0,196
	Pré-Obes	4,498			4,594			3,955		
	Obs. grau I	3,315			4,459			2,833		
	Obs. Grau II	4,771			4,937			3,286		
	Obs. Grau III	4,321			4,321			-		
Ativ. física	P Normal	2,879	2,488	<b>0,044</b>	2,878	1,395	0,260	2,885	5,573	0,134
	Pré-Obes	2,389			2,238			3,237		
	Obs. grau I	2,074			2,065			2,167		
	Obs. Grau II	1,875			2,083			0,000		
	Obs. Grau III	3,625			3,625			-		
Cuid. Pés	P Normal	4,736	0,749	0,559	4,659	4,395	<b>0,010</b>	4,981	6,981	0,073
	Pré-Obes	4,702			4,701			4,711		
	Obs. grau I	4,739			4,839			3,708		
	Obs. Grau II	4,000			4,278			1,500		
	Obs. Grau III	4,771			4,771			-		
Medicamentos	P Normal	6,167	4,656	<b>0,001</b>	6,049	0,358	0,784	6,589	1,552	0,670
	Pré-Obes	6,683			6,710			6,526		
	Obs. grau I	6,912			6,919			6,833		
	Obs. Grau II	6,950			6,044			7,000		
	Obs. Grau III	6,250			6,250			-		
Glicemia	P Normal	3,565	1,520	0,196	3,671	0,154	0,926	3,281	5,768	0,123
	Pré-Obes	3,095			3,070			3,237		
	Obs. grau I	3,691			3,774			2,833		
	Obs. Grau II	4,125			4,139			4,000		
	Obs. Grau III	3,667			3,667			-		
A. Global	P Normal	26,29	0,127	0,972	26,43	2,340	0,089	25,84	1,757	0,624
	Pré-Obes	26,10			26,08			26,21		
	Obs. grau I	26,15			26,44			23,09		
	Obs. Grau II	25,37			26,29			17,12		
	Obs. Grau III	26,63			26,63			-		

<sup>(1)</sup>Teste One Way ANOVA <sup>(2)</sup>Teste Kruskal Wallis

## 4. Discussão dos resultados

A fase da discussão dos resultados comporta uma reflexão profunda das etapas do processo de investigação, pois implica a comparação dos resultados no contexto do estudo à luz de outros estudos de investigação.

Dado que se pretende fazer a avaliação de possíveis diferenças do autocuidado: gestão do regime terapêutico segundo a nacionalidade e outras variáveis sociodemográficas e clínicas, a nacionalidade será objeto particular da nossa atenção.

A amostra em estudo foi constituída por 280 utentes com o diagnóstico clínico de DM2, (n=240; 85,71% são portugueses e n=40; 14,29% são franceses).

A análise dos resultados em relação à adesão ao regime terapêutico segundo a nacionalidade evidenciou que os utentes portugueses apresentam uma média de adesão global ao regime terapêutico ligeiramente superior (26,27) em relação à observada nos utentes franceses (25,17). As médias de adesão ao regime terapêutico obtidas no estudo são mais baixas que as verificadas por Correia (2014) em que o valor médio de adesão foi de 67,33, apresentando as mulheres uma maior adesão. Também no estudo de Roos, Baptista e Miranda (2015) foram verificadas médias de adesão global superiores (44,94) às observadas na amostra em estudo.

Em relação à alimentação geral, alimentação específica, cuidados com os pés, o controlo da glicémia, são também os portugueses que evidenciam médias mais elevadas. Em relação à nacionalidade, através da aplicação do teste *t* para amostras independentes, apenas se confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre os grupos no autocuidado relacionado com a alimentação específica. Também no estudo realizado por Roos, Baptista e Miranda (2015) foram observadas médias mais elevadas de adesão de autocuidado na alimentação geral, alimentação específica, cuidados com os pés, o controlo da glicémia e toma de medicação em relação às observadas na amostra deste estudo. A prática de exercício físico apresentou médias de adesão próximas (2,68) ligeiramente superiores às observadas no nosso estudo (2,36).

Carvalho (2003) refere que Portugal é o país da Europa em que a população menos adere à prática de exercício físico. Os resultados obtidos no nosso estudo também confirmam que os franceses em média (2,80) praticam mais exercício em relação aos portugueses (2,36). No entanto salientamos de que a prática de exercício físico dos participantes portugueses é

superior (2,36) à média verificada no estudo de Correia (2014) em que se constatou uma média muito baixa de adesão (1,00).

Apesar de todos os esforços efetuados pela equipe multidisciplinar, ainda é necessário investir na capacitação das pessoas com DM2, de modo a aumentar a adesão ao regime terapêutico. A WHO (2003) considera que no controle do diabetes *mellitus*, há muito tempo, que a falta de adesão ao tratamento, principalmente os comportamentos relacionados com estilos de vida, é um desafio que tem vindo a ser frequentemente enfrentado na prática clínica pelos profissionais de saúde. Assim, impõe-se procurar estratégias de intervenção que visem mudar os estilos de vida, melhorando a adesão ao regime terapêutico nas pessoas com diabetes.

Nos dados apresentados no Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2016), registou-se que é nas faixas etárias mais envelhecidas que se verifica uma prevalência mais elevada desta patologia. Nos resultados obtidos no Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) de 2015, a prevalência mais elevada de diabetes *mellitus*, verificou-se entre os 65-74 anos (DGS,2017). Achados que corroboram os verificados no nosso estudo nos utentes portugueses, em que a maioria (n=164; 68,3%), apresentaram idades superiores a 65 anos, com uma média de  $70,24 \pm 11,9$  anos. Resultados semelhantes tinham sido verificados por Silva, Fonseca e Rossi (2015), em que os participantes tinham mais de 60 anos.

Os utentes de nacionalidade francesa apresentam uma média de idades de  $60,18 \pm 12,1$  anos em que a maioria (n=27; 67,5%) possui uma idade inferior a 65anos.

A comparação das médias de adesão ao regime terapêutico segundo o grupo etário, no global da amostra e de acordo com a nacionalidade verificou-se que tanto no global da amostra como na amostra de utentes portugueses, as pessoas com idades inferiores a 65 anos apresentaram médias mais elevadas e estatisticamente significativas de atividade física ( $p < 0,001$  em ambos os casos, nos cuidados com os pés ( $p = 0,02$  e  $p = 0,019$ ), no controlo glicémico ( $p < 0,001$  em ambos os casos), e no global da escala ( $p = 0,002$  e  $p < 0,001$ ). Nos franceses não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões segundo o grupo etário.

Sabe-se que o risco de desenvolvimento do DM2 aumenta gradativamente após os 50 anos de idade. Para Damasceno (2005), citado Silva, Fonseca e Rossi (2015) a idade pode ser uma barreira para a adesão ao tratamento de uma doença crónica, pois, com o avanço da idade, é comum as pessoas apresentarem capacidade diminuída de compreensão das informações, como também na mobilidade física e capacidade para o autocuidado.

Os resultados observados revelaram que no total da amostra, a maioria dos utentes pertencem ao sexo masculino. O mesmo se verificou em ambos os grupos, dado que, a maioria (132, 55%) dos utentes portugueses são do sexo masculino e a mesma percentagem (22 (55%) é observada nos utentes franceses, resultados concordantes com os apresentados no Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2016) e pela DGS (2017) em que os homens apresentaram uma prevalência maior de DM2 em relação às mulheres, sendo que em ambos os casos a sua incidência aumenta com a idade. Resultados diferentes foram obtidos no estudo de Silva, Fonseca e Rossi (2015), em que a população feminina representou 71,8% dos sujeitos do estudo.

Na comparação de médias de adesão ao regime terapêutico segundo o sexo, confirmou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de alimentação geral ( $p=0,020$ ) e alimentação específica ( $p=0,001$ ) tanto no global da amostra como nos utentes de portugueses ( $p=0,009$  e  $p=0,003$ ). No controlo glicémico, situação idêntica é observada tanto no global da amostra como nos portugueses. No caso dos utentes franceses, o sexo feminino evidencia médias mais elevadas em todas as dimensões e no global de adesão, exceto na toma de medicação. No entanto, a aplicação do teste U Mann-Whitney não confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas em os grupos franceses em estudo.

Uma parte representativa ( $n^{\circ}=174;62,14\%$ ) dos participantes no estudo (portugueses  $n=152; 63,3\%$  e franceses  $n=22;55,0\%$ ) referiu viver com companheiro (a). Esse é um dado importante, pois a presença constante de um familiar pode incentivar ao tratamento correto e à prestação de cuidados diários adequados às necessidades.

O estado civil dos viúvos é também representativo nos participantes portugueses. É de salientar, que a adesão na alimentação geral se observou que são os viúvos que apresentaram médias mais elevadas de adesão quer nos participantes portugueses quer nos franceses. Através da aplicação do Teste One Way ANOVA e Teste Kruskal Wallis não se confirmaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Apenas na amostra total foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nas médias segundo o estado civil ( $p=0,008$ .) Já na adesão à alimentação específica, foram os casados/união de facto que obtiveram médias mais elevadas na amostra total, verificando-se o mesmo nos utentes franceses. Sendo estes que evidenciam diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,025$ ).

As médias mais elevadas de adesão à atividade física foram verificadas nos casados/união de facto, tanto na amostra total, como nos utentes franceses. Já nos utentes portugueses foram

os solteiros que revelaram médias mais elevadas. Os resultados estatísticos confirmam a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ) na amostra total e entre os grupos dos portugueses ( $p=0,003$ ) e dos franceses: ( $p=0,030$ ).

Nos cuidados com os pés, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,031$ ) nas médias segundo o estado civil. Os utentes portugueses casados ou em união de facto obtiveram médias mais elevadas (4,889) em relação aos franceses (4,773).

Rodrigues, Santos, Teixeira, Gonela e Zanetti, (2012) consideram que o estado civil pode interferir na DM2, já que, em alguns casos, a perda do(a) companheiro(a) provoca alterações de saúde tais como a depressão, desânimo e a perda da vontade de viver.

Para Delamater (2006) o desenvolvimento do DM2 não depende do nível de escolaridade e pode acometer pessoas de todos os níveis socioeconómicos. Já Coelho e Vilar (2012) referem que a escolaridade é um fator que pode interferir na adesão ao tratamento, pois a baixa escolaridade pode favorecer a não adesão ao plano terapêutico pela dificuldade para ler e entender a prescrição, aumentando, assim, os riscos para a saúde. Além disso, o baixo nível de escolaridade pode limitar o acesso às informações, provavelmente em razão do comprometimento das habilidades de leitura, escrita e fala, bem como à compreensão dos complexos mecanismos da doença e do tratamento (Rodrigues, Santos, Teixeira, Gonela e Zanetti, 2012).

Os utentes portugueses expressaram um baixo nível de escolaridade, em que 70,9% ( $n=170$ ) têm habilitações até ao primeiro ciclo e 9,2% ( $n=22$ ) possui o segundo ciclo. Resultados semelhantes foram encontrados por Rodrigues, Santos, Teixeira, Gonela & Zanetti (2012); Gomes-Villas Boas (2014); Silva, Fonseca & Rossi (2015).

O baixo nível de instrução apresentado por estes utentes pode vir a limitar o acesso a informações pertinentes sobre a doença, diminuindo sua compreensão face às orientações recebidas dos profissionais de saúde, dificultando dessa forma a gestão dos cuidados e, consequentemente, o controle da doença.

Considerando o nível de escolaridade como um fator que condiciona a adesão ao regime terapêutico os resultados observados, é requerido dos técnicos de saúde uma intervenção adequada, com uma abordagem capaz de motivar e capacitar os utentes a aderir a estilos de vida saudáveis diminuindo deste modo os riscos para a saúde.

Por outro lado, os utentes franceses expressam um bom nível de escolaridade (25% têm o ensino secundário e 45,0 % um nível superior). Realçamos que os utentes franceses que possuem o ensino superior apresentavam médias superiores aos portugueses de adesão na

alimentação geral e alimentação específica. Também os participantes portugueses que possuem o ensino secundário apresentam médias mais elevadas de adesão ao regime terapêutico nos comportamentos relacionados com a alimentação.

Na dimensão de adesão à atividade física verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na amostra total onde as pessoas com o ensino secundário apresentaram médias mais elevadas ( $p < 0,001$ ), e na amostra de portugueses as pessoas com o ensino superior se distinguiram com médias mais elevadas ( $p = 0,001$ ). Nos utentes franceses os resultados não evidenciam diferenças estatisticamente significativas nas médias de adesão nesta dimensão.

Salientamos que na adesão à toma da medicação foram os utentes com nível baixo de escolaridade que apresentaram médias mais elevadas tanto na amostra total, como na amostra de franceses. Confirmaram-se diferenças com significância estatística ( $p = 0,002$ ) na amostra total. Os resultados confirmam diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ) de adesão nos utentes portugueses com níveis mais baixos de escolaridade.

As pessoas com o ensino secundário obtiveram médias mais elevadas de adesão global. No entanto, as diferenças apenas se evidenciaram estatisticamente significativas na amostra total ( $p = 0,009$ ) e na amostra de portugueses ( $p = 0,016$ ).

Na amostra em estudo a maioria ( $n = 193$ ; 68,93%) dos participantes coabita com familiares ( $n = 170$ ; 70,8 % dos portugueses  $n = 23$ ; 57,5%). 48; 20,0% dos participantes portugueses  $n =$  vivem sós. Também a maioria dos franceses pertence a um agregado familiar com um elemento ( $n = 17$ ; 42,5%).

Relativamente à adesão à alimentação geral na amostra total ( $p < 0,001$ ) confirmaram-se diferenças estatisticamente significativas. Ou seja, o tipo de coabitação dos utentes interfere na adesão ao regime terapêutico. É de notar que utentes portugueses que coabitam ERPI evidenciaram médias elevadas de adesão e os resultados da estatística inferencial confirmam ( $p < 0,001$ ) que a coabitação interfere na adesão. Na dimensão da alimentação específica, nos utentes que residem com familiares verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,025$ ) na amostra de utentes franceses, sendo estes que demonstram médias mais elevadas de adesão.

Na adesão à atividade física os utentes residentes com familiares obtiveram médias mais elevadas de adesão e observaram-se diferenças estatisticamente significativas na amostra total:  $p = 0,003$ ; nos portugueses:  $p = 0,010$  e nos franceses:  $p = 0,045$ .

No que concerne à adesão nos cuidados aos pés verificaram-se resultados estatisticamente significativos na amostra total ( $p = 0,002$ ) e nos portugueses ( $p = 0,012$ ) residentes em ERPI,

sendo estes últimos que apresentam médias mais elevadas de cuidados com os pés. Em relação à amostra de utentes franceses ( $p=0,039$ ) são os que residem com familiares aqueles que apresentam médias mais elevadas de adesão.

Na adesão à avaliação da glicémia os utentes que residem com familiares e sós evidenciaram médias mais elevadas. No entanto verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas médias de adesão na amostra total ( $p=0,005$ ).

Os resultados da estatística inferencial confirmaram que a coabitação interfere com a adesão ao regime terapêutico na maioria dos domínios. Ou seja, são os utentes que coabitam com familiares que apresentam médias de adesão mais elevadas em quase todos os domínios de autocuidado. A este respeito Lessa (2012) afirma que o apoio familiar é determinante para adesão ao tratamento nas pessoas com DM tipo 2, referindo que aqueles que têm apoio e motivação por parte dos familiares, evidenciam maior prevalência de adesão ao tratamento. Na comparação das médias de adesão ao tratamento segundo o setor de atividade, no global da amostra verificou-se ( $p=0,030$ ) a existência de diferenças estatisticamente significativas tal como nos portugueses ( $p=0,039$ ). Realçamos que os participantes que desenvolvem ou desenvolveram a sua atividade profissional no setor primário de atividade obtiveram médias mais elevadas de adesão na alimentação geral.

Verificaram-se ainda diferenças estatisticamente significativas nas médias de adesão à atividade física na amostra total ( $p=0,019$ ) e na amostra de utentes franceses ( $p=0,002$ ) onde se observou que os utentes com atividade profissional no setor secundário de atividade expressam médias mais elevadas de adesão à prática de exercício físico.

Na amostra total constataram-se diferenças estatisticamente significativas na adesão aos cuidados com os pés, nos participantes que desenvolveram ou desenvolvem atividade profissional no setor secundário, tal como nos utentes portugueses ( $p=0,042$ ). Já nos utentes franceses verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,046$ ) nos que desenvolveram ou desenvolvem atividade profissional no setor primário, sendo nestes que se obtiveram médias mais elevadas de adesão aos cuidados com os pés.

Observaram-se ainda diferenças estatisticamente significativas nas médias de adesão global nos utentes franceses onde os utentes do setor secundário de atividade obtiveram médias mais elevadas de adesão global ( $p=0,037$ ).

Interpretando os resultados de adesão ao regime terapêutico considerando as variáveis clínicas segundo os antecedentes familiares de DM e a nacionalidade constatou-se 48,75% ( $n= 117$ ) da amostra no global têm antecedentes familiares de DM2. Os progenitores isoladamente ou em associação com outros familiares constituem os antecedentes familiares

mais frequentes. No entanto nos resultados da análise inferencial não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas médias de adesão em nenhuma das dimensões da escala nem nas médias de adesão global.

Dos participantes que referiram ter antecedentes familiares com DM2, os progenitores (pai e a mãe) são os mais referidos pelos portugueses e também pelos franceses. Santos (2013), afirma que se um dos pais apresentar DM2, o risco de transmitir ao filho a doença é de 1 em 7, se o diagnóstico for antes dos 50 anos e entre 1 em 13 se este for após os 50 anos. Já no caso de ambos os pais serem portadores de diabetes tipo 2, o risco do filho desenvolver a doença é de aproximadamente 50%. Indivíduos com antecedentes familiares em primeiro grau têm cerca de três vezes mais probabilidade de desenvolverem diabetes *mellitus* tipo 2. Segundo (Rosas, 2010 e Almeida, 2018), indivíduos com antecedentes familiares em primeiro grau, têm cerca de três vezes mais probabilidade de desenvolverem DM2, Para a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (2001), as causas do aparecimento da DM2 parecem estar relacionadas com uma tendência hereditária e com hábitos de vida menos saudáveis. A obesidade, o sedentarismo e uma alimentação incorreta estão na base do aparecimento desta patologia.

Uma percentagem significativa (73,0%; n=177) dos participantes no total da amostra foi-lhe diagnosticada a DM2 há menos de 10 anos (150 são portugueses (62,5%) e 27 são franceses (67,5). Resultados semelhantes aos encontrados por Silva, Fonseca e Rossi (2015), em relação ao tempo da doença, em que a maioria dos participantes referiram ter DM2 há menos de 10 anos. É importante destacar a dificuldade que as pessoas portadoras desta situação têm em determinar com exatidão o tempo que possui a doença devido ao período assintomático que precede o diagnóstico.

Realçamos quem 90 portugueses (37,5%) e em 13 franceses (32,5%) esta foi-lhe diagnosticada há mais de 10 anos. Salienta-se que apenas se verificaram na amostra global e nos utentes portugueses diferenças estatisticamente significativas nas médias de adesão à avaliação da glicémia capilar.

A WHO (2003) refere que o tempo de diagnóstico é uma variável que possui uma relação negativa com a adesão ao tratamento. Quanto maior é o tempo de diagnóstico, menor é a prevalência tempo de adesão ao tratamento. Contrariando o referido é de notar que na amostra global (p=0,001) e nos utentes portugueses (p <0,001) são os utentes com 20 anos ou mais de diagnóstico aqueles que apresentam médias mais elevadas de adesão ao regime terapêutico. Nos participantes franceses verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na adesão à alimentação geral, sendo os participantes que têm 20 anos ou mais

de diagnóstico os que apresentaram médias mais elevadas de adesão ( $p=0,039$ ). Numa revisão sistemática realizada Silva, Pais Ribeiro e Cardoso (2006) no estudo de Garay-Sevilla e colaboradores (1995) encontraram resultados que corroboram com os observados neste estudo, tendo observado que o número de anos após o diagnóstico da diabetes é o maior determinante da adesão à dieta, e consideram poder indicar que, após anos a viver com a doença, as atitudes de negação são reduzidas e os doentes progressivamente aceitam o tratamento. No mesmo sentido apontam os resultados encontrados num estudo anteriormente realizado, em que se verificou que quanto maior a duração da diabetes maior é, também, a adesão (Silva 2002 citado Silva, Pais. Ribeiro e Cardoso,2006)

No domínio de adesão aos cuidados aos pés, verificaram-se resultados estatísticos significativos ( $p=0,041$ ), nos participantes com menos de 10 anos de diagnóstico, estes demonstraram médias mais elevadas de adesão no domínio de cuidados com os pés.

No domínio de adesão à medicação verificou-se que os utentes com menos de 10 anos de diagnóstico demonstraram médias mais elevadas, observando-se diferenças estatisticamente significativas na amostra global ( $p=0,004$ ) e nos utentes portugueses ( $p=0,003$ ).

O processo de autocuidado tem o seu início no momento em que o indivíduo toma consciência do seu estado de saúde e requer um processo racional que envolve reflexão, julgamento e, por fim, tomada de decisão. Todo este processo pode ser influenciado por inúmeros fatores como a idade, género, estado de saúde, relação com a família, comunidade, cultura e participação em grupos culturais adesão ao regime terapêutico em pessoas com DM2 importância dos conhecimentos e da motivação (Neves, 2014).

Na amostra global em estudo foram observadas percentagens significativas de comorbilidades, como: o pé diabético, a retinopatia, e a nefropatia, quer nos participantes portugueses quer nos franceses, a nefropatia e a retinopatia é a mais representativa nos franceses. Já nos portugueses a complicação mais prevalente é o pé diabético ( $n=28$ ; 52,9%) seguida da retinopatia ( $n=21$ ; 39,6%). Os resultados do estudo de Silva, Pais. Ribeiro e Cardoso (2006) demonstram que os indivíduos que sofrem de sequelas da doença revelaram apresentar uma maior adesão ao tratamento do que aqueles a quem as complicações crónicas não foram diagnosticadas. É possível que o confronto com o diagnóstico das complicações crónicas aumente a perceção de vulnerabilidade e gravidade da doença e das suas sequelas, bem como a perceção dos benefícios associados à adesão aos autocuidados leve os utentes à adesão ao tratamento da diabetes.

Dados do relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes (2013) mostram que o número de doentes em internamento hospitalar por “pé diabético” tem-se mantido

relativamente constante nos últimos anos, tendo havido um ligeiro acréscimo registado no ano anterior. O pé diabético é uma complicação comum, procedente de fatores evitáveis e de significativo impacto em pacientes portadores de diabetes. O entendimento do paciente sobre a gravidade do problema e realização de ações de autocuidado podem ser cruciais na prevenção ou retardo do aparecimento de resultados adversos. O cuidado com os pés configura-se como uma atitude simples e promotora de qualidade de vida (Silva, Haddad & Rossaneis, 2013). No que diz respeito ao pé diabético, as amputações e as úlceras nos pés são consequência da neuropatia diabética e/ou doença arterial periférica e o seu reconhecimento precoce e gestão dos fatores de risco podem prevenir ou atrasar resultados adversos (ADA, 2014).

As médias de adesão ao tratamento segundo os valores de TA apresentado pela amostra global apresentaram diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,018$ ), nas médias de adesão no domínio da avaliação da glicemia capilar nos utentes que apresentaram TA normal alta e de HTA. Nos participantes portugueses, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de utentes ( $p=0,030$ ), nas médias de adesão à avaliação da glicemia capilar. Sendo os utentes pertencentes aos grupos tensionais I e II que apresentam médias mais elevadas de adesão.

O tipo de tratamento mais prevalente utilizado neste estudo pelos participantes são os Antidiabéticos orais quer pelos portugueses quer pelos franceses. Verificando-se também a realização de tratamento misto conjugando insulina com antidiabéticos orais.

O objetivo do tratamento da DM através da medicação é manter os valores de glicose no sangue dentro dos parâmetros considerados normais, para que a probabilidade de surgirem complicações seja menor. No entanto apesar do tratamento instituído os utentes portugueses e os franceses apresentaram médias de valores de glicemia superiores ( $>126$  mg/dl.) ao considerado normal, indo de encontro ao referido por (Guerra 2012), em que as pessoas com DM2 têm dificuldade na adesão ao regime terapêutico (controle metabólico, plano alimentar, atividade física e terapêutica medicamentosa).

Batista (2013) afirma que os pacientes com a diabetes não controlada apresentam um conjunto de representações negativas sobre o impacto da doença na sua vida, percecionando ausência de controlo sobre a mesma, conduzindo a uma maior intensidade dos sintomas de hiperglicemia. Por sua vez, os pacientes com diabetes controlada desenvolvem cognições de controlo pessoal e expressão de emoções positivas. Deste modo, adotam um papel ativo de adesão à dieta prescrita, ao exercício físico e medicação

A não adesão ao regime terapêutico é um problema que tem vindo a aumentar nos países desenvolvidos, sobretudo no que diz respeito à pessoa com doença crónica, acarretando grandes implicações financeiras e sociais, estimando-se que entre 30 a 50% das pessoas, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime terapêutico, facto que implica custos significativos em termos médicos e sociais. (Neves, 2014)

Os utentes portugueses em estudo apresentaram uma prevalência de 83,8% de risco de complicações metabólicas, dos quais 22,5% apresentaram um risco aumentado e 61,3% a risco muito aumentado. Já nos utentes franceses a prevalência (75%), de risco de complicações metabólicas é menor dos quais 42,5% expressando um risco aumentado e 32,5% manifestaram risco muito aumentado.

As diferenças nas médias de adesão segundo o risco de desenvolvimento de doenças metabólicas revelaram que na adesão à alimentação geral são os utentes com risco aumentado que apresentam médias mais elevadas de adesão; na alimentação específica os utentes de baixo risco evidenciaram médias mais elevadas de adesão.

Na adesão à atividade física, na amostra total, nos utentes portugueses, as médias mais elevadas foram observadas nos utentes com risco aumentado, enquanto nos utentes franceses a mesma situação é verificada nos utentes de baixo risco.

Nos cuidados com os pés são os utentes de baixo risco na amostra total, nos utentes franceses que apresentam médias de maior adesão. Já na amostra de portugueses a maior adesão é verificada nos utentes com risco aumentado.

Na adesão à medicação os utentes de risco aumentado tanto na amostra global como na amostra de portugueses e os utentes de baixo risco franceses evidenciam maior adesão.

Na adesão à avaliação da glicemia capilar os utentes de baixo risco na amostra global e amostra de portugueses, bem como os utentes de risco aumentado franceses apresentam médias mais elevadas. É de realçar que os resultados estatísticos não foram significativos nos domínios utilizados para avaliar a adesão, exceto nas médias de adesão ao cuidado com os pés na amostra nos utentes franceses ( $p=0,045$ ).

A mostra em estudo apresentou uma elevada prevalência de pré obesidade (44,6% nos portugueses vs 47,5% nos franceses). É de realçar a elevada prevalência (38,3%) de obesidade observada nos utentes portuguesa, distribuída por 25,8% obesidade grau I; 7,5% de obesidade grau II, e 5,0% de obesidade grau III. Nos utentes franceses a prevalência (20,0%) de obesidade é mais baixa (obesidade grau I (15,0%) e obesidade grau II (5,0%).

A adesão ao regime terapêutica, segundo o IMC, na amostra global e nos utentes franceses com peso normal e nos portugueses com obesidade grau II evidenciam médias mais elevadas de adesão à alimentação específica. Também na adesão à atividade física os utentes com peso normal, quer os portugueses quer os franceses apresentam médias elevadas de adesão quando comparadas com as restantes atividades. As diferenças nas médias são estatisticamente significativas nas médias da amostra global ( $p=0,044$ ).

Nos participantes com pré-obesidade na amostra global, nos utentes portugueses e nos franceses com obesidade grau I, as médias mais elevadas de adesão foram verificadas na alimentação geral.

Na amostra global a atividade dos cuidados com os pés os utentes com obesidade grau III e os utentes portugueses com obesidade grau I e os utentes franceses que têm peso normal demonstraram médias mais elevadas de adesão aos cuidados com os pés. Confirmou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de adesão aos cuidados com os pés na amostra de utentes portugueses ( $p=0,010$ ).

Os utentes da amostra global com obesidade grau II, assim como os utentes franceses no mesmo grupo de IMC apresentam médias mais elevadas de adesão à medicação no caso dos utentes portugueses são os utentes com pré-obesidade que evidenciam médias mais elevadas nesta dimensão. A aplicação do teste One-Way ANOVA demonstrou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias dos diferentes grupos na amostra global de utentes ( $p=0,001$ ). Os utentes com obesidade grau II, tanto os portugueses como os franceses apresentaram médias de adesão mais elevadas na avaliação da glicemia capilar em relação às outras atividades.

No global de adesão verificou-se que na amostra total e nos utentes portugueses, são os utentes com obesidade grau III aqueles que apresentam médias mais elevadas de adesão ao tratamento, enquanto nos utentes franceses a média mais elevada é verificada nos utentes com pré obesidade. De acordo com a Sociedade Portuguesa da Diabetes (2013) existe uma relação entre o índice de massa corporal e a diabetes e que cerca de 90% da população com esta patologia apresenta excesso de peso ou obesidade.

Os hábitos tabágicos observados na amostra global em estudo são baixos. Nos utentes portugueses 81,7% ( $n=196$  nunca fumaram e 94,2%;  $n=226$  não tinham fumado nenhum cigarro nos últimos sete dias. Já nos utentes franceses 62,5% ( $n=25$ ) não tinham fumado nos últimos sete dias, nem nunca foram fumadores. Os fumadores portugueses fumaram em média  $5,5\pm 4,85$  cigarros por dia e os utentes franceses em média, fumam  $8,13\pm 9,96$  cigarros.

A adesão ao regime terapêutico em utentes com diabetes não deve ser entendida como um processo unitário, mas multidimensional, pois estes podem aderir satisfatoriamente a um determinado cuidado do regime terapêutico, e não aderir a outros. A adesão passa pela sobreposição entre o recomendado e o que o doente faz, mas não é suficiente afirmar se adere ou não; importa determinar as razões da adesão ou não adesão. Assim, torna-se pertinente o desenvolvimento de estudos que forneçam a indicação da adesão ao regime terapêutico em pessoas portadoras da doença, no sentido da sua autogestão.

As alterações no estilo de vida, como a alimentação não saudável e a falta de atividade física regular, associadas ao aumento da esperança de vida, têm sido também referidos como responsáveis pela prevalência crescente da DM2 em Portugal, pelo que se torna fundamental que todo o diabético e comunidade em geral seja informada e capacitada para adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

## Conclusões

O controlo da DM e a prevenção de complicações envolvem o conhecimento e a execução de tarefas de autocuidado por parte dos utentes. A capacitação dos indivíduos para o autocuidado deve corresponder à primeira linha de intervenção e investimento dos enfermeiros para uma autogestão mais eficaz da doença e consequente promoção da saúde individual e coletiva.

A adesão por parte do utente ao regime terapêutico depende de vários fatores que devem ser considerados. A partir destes devem procurar-se estratégias que possam facilitar este processo, tendo por base o princípio de que cada doente é um ser único, em interação com o ambiente, com um projeto de vida, procurando constantemente o equilíbrio.

Através deste estudo pretendemos conhecer do perfil sociodemográfico e clínico das pessoas que participaram no estudo (utente português e franceses) com o diagnóstico de DM2 e analisar se estas variáveis interferem na adesão ao regime terapêutico. A avaliação desta adesão tem relevância para a prática clínica da enfermagem, pois possibilita direcionar a tomada de decisões em relação ao tratamento da pessoa com diabetes.

Os utentes portugueses a maioria (n=164; 68,3%) tem idades iguais ou superiores a 65 anos com uma média de  $70,24 \pm 11,9$  anos e 55,0%, (n=132) pertencem ao sexo masculino. Por outro lado, os utentes franceses apresentavam uma média de idades de  $60,18 \pm 12,1$  anos e a maioria tem idade inferior a 65 anos (n=27; 67,5%) e o sexo masculino apresenta a mesma percentagem (nº=22; 55,0%) que os participantes portugueses.

O estado civil mais representativo nos utentes portugueses é o de casado ou vivem em união de facto (n=152; 63,3%) e 49,2%, (n=118) têm um agregado familiar composto por dois elementos. Verificou-se que 50 utentes (20,8%) residiam sozinhos. Também os franceses a maioria são casados ou vivem em união de facto (n=22; 55,0%), 40,0% integram um agregado familiar com um elemento. É de realçar que um francês pertence a um agregado familiar com oito elementos.

As habilitações literárias mais representativas verificadas nos portugueses é o 1º ciclo do ensino básico (n=119; 49,6%) e 70,8% (n=170) residem com familiares. Note-se que 64,6% (n=155) está aposentada e maioritariamente (n=151; 48, 8%) exercem, ou exerceram, profissões ligadas ao setor primário de atividade. Por outro lado, os franceses possuem

maioritariamente o ensino superior (n=18; 45,0%), são profissionalmente ativos (n=23; 57,5%) e trabalham ou trabalharam no setor terciário de atividade (n= 29; 72,5%).

Os dados clínicos revelaram que 38,3%; (n= 92) dos utentes portugueses têm antecedentes familiares de diabetes. É de salientar que os progenitores isoladamente (n=45; 48,9%) ou em associação com outros familiares constituem os antecedentes familiares mais frequentes. Comparativamente, os utentes franceses têm na sua maioria antecedentes familiares de diabetes (n=25; 62,5%), referindo em maior proporção os progenitores (n=13; 52,0%) seguida dos avós n=4; 16,0%.

Quanto ao tempo de diagnóstico dos utentes da amostra global verificou-se que a diabetes lhe foi diagnosticada há menos de 10 anos, verificando-se idêntica situação tanto nos utentes portugueses como nos franceses.

As complicações tardias de retinopatia e pé diabético foram as mais expressivas no total da amostra em estudo. Nos utentes franceses, para além das complicações anteriores, observou-se uma prevalência de 20,0% de nefropatia.

Verificou-se uma prevalência de hipertensão arterial bastante expressiva nos dois grupos de participantes (73,8% dos utentes portugueses e 75,0% nos franceses).

O tipo de tratamento farmacológico instituído na amostra (utentes portugueses e franceses) em estudo é constituído maioritariamente por antidiabéticos orais e tratamento misto que conjuga a insulina com antidiabéticos orais. Apesar do tratamento instituído, os utentes portugueses e os franceses apresentam médias de valores de glicemia superiores 126 mg/dl. Em relação ao IMC é elevada prevalência de pré obesidade nos dois grupos de utentes (44,6% nos portugueses e 47,5% nos franceses). Constatou-se uma prevalência de obesidade mais elevada nos participantes portugueses em relação aos franceses.

Os utentes portugueses em estudo apresentam uma prevalência de 83,8% de risco de complicações metabólicas, da qual 22,5% corresponde a risco aumentado e 61,3% a risco muito aumentado. A prevalência de risco de complicações metabólicas é menor na amostra de utentes franceses (75%), correspondendo a 42,5% de utentes com risco aumentado e 32,5% com risco muito aumentado.

Os hábitos tabágicos observados na amostra global em estudo são muito baixos quer nos utentes portugueses quer nos franceses.

## **Os resultados da estatística inferencial evidenciam que:**

Se verificou que na adesão às atividades de autocuidado na alimentação geral, alimentação específica, cuidados com os pés, o controlo da glicémia, a toma da medicação e a adesão em geral, são os portugueses que evidenciam médias mais elevadas. A aplicação do teste t confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de adesão à alimentação específica ( $p < 0,001$ ), na qual os utentes franceses obtiveram médias mais elevadas.

- O sexo interfere na adesão às atividades da alimentação geral e específica na amostra no global e nos utentes portugueses. As mulheres expressam médias de adesão superiores nas atividades da alimentação geral ( $p=0,009$ ) e na alimentação específica ( $p=0,003$ ) quando comparadas com os homens.

- Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na adesão das atividades da prática do exercício físico, nos cuidados com os pés e na avaliação de glicemia quer na amostra total quer no grupo de participantes portugueses, tendo-se verificado que as pessoas com menos de 65 anos são aquelas que expressam médias de adesão mais elevadas nestas atividades. Nos portugueses com menos de 65 anos verificaram diferenças na prática de exercício físico ( $p < 0,001$ ), no cuidado com os pés ( $p=0,019$ ), na avaliação da glicemia ( $p < 0,001$ ) e um na adesão global ao regime terapêutico ( $p < 0,001$ ).

- O estado civil interfere na adesão dos portugueses ( $p=0,003$ ) e dos franceses ( $p=0,030$ ) à atividade física, ou seja, os casados e a viver em união de facto são os que apresentam médias superiores de adesão. Os resultados evidenciam ainda que os participantes franceses casados e a viver em união de facto são os que expressam médias mais elevadas de adesão na alimentação específica ( $p=0,025$ ).

- A escolaridade é uma das variáveis que evidenciou resultados estatisticamente significativos no domínio das atividades físicas, na avaliação da glicémia e na toma de medicação. Os participantes portugueses que possuem o ensino superior apresentam médias de adesão mais elevadas no domínio das atividades físicas ( $p=0,001$ ) e os que têm o ensino secundário revelam maior adesão na avaliação da glicémia ( $p=0,007$ ), tal como os franceses ( $p=0,038$ ). Mas por outro lado, são os participantes portugueses sem escolaridade que expressam médias mais elevadas na toma de medicação ( $p < 0,001$ ).

- Verificaram-se resultados estaticamente significativos nos utentes portugueses nos domínios da alimentação geral ( $p < 0,001$ ), na prática de exercício físico ( $p = 0,010$ ) e no cuidado como os pés ( $0,012$ ). Nos franceses verificaram-se resultados estatísticos significativos no domínio da alimentação específica ( $p = 0,025$ ), na prática de exercício físico ( $p = 0,045$ ) e cuidados como os pés ( $0,039$ ) e na adesão global ( $p = 0,005$ ) observando-se ainda que são os utentes que residem com a família que revelam maior adesão nestas atividades. É de realçar que nos portugueses são os utentes a residir em instituições que apresentam maior adesão na alimentação em geral e nos cuidados com os pés.

- Observaram-se resultados estatisticamente significativos nos participantes portugueses nos domínios da alimentação geral ( $p = 0,039$ ), cuidados com os pés ( $p = 0,042$ ) e toma de medicação ( $p = 0,027$ ) segundo o setor de atividade. Nos franceses foram verificados resultados estatisticamente significativos na atividade física ( $p = 0,02$ ), cuidados com os pés ( $p = 0,046$ ) e na adesão global ( $p = 0,037$ ) onde o setor secundário é o que expressa médias mais elevadas de adesão tanto nos portugueses como nos franceses. Realça-se que os portugueses do setor primário são os que expressaram médias mais elevadas no domínio da alimentação geral.

Quanto às médias de adesão ao regime terapêutico segundo as variáveis clínicas da amostra:

- Não se verificaram diferenças estatísticas na adesão ao regime terapêutico segundo os antecedentes familiares.

- Confirmaram-se diferenças estatísticas significativas segundo o tempo de diagnóstico nos utentes portugueses na adesão à toma da medicação ( $p = 0,003$ ) e avaliação das glicémias ( $p = 0,001$ ), tendo-se verificado que os utentes com menos de dez anos apresentam maior adesão à toma da medicação, já os utentes com o diagnóstico há 20 anos aderem mais à avaliação das glicemias. Nos utentes franceses verificaram-se resultados estatísticos significativos na adesão à alimentação em geral ( $p = 0,039$ ) e à toma da medicação ( $p = 0,041$ ). Na atividade da alimentação geral as médias de adesão mais elevadas são observadas nos utentes com o diagnóstico há 20 anos ou mais, e na toma da medicação são os utentes com menos de 10 anos de diagnóstico aqueles que expressam maior adesão.

Verificaram-se diferenças estatísticas significativas na adesão à avaliação das glicemias segundo os valores da TA na amostra total ( $p = 0,18$ ) e nos utentes portugueses ( $p = 0,030$ ),

verificando-se que as pessoas com HTA I revelam maior adesão neste domínio do regime terapêutico.

Nos utentes franceses e no que concerne à adesão ao regime terapêutico segundo o risco metabólico foram observadas diferenças estatísticas significativas no domínio dos cuidados com os pés ( $p=0,045$ ), observando-se que os utentes sem risco metabólico revelaram médias de adesão mais elevadas neste domínio.

A adesão ao regime terapêutico da amostra em estudo segundo o IMC, na amostra total verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no domínio da atividade física ( $p=0,044$ ) e na toma da medicação ( $p=0,001$ ). Na atividade física são os utentes com pré obesidade que demonstraram maior adesão, enquanto na toma da medicação as médias mais elevadas de adesão são observadas nos utentes com obesidade grau II. Nos utentes portugueses foram observados resultados estatísticos significativos no domínio dos cuidados com os pés ( $p=0,010$ ), tendo-se verificado que as pessoas com obesidade grau I são as que mais aderem a esta atividade.

O culminar desta etapa conduz-nos necessariamente à reflexão do que foi efetuado. Constatamos seguramente a existência de algumas limitações do estudo como o facto de este integrar somente os utentes com o diagnóstico de DM 2, dos centros de saúde de Bragança, da Unidade Local de Saúde do Nordeste e confinada a uma população de utentes que frequentam as consultas do serviço do hospital de dia de diabetologia e endocrinologia no Hospital Cochin-Universitaire de Paris-França.

Assim, uma das principais limitações identificadas diz respeito à impossibilidade de generalização de resultados, dado o tamanho das amostras e a seleção das mesmas através do método de amostragem não probabilística de conveniência, pelo que existe o risco desta amostra não ser representativa da população. Este facto, não desvaloriza a importância dos resultados obtidos a partir de um processo caracterizado pelo rigor.

Consideramos, no entanto, que o facto de o momento de colheita de dados se harmonizar com a deslocação tanto dos utentes portugueses como dos franceses com a ida a uma consulta programada foi benéfico, uma vez que não imputou custos acrescidos ao utente nem representou uma alteração significativa à dinâmica de funcionamento da própria unidade de saúde.

Apesar das limitações que entendemos existirem nesta investigação, consideramos que a mesma pode conduzir à melhoria dos cuidados de enfermagem, pelo que, se identificam

algumas possíveis implicações para a prática profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

### **Implicações práticas do estudo**

Os resultados observados acerca da adesão ao regime terapêutico na amostra em estudo, assim como as diferenças observadas na adesão ao regime terapêutico segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas permitiram compreender melhor as condutas de adesão nos domínios estudados, pelo que, este pode ser um ponto de partida para melhorar e/ou adequar as intervenções/estratégias que facilitem a adesão ao regime terapêutico e, desta forma, tornar possível a otimização de indicadores biológicos, o efeito do tratamento e, em última análise, a qualidade de vida do utente diabético.

O percurso desta investigação inseriu-se no âmbito de uma área com grande relevância para a prática de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública – Autocuidado: adesão ao regime terapêutico.

A relevância deste estudo relaciona-se com o papel do enfermeiro centrado essencialmente na capacitação da pessoa na gestão da sua doença. Sendo a diabetes uma doença crónica essencialmente ligada aos estilos de vida, a sua gestão é particularmente complexa, exigindo uma abordagem multifatorial por uma equipa interdisciplinar onde, o enfermeiro assume um papel ativo e fundamental, uma vez que se encontra numa posição estratégica para intervir. Nesse sentido e, de acordo com a OE, os cuidados de enfermagem têm como fundamento a interação entre enfermeiro, pessoa, família, grupos e comunidade e utilizam a metodologia científica que inclui a identificação de problemas de saúde em geral e, de enfermagem, em particular.

Constitui ainda nosso entender que no futuro devem ser realizados estudos com o objetivo de avaliar qual o efeito de intervenções de enfermagem que possam aumentar a adesão regime terapêutico e contribuir para a melhoria dos estilos de vida nestas pessoas.

## Referências bibliográficas

- Almeida, M. (2018). *Educação para a Saúde no utente com Diabetes Mellitus tipo 2: contribuição de um programa educacional baseado no empowerment*. Dissertação, Universidade do Porto.
- Almeida, H.O, Versiani E.R, Dias A.R, Novaes M.R.C.G, Trindade E.M.V. (2007). Adesão a tratamentos entre idosos. *Comunicação em Ciências da Saúde*. 18 (1). Brasília janeiro/ março. p. 57-67. Acedido a 21-11-2017, em: WWW:<URL:[http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18\\_1art07.pdf](http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_1art07.pdf).
- Amaral, A. (1997). Aspectos Psicológicos do doente com diabetes mellitus. In: J.L. Ribeiro (Ed.). *Actas do 2.º congresso Nacional de psicologia da Saúde* (pp.105-118). Lisboa:Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- ADA (1997). Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 20:1183–1197.
- American Diabetes Association (2001). Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Position statement. *Diabetes Care* 2001;24(suppl 1):S33-43. Acedido 20-12-2018,em: <http://www.scielo.br/scielophp?>
- American Diabetes Association (2008). *Standards of medical care in diabetes*. *Diabetes Care*, 31, S12- S54. Acedido a 16-08-2017, em: [http://care.diabetesjournals.org/content/31/Supplement\\_1/S12.full.pdf](http://care.diabetesjournals.org/content/31/Supplement_1/S12.full.pdf).
- American Diabetes Association (2009). Standards of medical care in Diabetes - 2009. *Diabetes Care*. Volume 32, no. Supplement 1. p.13-61.
- American Diabetes Association (2010). *Standards of Medical Care in Diabetes*. *Journal of Diabetes Care*, vol.33, Supplement I, January, p.11-61.
- American Diabetes Association (2011). Standards of medical care in Diabetes - 2011. *Diabetes Care*. Volume 34, no. Supplement 1. p.11-61.
- American Diabetes Association (2012). Standards of Medical Care in Diabetes – 2012. *Diabetes Care*. vol. 35 no. Supplement 1. p.11-63.
- American Diabetes Association (2013). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 36 (suppl. 1):S67-74.
- American Diabetes Association (2014). *Diagnosis and classification of diabetes mellitus*. *Diabetes Care*. 2014;(supplement) 37: S81-90. Acedido a 21—02-2019, em:<https://doi.org/10.2337/dc14-S081>
- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal –APDP (2001). *Viver com a diabetes*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. (2011). *Entender a diabetes: Complicações*. Acedido a 23-12-2018, em: <http://www2.apdp.pt/conteudo.aspx?id=16&idm=7&area=Complica%C3%A7%C3%B5es>.
- American College of Sports Medicine & American Diabetes Association (2000). Physical activity/exercise and diabetes. *Diabetes Journal*, 42, 126-138.
- Amaral, A. (1997). Aspectos Psicológicos do doente com diabetes mellitus. In: J.L. Ribeiro (Ed.). *Actas do 2.º congresso Nacional de psicologia da Saúde* (pp.105-118). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Bastos, F.S. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: Participação das esposas no plano educacional*. Tese de Mestrado, Universidade do Porto-Faculdade de Medicina, Portugal. Acedido a 11-10-2017 em: [repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9654/3/5038\\_TM\\_01\\_P.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9654/3/5038_TM_01_P.pdf).
- Bastos, F.; Severo, M. & Lopes, C. (2007). Propriedades Psicométricas da Escala de Autocuidado com a Diabetes Traduzida e Adaptada. *Acta Médica Portuguesa*. Acedido a 23-11-2017., em [WWW:<URL:http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/1/11-20.pdf](http://WWW:<URL:http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/1/11-20.pdf).
- Batista, L. (2013). Representações cognitivas da Diabetes, conhecimentos acerca da doença e autocuidados : um estudo com Diabéticos Tipo II controlados e não controlados. *Dissertação, Universidade Católica Portuguesa*, 8-10
- Caldeira, j.& André, O.1989). Alimentação e exercício físico na diabetes mellitus. *Acta Medica Portuguesa*; supl. 1:5-8.
- Campbell, R. K., & Martin, T. M. (2009). The Chronic Burden of Diabetes. *The American Journal of Managed Care*, vol. 15, n. 9, p.248-S254.
- Carvalho M. (2003). *Onde estamos e para onde vamos na diabetes em Portugal e no Mundo*. Boletim da Sociedade Portuguesa de Diabetologia; 7:6-9.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão beta 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002. 227 p.
- Coelho, M. S. & Silva, D. M. G. V. (2012). *Grupo de Educação-Apoio: Visualizando Autocuidado com os Pés das Pessoas com Diabetes Mellitus*. Acedido a 16-09-2018, em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5101/332>
- Correia, C. I. S. (2014). *Adesão ao regime terapêutico na pessoa com diabetes tipo 2*. Tese de Mestrado em Educação para a Saúde. Instituto Politécnico de Viseu-Escola Superior de Saúde.
- Decreto-Lei nº 128/2011(2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República. II Série, número 35/2011 (18-02-2011), p.8667-8669.
- Delamater, A. (2006). Improving Patient Adherence. *Diabetes Care*, 24 (2), 71-77

- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A, Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40: 201-219.
- Direção Geral da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Circular Normativa N. °23/DSCS de 14/11/07. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2011a). Plano Nacional de Saúde 2011- 2016: “*Prevenção da diabetes e a promoção da saúde*”. Acedido a 25-11-2017, em: [https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF\\_](https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF_)
- Direção-Geral da Saúde (2011b). Circular Normativa nº2/2011. *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*. Lisboa: DQS/PNPCD.
- Direção-Geral da Saúde (2013a). Orientação nº 017/2013 de 05/12/2013 do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2013b). Norma nº 026/2011 de 29/09/2011 atualizada a 19/03/2013. Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, DGS.
- Direção Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para a Diabetes 2017*. Direção Geral da Saúde. Acedido a 04-02-2018, em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-adiabetes/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx> 31
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gil, A. C. (1991). *Como elaborar um projeto de Pesquisa*. (3ª-ed.), S. Paulo: Atlas.
- Guerra, M. T. (2012). *Empoderamento da pessoa com diabetes tipo 2*. Dissertação, Instituto Politécnico de Beja, 39-42.
- Guerra, C.; Nunes, H.; Dias, I.; & Ribeiro, M. (2006). Importância da prática de actividade física no tratamento da diabetes mellitus. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 3, 27-29.
- Hanas, R. (2007). *Diabetes tipo 1 em crianças, adolescentes e jovens adultos*. Lisboa: Lidel.
- Henriques, M. A. P. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: Eficácia Lisboa: das intervenções de enfermagem*. Tese de doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa. Acedido a 04-09-2017, em: <https://core.ac.uk/download/pdf/12423686.pdf>.
- Hesbeen, Walter (2001). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e Acção na perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- ICN (2002). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem – versão Beta 2 (1ª ed.)* Genebra: International Council of Nurses.

- Instituto Ricardo Jorge (2015). Prevalência, conhecimento e controlo da diabetes em Portugal Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico -INSEF (2015): Estado de Saúde, INSA, 2016 Acedido a 03-08-2018.<http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/3832>.
- International Diabetes Federation (2013). *Managing Older People with Type 2 Diabetes*. Bruxelas: p. 94.
- International Council of Nurses (2007). *Adherence to Long Term Therapy*. Genebra: International Council of Nurses. Acedido a 12-08-2018, em: [http://www.icn.ch/matters\\_adherence.htm](http://www.icn.ch/matters_adherence.htm).
- INE, PORDATA (2019). Base de dados Portugal contemporaneo.Acedido a 21-04-2018, em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+empregada+total+e+por+grandes+sectores+de+atividade+econ%C3%B3mica-32>.
- Institut de Veille Sanitair (2010). Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France. Acedido a 18-03-2017,em: [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=102](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=102)).
- Lessa, I. (2012). *Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância*. Ciência & Saúde Coletiva, 934-936.
- Machado, M. M. P. (2009). Adesão ao Regime Terapêutico Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. Universidade do Minho-Instituto de EducaçãoPsicologia. Acedido a 17-03-2017, em:<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-cont.pdf>.
- Magalhães, P. M. Q. P. (2009). Fatores de risco modificáveis das doenças cardiovasculares em doentes com diabetes. Tese de doutoramento. Universidade do Porto. Porto.
- Nunes, J. S. (2010). *Diabetes mellitus e obesidade*. In Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus, Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Diabetes – Uma abordagem global. Algés: Euromédice, Edições Médicas, Lda.
- Neves, M. S. P. (2014). *Adesão ao regime terapêutico em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2: importância dos conhecimentos e da motivação*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido a 12-04-2017, [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/D2013\\_1000182201221116016\\_1%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/D2013_1000182201221116016_1%20(1).pdf) em:
- OCDE (2017), *Health at a Glance*. OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Acedido a 11-09-2018, em [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en).

- Ordem dos Enfermeiros: Conselho de Enfermagem (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. *Divulgar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento* (CIPE). OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Acedido a 20-11-2018 em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/G\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/G_20Nov2010.pdf).
- Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Otawa para a promoção da saúde. Organização Mundial de Saúde. Carta de Otawa. OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2003). Adherence to long-term therapies evidence for action.” Available: [http://www.who.int/chronic\\_conditions/en/adherence\\_report.pdf](http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf)
- Organização Mundial da Saúde (2004). *Adesão aos tratamentos a longo prazo*. Provas para a ação. Acedido a 18-01-2018, em: <http://www.intro/chronic-conditions.com>.
- Paúl, C. & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Portugal, Decreto-Lei (n.º 161/96). *A regulamentação do exercício profissional da enfermagem*. Diário da República — I série-A N.º 205 — 4-9-1996. Acedido em 22-09-2018, em: [https://www.essnortecvp.pt/upload/files/Decreto-Lei-\\_161\\_96.pdf](https://www.essnortecvp.pt/upload/files/Decreto-Lei-_161_96.pdf).
- Portugal, Decreto-Lei n.º 128/2011). *Regulamento n.º 128/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*  
Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 p.8667-8669..Acedio a 13-03-2018, em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria\\_SaudPublica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf)
- Poilt, D. F; Beck, C. T. e Hungler, B. P.(2004). Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e .(5ed.),Porto Alegre: Artmed.
- Ramos, A.L. (2001). Empoderamento em saúde: o papel do enfermeiro. *The Internet Journal of Healthcare Administration*, volume 1, n. 2. Acedido a 8-02 -2018, em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9017/1/Revista%20Percurso%20n03\\_Enfermagem%20-%20Empoderamento%20em%20Sa%C3%BAde%20-%20O%20Papel%20do%20Enfermeiro.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9017/1/Revista%20Percurso%20n03_Enfermagem%20-%20Empoderamento%20em%20Sa%C3%BAde%20-%20O%20Papel%20do%20Enfermeiro.pdf).
- Ramos, N. (2007). Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos tipo 2: o papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem. Dissertação de Mestrado, apresentada à Universidade Aberta. Lisboa ,2007
- Ribeiro, J.L.P. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde*. (2ª-ed.), Porto: Legis Editora.

- Rodrigues, F.F.L, Santos, M.A, Teixeira, C.R.S; Gonela J.T; Zanetti, M .(2012). Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus *Acta Paulista Enfermagem*.25(2):284-90  
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a20v25n2.pdf>
- Rosas, S. (2010). Diagnóstico e classificação da diabetes mellitus. Em Nunes, J. (Eds). *Diabetes uma abordagem global* (pp11-20). Algés: Euromédice.
- Roos, A. C.; Baptista, D. R. & Miranda, R. C. (2015). Adesão ao tratamento de pacientes com Diabetes *Mellitus* tipo 2. *Demetra: alimentação, nutrição & saúde* 10(2); 329-346.
- Ruiz, Q. M., Ocozco, B. D.Valencia,V.P., Alarcão,B. R., De la Sem Fernandez,C. & Garcia, S.J.(2012). *Diabetes mellitus*. In:*Tratdo da medicina de familiaY comunitária.volII,(2ª-ed)*.Vol.I, Barcelona: Editora Médica Panamericana.
- Santos, M. S. (2010). *Avaliação da Adesão Terapêutica de Pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde. Universidade Cruzeiro do Sul. São Paulo. Acedido em 10, janeiro, 2019 em [http://sites.cruzeirosulvirtual.com.br/pos\\_graduacao/trabs\\_programas\\_pos/trabalhos/Mestrado\\_Ciencias\\_da\\_Saude/Maria%20do%20Socorro%20dos%20Santos\\_43.PDF](http://sites.cruzeirosulvirtual.com.br/pos_graduacao/trabs_programas_pos/trabalhos/Mestrado_Ciencias_da_Saude/Maria%20do%20Socorro%20dos%20Santos_43.PDF).
- Santos, M.J.; Monteiro, M.; Pereira, P.; Freitas, M & Marques, O. (2014). Padrão terapêutico numa população de diabéticos tipo 2: relação com o tempo de doença e nível de cuidados de saúde. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab*. 2014; 9(1):15–20. [www.elsevier.pt/rpedm](http://www.elsevier.pt/rpedm)
- Serafino, E.P. (2002).*Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. 4.<sup>a</sup> ed. New York: John Wiley & Sons.
- Sousa, M. R. (2003). *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2*. Tese de mestrado da Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia. Acedido a 18-08-2017, em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/668/1/tesefinalMS.pdf>.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2009). Factos e Números – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 2008. Lisboa. Acedido a 23-04-2017.em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4747F2BE-D534-4983-9A94-C5B7066C9731/0/i012326.pdf>.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2013). *Diabetes factos e números*. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa. Acedido a 23-04-2017.em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4747F2BE-D534-4983-9A94-.pdf>.
- Sociedade Brasileira da Diabetes (2015-2016). *Diretrizes da Sociedade Brasileira da Diabetes*. Consultado a 12 de janeiro 2018, disponível em:

<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>.

- Silva, M.(2010). *O Ser Humano e a Adesão ao Regime Terapêutico: um olhar sistémico sobre o fenómeno*. Coimbra: Formasau.
- Silva, I. (2012). *Gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com diabetes e doenças cardiovasculares. Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde. Projetos, 2012*. Acedido a 4-05-2016, em: <http://www.essaude.ipsantarém.pt/umis/umis/page/Gest%C3%A3%20dos%20regim>.
- Silva, E.C.; Haddadb, M.C.L. & Rossaneis, M.A. (2013). Avaliação de um programa sistematizado de cuidados com os pés na perspectiva dos pacientes com Diabetes Mellitus. *Unopar Ciênc. Biol. Saúde* 2013; 15(1):21-25.
- Silva, A. L.; Fonseca, G.S.S. & Rossi, V. E. C. (2015). Adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com diabetes *mellitus*. *Ciência et Praxis* v. 8, n. 16. Acedido a 02-04-2019, em:file:///C:/Users/User/Downloads/890-4822-1-PB.pdf.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2006). Adesão ao tratamento da diabetes Mellitus: a importância das características demográficas e clínicas. *Referência*, 2, 33- 41.
- Trindade, I. & Teixeira, J.A.C. (2000). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Climepsi Editores
- Tuckman, B. W. (2012). *Manual de investigação em educação: metodologia para conceber e realizar o processo de investigação*. (4ª- ed.), Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vaz, D.; Fernandes, S. M.; Santos, L.; Fernandes, J. J., Bugalho, A.; Costa, J.; Borges, M. & Carneiro, A.V. (2010). *Norma de Orientação Clínica para insulinoterapia na diabetes mellitus tipo 2*. Ed. CEMBE da FMUL, p.97.
- Vasconcelos, D. M. T. (2014). *Diabetes, Autogestão e capacitação de pessoas idosas*. Tese de mestrado apresentada na Universidade de Aveiro. Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt>
- Villas Boas, L.C.G. (2014). *Contribuição do apoio familiar nos resultados das intervenções educativas junto às pessoas com diabetes mellitus tipo2 :ensio clinico controlado randomizado*. Tese apresentada para grau de Doutor à Universidade S.Paulo. Escola de Enfermagem Ribeirão Preto. Acedido a 05-04-2018 em:file:///C:/Users/User/Downloads/LILIANCRISTIANEGOMESVILLASBOAS.pdf.
- World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary. WHO, Geneva. Acedido a30-05-2017,em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.

- World Health Organization (2002). Innovative care for chronic conditions – building blocks for action: Acedido a 24.11-2018, em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf>
- World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. WHO. (Cap. XIII, pp. 107-114). Acedido a 24.11-2018, em: <http://www.afro.who.int/en/component/k2/item/4177-a-conferencia-destaca-autonomia-comunitariacomo>.
- World Health Organization (2014-2015). *Use of glycated haemoglobin (HbA1c)*. In: *the diagnosis of diabetes mellitus*. Acedido a 24.11-2018, em: <http://www.who.int/diabetes/publications/2014-2015>, Diretrizes SBD.
- World Health Organization (2016). Informe Mundial sobre la diabetes. Acedido a 17-02-2018, em: [www.who.int/diabetes/global-report](http://www.who.int/diabetes/global-report).
- World Health Organization. (2018). *European Health Report 2018*. OMS, 14. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/379862/who-ehr-2018-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/379862/who-ehr-2018-eng.pdf?ua=1)

## **ANEXOS**

## **Anexo I - Autorização da ULSNE**

Exmo.(a) Senhor(a)  
IPB – Escola Superior de Saúde  
A/c: Professora Doutora Adília Fernandes  
Av. D. Afonso V  
5300 – 121 Bragança

17 10-10 1459 006425

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
2017/00058	246/ 02-10-2017	Nº: PROC. Nº:	16-10-2017

**Assunto: Pedido de Colaboração**

Na sequência do pedido efetuado por V. Ex<sup>o</sup>, referente ao Proc. acima mencionado, informo que segundo o parecer do Sr<sup>o</sup> Enf<sup>o</sup> Diretor da ULSNE, é autorizado á aluna Marta Sousa do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitaria a aplicação de um questionário nos Centros de Saude afetos á Unidade Local de Saude do Nordeste, com o tema "Capacitação e adesão ao regime terapêutico da pessoa portadora de diabetes mellitus tipo 2", uma vez que nada lesa a instituição e o procedimento dos questionários é voluntário.

Mais se informa que deve ser garantido pela requerente a distribuição e recolha dos questionários.

Com os melhores cumprimentos,

O Serviço de Desenvolvimento e Formação



## **Anexo II-Autorização do Hospital Universitário de Paris**



**Hôpital COCHIN**  
27 rue du Faubourg Saint Jacques  
75014 Paris  
FINESS : 750100166

**Direction des Soins et des  
Activités Paramédicales**

Mme Béatrice MOIGNE-GIARD,  
Directeur des soins adjoint  
[beatrice.moigne-giard@aphp.fr](mailto:beatrice.moigne-giard@aphp.fr)

M. Christophe GUENOT, Directeur  
[christophe.guenot@aphp.fr](mailto:christophe.guenot@aphp.fr)

*Mme Marta De Sousa*  
21 rue des Cloys  
75015 Paris

Paris, le 22 janvier 2018

Objet : Autorisation

Par la suite de votre demande la DSAP

- Autorise par la présente lettre Mme *De Sousa Marta Isabel* à :  
Réaliser l'application d'un questionnaire concernant la capacitation et l'adhésion à un régime thérapeutique des personnes atteintes d'un diabète mellitus type2, inscrits dans les services HDI consultation et Hospitalisation de Diabétologie de l'Hôpital Saint Vincent Paul à Paris-France.
- L'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée, ainsi que retranscrite et anonymisée à des fins de recherche dans le cadre du Master en Soins infirmiers communautaires de l'école supérieure de santé de l'institut polytechnique à Bragança Portugal.

Cordialement,

La direction des soins et des activités paramédicales

### **Anexo III. Consentimento Informado**

## Consentimento Informado

### Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se tiver alguma dúvida relativamente a esta proposta, não hesite em solicitar esclarecimento. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** capacitação e adesão ao regime terapêutico da pessoa portadora de diabetes mellitus tipo 2.

**Enquadramento do estudo:** a diabetes tipo 2 é um problema crescente com grande impacto social e económico uma vez que implica uma grande carga nos custos psicossociais e económicos, quer para os doentes e famílias quer para o Sistema Nacional de Saúde. É também um problema de grande impacto na pessoa, a forma como ela é percebida por esta, dependendo das suas representações de saúde e doença, as estratégias que a pessoa adota face à nova situação de saúde, podem influenciar os comportamentos de adesão ao regime terapêutico e, conseqüentemente, o controlo da patologia, o que se poderá refletir no seu estado de saúde. Deste modo, é fundamental analisar a capacitação e a adesão das pessoas com diabetes tipo2 no sentido promover a aquisição de conhecimentos e habilidades para o autocuidado nas atividades e tratamento da doença de forma a prevenir as complicações a ela associadas.

**Explicação do estudo:** O objetivo principal é analisar a capacitação e a adesão ao regime terapêutico das pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Para isso, terá de ser aplicado um questionário às pessoas com diabetes mellitus tipo2 que permita analisar a capacitação e adesão ao regime terapêutico.

**Condições:** A sua participação neste estudo é voluntária e assenta na gratuidade e altruísmo. Tem o direito de recusar a sua participação no estudo a qualquer momento, sem que daí advinha qualquer prejuízo para si.

**Confidencialidade e anonimato:** É garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. Após preenchimento do questionário, os seus dados serão tratados anonimamente e a sua identificação nunca será tornada pública.

### Agradecemos a sua colaboração.

A equipa de investigação responsável por este estudo:

- Maria Augusta Mata
- Eugénia Anes
- Marta Sousa

.....  
*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 neste estudo sem qualquer tipo de conseqüências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.*

**Este documento é composto de 1 página e feito em duplicado:  
uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente**

## Consentement Informé

### Consentement libre et éclairé pour participer à l'investigation

*Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.*

**Titre de l'étude :** La capacité et l'adhésion au régime thérapeutique des personnes atteintes des diabètes mellitus type 2

**Cadre de l'étude:** La diabète type 2 est un problème majeur avec un impact économique et social importantes, impliquant une charge dans les coûts psychosociaux et économiques, tant pour le patient et son entourage comme le SNS.

C'est aussi un problème ayant un impact majeur dans la personne, la façon dont elle est aperçue par soi-même en fonction de ses représentations des états de santé et de maladie, des stratégies adoptées par la personne face à une nouvelle situation de santé, pouvant influencer ses comportements et l'adhésion à un régime thérapeutique et, en conséquence, le contrôle de la pathologie ce qui pourra se refléter dans son état de santé.

Ainsi, il est indispensable d'analyser la formation et l'adhésion des personnes atteintes de diabète type 2 pour promouvoir l'acquisition de connaissances et compétences pour les soins autonomes dans les activités de traitement de la maladie et dans la prévention des complications à elle associées.

**Explication de l'étude:** Le principal objectif c'est l'analyse de la capacité et l'adhésion au régime thérapeutique des personnes atteintes des diabètes mellitus type 2. Pour cela, sera nécessaire l'application d'un questionnaire aux personnes atteintes de diabète mellitus type 2 lequel permettra d'analyser la capacité d'adhésion au régime thérapeutique.

**Conditions :** Votre participation à cette étude est volontaire et a comme base la gratuité et l'altruisme. Vous êtes dans le droit de refuser à participer dans cette étude à tout moment, sans que pour cela vous ayez à subir des préjudices.

**Confidentialité et anonymat:** la confidentialité et l'utilisation exclusive des données collectées par la présente étude sont assurées. Suite à l'application du questionnaire, vos données seront traitées dans l'anonymat et votre identité sera confidentielle.

**Nous vous remercions pour votre collaboration.**

l'équipe d'investigation responsable pour l'étude:

- Doctorant Maria Augusta Mata
- Doctorant Eugénia Anes
- Maître étudiant Marta Sousa

.....  
*Je déclare avoir lu et compris ce document, bien que toutes les informations verbales que m'ont été fournies. La possibilité d'abandonner cette étude à tout moment sans que pour cela je subisse des conséquences m'a été garantie. Ainsi, j'accepte participer à cette étude et j'autorise l'utilisation des données que je fournis de façon volontaire, en faisant confiance à ce qu'ils soient utilisés seulement pour cette étude et dans la garantie de confidentialité et anonymat m'ont été données.*

**Ce document se compose de 1 page et fait en double exemplaire**

## **Anexo IV-Autorização dos autores da escala**

Marta Isabel de Sousa  
Hopital Sant Vicent de Paul - Hopital Public de Paris  
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária  
na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

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

Eu, Fernanda dos Santos Bastos, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio autorizar a utilização da escala supracitada conforme solicitado pela Sr.ª Enfermeira Marta Isabel de Sousa, enfermeira no Hopital Sant Vicent de Paul - Hopital Public de Paris, no serviço do hospital de dia de diabetologia e endocrinologia, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, que inserido no mesmo pretende desenvolver um projeto do qual faz parte a avaliação das atividades de autocuidado com a diabetes.

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

Coloco-me ao dispor para qualquer esclarecimento e, manifestando o meu interesse por conhecer o desenvolvimento do referido projeto.

Ao dispor,  
Porto, 9 de outubro de 2017  
Fernanda Santos Bastos (PhD)  
Professora Adjunta  
Escola Superior Enfermagem do Porto  
UNIESEP  
UCP: Autocuidado

## **Anexo V-Instrumentos de recolha de dados**

### Parte 1 - Caracterização Sociodemográfica e Clínica

Assinale com uma cruz (X) a resposta que for adequada ao seu caso (ou complete-a, se for caso disso), em relação às seguintes questões:

1. **Sexo:** 1. F ( ) 2. M ( )
2. **Idade:** \_\_\_\_\_ anos
3. **Estado Civil:** 1. Casado ou união de facto ( ) 2. Solteiro ( ) 3. Viúvo ( ) 4. Separado ( )
4. **Numero de elementos do agregado familiar** \_\_\_\_\_
5. **Coabitação:** 1. Sozinho ( ) 2. Com a família ( ) 3. Em rotatividade ( ) 4. Outra. \_\_\_\_\_
6. **Concelho onde vive:** \_\_\_\_\_
7. **Habilitações literárias:**
  1. Não frequentou o sistema de ensino formal ( )
  2. 1º ciclo do ensino básico (até 4 anos de escolaridade) ( )
  3. 2º ciclo do ensino básico (5 a 6 anos de escolaridade) ( )
  4. 3º ciclo do ensino básico (7 a 9 anos de escolaridade) ( )
  5. Ensino secundário (10 a 12 anos de escolaridade) ( )
  6. Ensino superior ( )
8. **Situação na profissão:** 1. Aposentado ( ) 2. Ativo ( )
9. **Profissão anterior à aposentação/atuat:** \_\_\_\_\_

### Parte II – informação relacionada com a clínica da diabetes.

#### Dados clínicos

10- **Tem familiares com diabetes:** Sim.  Não  Não sei

10.1- **Se sim, quem?** \_\_\_\_\_

11. **Há quantos anos é diabético?** \_\_\_\_\_ anos.

12. **Que tipo de medicação faz para controlar a diabetes?**

1- Insulina  2- Comprimidos (Antidiabéticos orais)  3- Misto (Insulina + comprimidos)

13. **Tem ou já teve alguma complicação devido à diabetes?**

Sim  Não

13.1- **Se Sim qual/quais:** 1- Retinopatia  2- Nefropatia  3- Pé diabético  4- Outro, qual \_\_\_\_\_

14- **Valores da Glicémia** \_\_\_\_\_

15- **Valores de TA:** Sistólica \_\_\_\_\_ Diastólica \_\_\_\_\_

16- **IMC** \_\_\_\_\_ (Peso \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ cm)

17- **Perimetro abdominal** \_\_\_\_\_

**Parte 2 - Atividades de Autocuidado com a Diabetes (SDSCA)**

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a diabetes durante os últimos 7 dias. Se esteve doente durante os últimos 7 dias, por favor lembre-se dos últimos 7 dias em que não estava doente.

<b>ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>1. ALIMENTAÇÃO GERAL</b>								
Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?								
Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?								
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?								
<b>2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA</b>								
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu Carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?								
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição de almoço ou jantar?								
Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento de uma refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?								
Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?								
Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?								
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pastéis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?								
Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?								
<b>3. ACTIVIDADE FÍSICA</b>								
Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar).								
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?								
<b>4. CUIDADOS COM OS PÉS</b>								
Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?								
Em quantos dos últimos SETE DIAS inspecionou o interior dos seus sapatos?								
Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?								
Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos?								
<b>5-MEDICAMENTOS</b>								
Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes? OU (se insulina e comprimidos):								
Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, as injeções de insulina?								
Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?								
<b>6-MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA</b>								
Quantas vezes por semana lhe recomendaram que avaliasse o açúcar no sangue?								
Quantas vezes avaliou o açúcar no sangue na última semana?								

## 18. HÁBITOS TABÁGICOS

Hábitos tabágicos	SIM	NÃO
Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS?		
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"/> Há mais de dois anos atrás <input type="checkbox"/> Um a dois anos atrás <input type="checkbox"/> Quatro a doze meses atrás <input type="checkbox"/> Um a três meses atrás <input type="checkbox"/> No último mês <input type="checkbox"/> Hoje		

## Instrument de collecte de données

**Ce document se compose de 1 page et fait en double exemplaire**

**Nous vous remercions pour votre collaboration.**

l'équipe d'investigation responsable pour l'étude:

- Maria Augusta Mata
- Eugénia Anes
- Marta Sousa

*Je déclare avoir lu et compris ce document, bien que toutes les informations verbales que m'ont été fournies. La possibilité d'abandonner cette étude à tout moment sans que pour cela je subisse des conséquences m'a été garantie. Ainsi, j'accepte participer à cette étude et j'autorise l'utilisation des données que je fournis de façon volontaire, en faisant confiance à qu'ils soient utilisés seulement que pour cette étude et dans la garantie de confidentialité et anonymat m'ont été données.*

### **Partie I – données sociodémographiques**

**1. Genre:** 1. F ( ) 2. M ( )

**2. Situation Professionnel:** 1. Retraité ( ) 2. En activité ( )

**3. Profession avant la retraite / actuel:**

**4. Age:** \_\_\_\_ ans

**5. Commune:** \_\_\_\_\_

**6. Etat Civil:** 1. Marié ou en concubinage ( ) 2. Célibataire ( ) 3. Veuf ( ) 4. Divorcé ( )

**7. Nombre de personnes du foyer** \_\_\_\_\_

**8. Cohabitation:** 1. Seul ( ) 2. En famille ( ) 3. En rotativité

4. Autre. Laquelle \_\_\_\_\_

**9. Niveau de scolarité:**

9.1. Sans études ( )

9.2. Primaire (jusqu'à 5 ans de scolarité) ( )

9.3. Collège (6 à 10 ans de scolarité) ( )

9.4. Lycée (11 à 13 ans de scolarité) ( )

9.5. Etudes Supérieures ( )

### **Partie II – Informations clinique à propos de la diabète**

**1-Avez-vous des familiaux diabétiques?** Oui ( ) Non ( )

2.1. Si oui, qui? \_\_\_\_\_

**Depuis combien de temps vous savez que vous êtes diabétique?** \_\_\_\_\_ (mois / années)

**2-Type de traitement attribué:** 1. Insuline ( ) 2. Antidiabétique oraux ( ) 3. Mixte ( )

**3- Complications:** 1. Rétinopathie ( ) 2. Néphropathie ( ) 3. Pied diabétique ( )

Autre. Laquelle \_\_\_\_\_

1-TA \_\_\_\_/\_\_\_\_ mmHg      Glycémie \_\_\_\_mg/dl      Poids \_\_\_\_Kg

Taille \_\_\_\_cm      IMC \_\_\_\_      Périmètre abdominale \_\_\_\_

**Partie III. Soins auto administrés avec les diabètes (SDSCA) Questionnaire d'évaluation des activités de soin autonome avec les diabètes**

Les questions qui suivent vous questionnent sur vos soins avec les diabètes pendant les 7 derniers jours. Si vous avez été malade pendant ces 7 derniers jours, souvenez-vous des 7 derniers jours que vous n'étiez pas malade.

ATIVITÉS	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>5. ALIMENTATION GENERALE</b>								
Sur les sept derniers jours, combien de jour avez vous suivi une alimentation saine ?								
En moyenne, sur le dernier mois, combien de jours parsemaine avez vous suivi un plan alimentaire recommandé par un professionnel de santé ?								
Sur les sept derniers jours, combien de jours avez vous mangé cinq (ou plus) portions de fruits ou légumes (soupe incluse)?								
<b>6. ALIMENTATION SPÉCIFIQUE</b>								
Sur les sept derniers jours, combien de jour avez vous mangé une viande rouge ( boeuf, porc, agneau,)?								
Sur les sept derniers jours, combien de jour avez vous mangé du pain pour accompagner le repas?								
Sur les sept derniers jours, combien de jour avez vous mangé un des aliments suivants pour accompagner votre repas: riz, pommes de terres, pâtes, haricots								
Sur les sept derniers jours, combien de jour avez vous consommé plus d'un verre d'une boisson alcoolisée lors du repas principal ?								
Sur les sept derniers jours, combien de jour avez vous consommé une boisson alcoolisée hors du repas ?								
Sur les sept derniers jours, combien de jour avez vous mangé un sucré comme un gâteau, pâtisserie, compote, miel ou chocolat ?								
Sur les sept derniers jours, combien de jour avez vous rajouté du sucre dans une boisson ?								
<b>7. ACTIVITÉ PHISIQUE</b>								
Sur les sept derniers jours, combien de jour avez vous pratiqué une activité physique d'au moins 30 minutes (activité continue incluant la marche)?								
Sur les sept derniers jours, combien de jour avez vous participé à une session d'exercice physique spécifique (nager, marcher, faire du vélo) hors activité à la maison ou liée au travail ?								
<b>8. SOINS DES PIEDS</b>								
Sur les sept derniers jours, combien de jour avez vous examiné vos pieds ?								
Sur les sept derniers jours, combien de jour avez vous inspecté l'intérieur de vos chaussures ?								
Sur les sept derniers jours, combien de jour avez vous lavé vos pieds ?								
Sur les 7 derniers jours avez-vous séché les espaces entre les orteils?								
<b>5. MÉDICAMENTS</b>								
Sur les 7 derniers jours combien de fois avez-vous pris, comme il vous a été indiqué vos médicaments pour les diabètes ? Ou (si insuline et comprimés) :								
Sur les 7 derniers jours combien de fois avez-vous pris, comme il vous a été indiqué, injection d'insuline ?								
Sur les 7 derniers jours combien de fois avez-vous pris, comme il vous a été indiqué, vos comprimés pour les diabètes ?								
<b>6. SURVEILLANCE DE GLYCEMIE</b>								
Combien de fois par semaine avez-vous été conseillé d'évaluer le taux de sucre dans le sang?								
Combien de fois avez-vous évalué le taux de sucre dans le sang dans la dernière semaine ?								

7. HABITUDES TABAGIQUES	Oui	Non
Sur les 7 derniers jours avez-vous fumé une cigarette, ou avez-vous tiré une bouffée.		
Si oui, combien de cigarettes fumez-vous d'habitude par jour? Nombre de cigarettes : ____		

Quand avez-vous fumé votre dernière cigarette?

- Jamais fumé
- Il y a plus de 2 ans
- Il y a 1 à 2 ans
- Il y a 4 à 12 mois
- Il y a 3 mois
- Dans le dernier mois
- Aujourd'hui

**Merci pour votre collaboration**

## **Anexo VI. Relatório do Estágio**



Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária  
2.º Ano 2º semestre

## **Relatório de estágio**

**Estágio II/ Trabalho de Projeto**

Marta Isabel de Sousa

Docente: Professora Doutora Augusta Mata

Bragança, 2019

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária  
2.º Ano 2.º semestre

## **Relatório de estágio**

**Estágio II/ Trabalho de Projeto**

Marta Isabel de Sousa

Relatório elaborado no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária na unidade curricular EstágioII/relatório de estagio

Docente: Professora Doutora Augusta Mata

Bragança, 2019

“Cuidar é mobilizar em alguém tudo o que vive, todo o seu potencial de vida...”

(Collière,1989)

“

## **Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas**

ADO. Antidiabéticos orais

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAD - Centro de Aconselhamento e Deteção VIH/ SIDA

CDP - Centro de Diagnostico Pneumológico

CRI - Centro de Atendimento a Toxicodependentes

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS- Direção Geral de Saúde

DM- Diabetes *Mellitus*

DM2- Diabetes *Mellitus* tipo2

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECLÉ – Equipa Coordenadora Local

FC- Frequência Cardíaca

GASJ - Gabinete de Apoio á Sexualidade Juvenil

GC- Glicemia Capilar

IMC- Índice de Massa Corporal

INR Índice Internacional Normalizado

IPB- Instituto Politécnico de Bragança

IPB - Instituto Português da Juventude

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial da Saúde

PASSE - Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar

PRESSE- Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrado

SAM - Sistema de Apoio Medico

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TA- Tensão Arterial

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSN- Unidade Local de Saúde do Nordeste

URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP- Unidade de Saúde Publica

<b>Índice</b>	p.
<b>Introdução</b> .....	1
<b>1-Caraterização dos Centros de Saúde de Bragança-Unidades da Sé e Santa Maria</b> .....	3
<b>2.Contextualização</b> .....	8
<b>3-Atividades Desenvolvidas</b> .....	11
<b>4-Planificação da educação para a saúde</b> .....	14
<b>5-Considerações Finais</b> .....	18
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	21
<b>Anexos:</b> .....	24
Anexo I: Planificação das sessões de educação para a saúde dos utentes com diabetes.....	25
Anexo II-Panfleto da educação para a saúde sobre diabetes, sintomas e fatores de risco. ....	26
Anexo III: Panfleto da educação sobre a diabetes tipo2, fatores de risco, tratamento, prognóstico e prevenção.....	28
Anexo IV: Panfleto da educação para a saúde sobre o pé diabético, causas e sinais de alerta diabetes .....	30
Anexo V: Panfleto da educação para a saúde sobre cuidados com o pé das pessoas com diabetes.....	32
Anexo VI: Panfleto da educação sobre estilos de vida saudáveis.....	34
Anexo VII: Panfleto da educação para a saúde sobre agir para prevenir.....	36

## **Introdução**

O desenvolvimento do estágio II teve como base a concretização dos objetivos e aquisição de competências a adquirir, de acordo com o Guia Orientador de Estágio, realizado em contexto de Cuidados de Saúde Primários, dada a especificidade do curso de mestrado frequentado.

Enquanto pilar essencial do Serviço Nacional de Saúde (SNS), os cuidados de Saúde Primários (CSP) assumem importantes funções de prevenção da doença e promoção da saúde, para além do tratamento, reabilitação e inserção dos indivíduos na sociedade, assumindo papel crucial no âmbito da promoção da saúde e diferentes níveis de prevenção. Este nível de cuidados constitui a componente dos sistemas de saúde que mais têm contribuído para a melhoria do estado de saúde da população em todo o mundo (Regulamento n.º 128/2011).

No Código Deontológico do Enfermeiro (2015), no que diz respeito ao dever para com a comunidade, o enfermeiro é responsável para com a comunidade na promoção da saúde e nas respostas adequadas às necessidades em cuidados de enfermagem e, como tal, assume o imperativo de:

- Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido;
- Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde identificados;
- Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.

Deste modo a Educação para a Saúde como uma estratégia deve conduzir a mudanças no conhecimento, compreensão e nas formas de pensar do indivíduo, família e comunidade, contribuindo para influenciar ou clarificar valores, proporcionar mudanças de convicções e atitudes, facilitar a aquisição de competências, e ainda, conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida (Hesbeen 2001).

Neste sentido, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária assume um papel fulcral na capacitação dos utentes com doença crónica, como a diabetes, tendo em mente o *empowerment* dos indivíduos, famílias e grupos populacionais que estão sob o seu cuidado,

de forma a que o seu nível de literacia em saúde aumente até atingirem competências e consigam participar de forma ativa e crítica no que à saúde diz respeito.

A Enfermagem como profissão está desde a sua origem e associada à conceção do *cuidar*, o que significa para Collière (1999, p.3)

“manter a vida satisfazendo as necessidades de vida. Por outro lado, cabe a cada profissional construir o *Eu* profissional de forma adquirir conhecimentos científicos que contribuam para o saber – evoluir: saber – ser, saber – estar e saber – fazer. Para esta construção, torna-se imprescindível delinear metas”.

No âmbito da unidade curricular - Estágio II/trabalho de projeto, lecionada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança elaborou-se este Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tendo como finalidade a aquisição de competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Este relatório tem como objetivo: descrever as experiências vivenciadas e as atividades realizadas e no decorrer do estágio II.

De acordo com o Regulamento n.º 128/2011, compete ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, estabelecer, “com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, por conseguinte “identificar as necessidades em saúde, de grupos ou de uma comunidade” (Regulamento n.º 128/2011, 2011, p. 8667).

Salienta-se, o estabelecimento com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade e contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Em concordância com as competências da enfermagem comunitária e a necessidade de intervenção em saúde identificadas e priorizadas, no diagnóstico inicial, e que constitui o corpo do presente estudo, surge a necessidade de proporcionar respostas às necessidades das pessoas com DM2.

Neste sentido foi selecionado o tema –Adesão ao regime terapêutico das pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 e um grupo de pessoas que padecem desta patologia para a

realização do diagnóstico anteriormente referido. Este insere-se nos objetivos das competências nos conteúdos programáticos disponíveis para a intervenção no estágio de natureza profissional, com a finalidade de promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida, através da autoformação e reflexividade sobre a prática comunitária.

Assim, com base numa metodologia crítico reflexiva e descritiva o presente relatório inclui a descrição das atividades e intervenções efetuadas durante o estágio.

Para uma melhor compreensão do texto, o mesmo está organizado em duas partes essenciais. Na primeira é estabelecida a caracterização dos centros de saúde onde foram desenvolvidas as atividades de estágio e, na segunda são descritas as atividades desenvolvidas. Por fim, apresentam-se algumas considerações finais, com uma breve reflexão sobre a aquisição de conhecimentos e as experiências vividas em estágio, uma abordagem geral ao trabalho desenvolvido.

## **1-Caraterização dos Centros de Saúde de Bragança-Unidades da Sé e Santa Maria**

O estágio foi realizado no Centros de Saúde de Bragança-Unidades da Sé , mais concretamente na Unidade de Saúde Pública (USP), e no centro de saúde de Santa Maria na Unidade de Cuidados na Comunidade Domus (UCC Domus).

Ambos os centros de saúde têm um horário de funcionamento das 8h00 às 20h00 nos dias úteis.

Dado que a UCC integra a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que objetiva a prestação de cuidados continuados domiciliários, esta funciona ainda aos fins-de-semana e feriados das 9h00 às 17h00 (apenas para a ECCI).

Outro horário, após as 20h00, acontecem somente em atividades e programas com população-alvo que justifique o horário pós-laboral, ou em situações de surtos ou epidemias.

A UCC Domus tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo assim, e de um modo direto, para o cumprimento da missão da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) na qual se integra. Presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. É uma unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida. Segundo o plano de ação rege-se pelos seguintes valores e princípios: Ética, Qualidade, Excelência, Criatividade, Inovação, Autonomia, Responsabilidade Social partilhada, Brio Profissional, Reconhecimento, Cooperação, Solidariedade e Trabalho de Equipa.

A UCC Domus orienta a sua ação de acordo com o plano de ação, o regulamento interno e a carta de qualidade, tendo em consideração o rigoroso cumprimento de atividades de promoção, proteção da saúde, prevenção e controlo da doença. Concomitantemente tem

definido um plano de formação e de melhoria contínua, contemplando a articulação com as outras unidades funcionais da ULSNE, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e outras instituições/parcerias comunitárias.

### ***Área de Influência***

A área geográfica de intervenção da UCC corresponde à área do concelho de Bragança, considerado um dos concelhos de maior dimensão do país, com uma superfície territorial aproximada de 1.174Km<sup>2</sup>, repartida em 39 freguesias, contando com 35.341 habitantes, possibilitando o trabalho intersectorial em projetos de parceria com autarquias, escolas e instituições comunitárias.

Assim, a população abrangida por esta unidade funcional corresponde à população residente, estudante e trabalhadora da área de influência do Centro de Saúde (CS).

O CS de Bragança tem aproximadamente 37.004 inscritos, dos quais 14.041 utentes estão inscritos na Unidade da Sé e 22.963 na Unidade Santa Maria.

A faixa etária dos utentes inscritos no Centro de Saúde de Bragança corresponde a uma população adulta/envelhecida. A natalidade diminuiu bastante enquanto a mortalidade é baixa. Observa-se um crescimento demográfico baixo e uma esperança de vida elevada.

### **Constituição da Equipa**

Quando se fala de equipa fala-se de um pequeno núcleo de profissionais, do sentido de pertença, de uma cultura e intencionalidade comuns, de vontade de adesão, enfim da qualidade da ligação interpessoal, de pessoas coordenadas por um líder que se assuma como coordenador do processo e não de pessoas. A perspetiva de trabalho em equipa multidisciplinar potencia as competências de cada grupo profissional e contribui, em complementaridade, para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável, promotora de uma resposta integrada, de maior diferenciação e resposta às necessidades em cuidados de saúde da comunidade que serve (Regulamento n.º 128/2011, 2011).

É fundamental uma boa articulação, não só com todos os profissionais e unidades funcionais do CS, como também com os que integram a Rede Social, no sentido de rentabilizar esforços e potenciar respostas que cada um, individualmente, não conseguiria atingir, de forma a assegurar cuidados integrados, atempados e de qualidade aos cidadãos.

Os profissionais que integram a UCC Domus reúnem competências e estão motivados para desenvolver atividades de intervenção comunitária em cooperação com os vários setores comunitários, sendo constituída por uma equipa multidisciplinar, com alguns profissionais a trabalhar a tempo inteiro e outros a tempo parcial.

A constituição da equipe é a seguinte:

- 3 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (sendo uma a coordenadora da UCC);
- 5 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária;
- 2 Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia
- 1 Assistente Operacional

A tempo parcial:

- 1 Médico
- 2 Técnicos de Serviço Social
- 1 Psicóloga
- 1 Nutricionista
- 1 Dentista

### ***Carteira de Serviços***

A carteira básica da UCC Domus teve por base o artigo 9.º do Despacho nº 10143/2009. Todas as atividades a desenvolver têm o seu alicerce no diagnóstico de saúde da comunidade, nas estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde e nos programas em desenvolvimento, tal como consignado nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Integram-se no plano de ação da ULSNE, em estreita articulação com todas as unidades funcionais do Centro de Saúde designadamente: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), e Unidade de Saúde Pública (USP), bem como com a Equipa Coordenadora Local (ECL) no âmbito da RNCCI, o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e em consonância com as orientações técnicas do conselho clínico.

Atualmente fazem parte da carteira básica de serviços:

### **Saúde Escolar**

- Gabinete de Apoio ao Aluno

- Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE)
- Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE)
- Saúde Oral
- Saúde Mental
- Crescer em segurança: Prevenção de acidentes
- Gabinete de Apoio à Sexualidade Juvenil (GASJ)
- Gabinete de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

### **Projeto Nacional de Saúde Reprodutiva**

- “Nascer Saudável”
- “Amamentar dá Saúde”
- “Laços de Ternura”

### **Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco/Comissão Proteção Crianças e Jovens**

- Intervenção Precoce

### **Programa Nacional da Pessoa Idosa**

- Envelhecer Ativo
- Entardecer no concelho de Bragança
- Acidente Vascular Cerebral (AVC): Reabilitar e Readaptar
- Respire Qualidade de Vida

### **Núcleo Local de Inserção/Rendimento Social de Inserção**

#### **Rede social**

- SOS Cuidador - Famílias de Acolhimento
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

### **Instalações, Equipamentos e Relações interinstitucionais**

A UCC Domus está localizada no rés-do-chão da Unidade de Santa Maria, possuindo gabinetes de trabalho equipados. Possui 4 gabinetes de enfermagem; 1 local de armazenamento dos materiais necessários à atividade diária; 2 casas de banho, 1 sala de espera e, ainda, 2 salas de preparação ao parto psicoprofilático.

As instalações da UCC são dotadas de equipamentos necessários ao trabalho de qualidade dos profissionais.

Relativamente às aplicações existentes, possui acesso aos programas informáticos: SClínico.

A UCC tem fortes relações interinstitucionais com entidades externas, públicas e privadas: Camara Municipal, Agrupamentos de Escolas, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Instituto Politécnico de Bragança (IPB), Instituto Português da Juventude (IPJ), Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CRI), Centro de Aconselhamento e Detecção de Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA - CAD) e Juntas de Freguesia.

A equipa da UCC desenvolve a sua atividade na comunidade, em articulação/ligação, complementaridade e partilha de cuidados e informação com as equipas de outras unidades funcionais do CS de Bragança (UCSP, USP), e com a ECL, no âmbito da RNCCI e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, bem como, em articulação com os parceiros da comunidade, cooperação entre todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde.

## **2-Contextualização**

A Saúde Comunitária é algo mais do que a soma da saúde de cada um dos seus membros. É o resultado de uma relação recíproca: entre o homem, o ambiente e os serviços de saúde.

Os enfermeiros são o principal grupo de profissionais de saúde a prestar Cuidados Saúde Primários. Promovem e mantêm ligações entre os indivíduos, famílias, comunidades e o resto do sistema de cuidados de saúde, trabalhando tanto em autonomia como em colaboração para a prevenção da doença e da incapacidade, bem como para promover, melhorar, manter e restaurar a saúde. O seu trabalho abrange a saúde da população, a promoção da saúde, a prevenção da doença, os cuidados de bem-estar, o primeiro ponto de contacto para os cuidados e a gestão da doença ao longo de todo o ciclo de vida.

Assim, todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar.

A realização de entrevistas informais em contexto domiciliário e entrega de informação escrita apresentação de educação para a saúde e promoção das dinâmicas pertinentes para uma melhor execução da mesma; avaliar os resultados da apresentação da sessão de educação para a saúde.

Perante os problemas de saúde pública colocados pelos cidadãos e através de uma avaliação multicausal, segundo o Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 128/2011) estes profissionais têm competências para a elaboração e desenvolvimento de programas de intervenção com vista à adesão, capacitação e das comunidades, com vista à promoção da saúde coletiva e no exercício da cidadania.

Por conseguinte, existem múltiplos contextos de atuação, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, não descorando a avaliação dos resultados obtidos segundo a interação com as comunidades e os seus recursos.

Segundo a responsabilidade para a identificação das necessidades e assegurando a continuidade dos cuidados, os Enfermeiros Especialistas evidenciam-se nas atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados (Regulamento n.º 128/2011).

No âmbito de avaliação de competências, para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, este relatório demonstra várias ações realizadas que vão de encontro aos pilares das competências pretendidas. Segundo o Regulamento n.º 128/2011, existem quatro grandes competências: estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integrar a Coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Neste sentido a enfermagem assume um papel fundamental no alcance deste objetivo na medida em que “o potencial dos enfermeiros para contribuir para a melhoria de saúde das populações em todo o mundo através da prevenção e cuidados na doença crónica nunca foi tão grande.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.5).

Face ao acima descrito, as pessoas com diabetes tipo 2 constituem um foco de atenção especial para a enfermagem comunitária, apostando nos três níveis de prevenção, de modo a evitar as complicações provocadas por uma doença já instalada.

Considerando a diabetes *mellitus* como um problema de grande impacto na pessoa, a forma como ela é percebida, dependendo das suas representações de saúde e doença, as estratégias que a pessoa adota face à nova situação de saúde, podem influenciar os comportamentos de adesão ao regime terapêutico e, conseqüentemente, o controlo da patologia, o que se poderá refletir no seu estado de saúde. Como tal, o doente necessita de uma aprendizagem, no sentido de adquirir conhecimentos e habilidades para o autocuidado nas atividades e tratamento da doença.

A Ordem dos Enfermeiros (2001, p.6), refere-se ao “papel dos enfermeiros enquanto promotores de aprendizagem capazes de mobilizar os recursos familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde”. Educar um utente é dar-lhe competências permitir-lhes ser independente, autónomo na gestão da sua doença, capacitando-o a integrar-se social e profissionalmente na sociedade ou de uma forma mais global, contribuir para aumentar o seu nível de literacia em saúde.

Diante da significativa parcela da população acometida pela diabetes tipo 2, bem como a gravidade e complicações desta patologia, e, o grande impacto na saúde e bem-estar destes utentes, e também o facto, da investigadora desempenhar funções num serviço de endocrinologia e diabetologia em contacto direto com doentes diabéticos e ainda, no

decorrer do estágio do curso de mestrado realizado nos centro de saúde de Santa Maria, ter observado uma elevada prevalência de doentes com esta doença que apresentavam algumas complicações renais, retinopatias entre outras, devido, provavelmente, à não adesão a um regime terapêutico ajustado à sua situação patológica conduziu à escolha da temática para o desenvolvimento do diagnóstico da situação de saúde, elaborado no âmbito do Curso de Mestrada em Enfermagem Comunitária.

Tal escolha teve em conta que as doenças crónicas são doenças permanentes, de progressão lenta, deixam incapacidade residual, causadas por alguma alteração patológica não reversível e que requerem treino especial do doente para a reabilitação, ou podem requerer um longo período de observação, supervisão e cuidado (OMS (2003). Nenhuma outra doença como a diabetes exige tanto do doente em termos de conhecimentos e capacidades, pelo que o enfermeiro se depara com o desafio e a responsabilidade de ajudar o doente a adquirir conhecimentos e capacidades. Assim sendo, é extremamente importante, que os doentes com diabetes recebam uma educação intensiva e continuada.

Neste sentido, os enfermeiros devem ter um lugar relevante na prestação de cuidados à pessoa com diabetes tipo 2, uma vez que os estudos apontam que uma grande parte desses cuidados podem ser prestados por enfermeiros, desde que estruturados e orientados por protocolos detalhados ou normas de orientação clínica.

O contacto diário com doentes com DM2, aos quais temos de propor regimes terapêuticos adequados à sua situação patológica, sendo por vezes as suas escolhas e opções de recusa ao tratamento, levou-nos à seleção desta temática para o desenvolvimento do diagnóstico de uma situação problema, no sentido de caracterizar o autocuidado/adesão ao regime terapêutico destes utentes.

### **3. Análise das Atividades Desenvolvidas**

O presente estágio decorreu no Centro de Saúde de Bragança, na Unidade de Saúde Pública e na Unidade de Cuidados na Comunidade. Este desenvolveu-se essencialmente em duas fases, durante as quais se efetivaram múltiplas e diversas atividades em diferentes domínios da Enfermagem Comunitária.

O estágio incluiu, como espectável, a realização do diagnóstico da situação de saúde que, a par com a realização de outras atividades, se pode considerar como a primeira fase do estágio.

A segunda parte do estágio objetivou a aquisição de competências no âmbito da Saúde Pública, observando a funcionalidade e os objetivos das componentes da Unidade de Saúde Pública. Esta etapa coincidiu com o anterior em muitos aspetos, como a intervenção junto dos utentes, considerando os resultados obtidos na fase diagnóstica, e que teve como premissas:

- A Diabetes é uma das principais causas de morbilidade crónica e de perda de qualidade de vida, estando previsto o seu aumento nas próximas décadas. Com o decorrer dos anos, a pessoa portadora de diabetes pode vir a desenvolver uma série de complicações, que constituem as principais causas de morbilidade e mortalidade: retinopatia, nefropatia, neuropatia, hipertensão arterial, hipoglicemia, hiperglicemia, pé diabético (provocado por arteriopatia e/ou neuropatia), doenças cardiovasculares (acidentes vasculares cerebrais, angina de peito) e infeções diversas e persistentes (boca e gengivas, infeções urinárias, infeções das cicatrizes pós- cirúrgicas). Mas como não existem duas pessoas exatamente iguais, o regime de tratamento terá necessariamente de ser individualizado, todavia, existem algumas regras gerais no tratamento dos diferentes tipos de diabetes (ADA, 2010).

- Esta patologia requer um tratamento médico contínuo e educação para o autocontrolo da doença, tendo por finalidade a prevenção de complicações agudas e a diminuição de complicações a longo prazo (Ruiz et.al, 2012)

- A Organização Mundial de Saúde (OMS) chama a atenção para esta doença e para o facto de que ações de promoção da saúde, hábitos alimentares saudáveis e práticas de atividades físicas podem reduzir os fatores de risco de desenvolvimento do diabetes.

- São vários os fatores com impacto na forma como a pessoa gere a DM
- Alguns dos fatores internos à pessoa que têm impacto no autocuidado são o conhecimento e a compreensão dos tratamentos prescritos e do plano de autocuidado, prioridades, autoestima, autoeficácia e habilidades inatas para organizar e planejar, resolver problemas e lidar com o stresse. Fatores externos à pessoa como o suporte social e a situação laboral e fatores ambientais como o preço da comida, cultura e acesso a cuidados de saúde, influenciam também a gestão da DM
- Como refere Correia (2007), realizar a autovigilância da glicémia capilar, adequar e adaptar a alimentação, ajustar o consumo de medicação e efetuar corretamente a sua toma, realizar exercício físico regularmente, fazer uma vigilância regular dos pés, vigiar regularmente a saúde e ainda realizar outros comportamentos que incluem uma higiene cuidada da pele e dentes, utilização de roupa adequada, são algumas das atividades de autocuidado solicitadas ao diabético.
- A autovigilância, autocontrolo e autogestão eficaz da DM são de extrema importância para a manutenção da saúde e da qualidade de vida e, para a sua aprendizagem e treino, em muito contribui o papel dos profissionais de saúde, enquanto educadores, cujo papel é orientar e educar o diabético a descobrir o plano terapêutico mais adequado às necessidades específicas de cada indivíduo.
- A Adesão ao regime terapêutico implica, por parte do diabético, uma atitude ativa que visa a mudança de comportamento e que deve contar com a colaboração do profissional de saúde e, neste âmbito, o estudo sobre o que motiva o doente a adotar determinados tipos de comportamentos é fundamental para uma melhor compreensão deste fenómeno.
- A educação na diabetes é o pilar fundamental no tratamento e, por isso, é preciso oferecer ao diabético um adequado programa que o informe e motive a ser protagonista do seu tratamento. A educação do diabético caracteriza-se por uma transferência de responsabilidades para o doente numa perspetiva de o tornar mais autónomo (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2004). Um adequado programa educativo melhora a qualidade de vida do diabético, proporcionando-lhe os meios para superar as limitações que resultam da DM.

A Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2009) divulgou as estratégias de intervenção educativa pautadas na formação contínua, na motivação, na aprendizagem com base na resolução de problemas e na avaliação do ensino e da aprendizagem. Para se

implementarem estas estratégias, os profissionais de saúde devem ser sensibilizados para a flexibilização dos saberes e das práticas, para atuar com criatividade, juízo crítico e competência nas ações educativas referentes ao autocuidado na diabetes.

Nesse sentido, o enfermeiro não pode criar uma cultura de delegação de poder para a pessoa com diabetes. A informação acerca dos autocuidados, inserida numa estrutura de rotinas e pensamentos previamente preparados, denota uma cultura de tomada de decisão centrada no profissional e não na pessoa. As decisões devem ser tomadas pelo próprio (pessoa com diabetes) tendo por base as informações fornecidas pelos profissionais. À própria pessoa cabe participar e responsabilizar-se pelas decisões que toma em relação à sua saúde.

Tal como acontece em outras doenças crónicas, quando devidamente tratada acompanhada, a DM 2 não é impeditiva de se poder ter uma vida perfeitamente normal e autónoma, pelo que a promoção de comportamentos de autocuidado é de extrema importância. Contudo, é fundamental que a pessoa com diabetes desenvolva competências que possam ser usadas de forma consciente e que permitam alcançar os objetivos propostos de modo a conseguir o adequado controlo da doença.

Na diabetes, um dos critérios que permite obter um bom resultado nas questões da autogestão, prende-se com o conhecimento sobre a doença e sobre os aspetos relevantes para o seu controlo. Levar às populações informação, promotora de conhecimento a respeito do assunto, com a finalidade de trabalhar na prevenção deste problema é uma das orientações da OMS, uma vez que no seu relatório é visível o aumento do número de diabéticos. Existem evidências que nos mostram que, quanto mais precoces forem as intervenções no que concerne à diabetes, maior é o sucesso no controlo da doença.

A pessoa com diabetes deve possuir um plano individualizado de tratamento adaptado às suas condições de vida relativamente à alimentação, ao exercício físico e à autovigilância. Todos os planos devem ser geridos por um profissional de saúde em parceria com a pessoa com diabetes, de forma a que esta desenvolva a motivação necessário para o seu cumprimento. Por isso, o plano de tratamento deve englobar cuidados proactivos, integrados, planeados, antecipatórios das necessidades, de modo a que qualquer alteração possa ser rapidamente identificada antes de evoluir para uma situação aguda.

#### **4. Planificação da educação para a saúde**

O estágio foi orientado para a promoção da saúde como “processo de capacitação de pessoas para controlar os determinantes da saúde e assim melhorarem a sua saúde” (OMS, 2005, p:1), teve como principais áreas de intervenção comunitária: a educação para os estilos de vida saudáveis nos doentes com a DM 2.

A promoção da saúde, numa visão interdisciplinar, deve vislumbrar a melhoria das condições de vida da população e o reconhecimento do direito de cidadania, tendo como princípios a conceção holística da saúde, a equidade, a intersectorialidade, a participação social e a sustentabilidade (Silva & Araújo, 2007).

A promoção da saúde envolve a ideia de proporcionar conhecimento, numa linguagem ajustada às populações com vista a fortalecer a capacidade coletiva e individual para a tomada de decisão responsável, favorecendo os estilos de vida.

Assim, Tones & Tilford, citados por Carvalho & Carvalho (2008:1), definem educação para a saúde como “toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”. Produzir mudanças de comportamentos e estilos de vida prejudiciais à saúde do indivíduo, grupo ou comunidade é um dos interesses primordiais do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

Assim, é importante perceber que muitos dos comportamentos e estilos de vida são produto de uma componente social e cultural, enraizada no indivíduo, sendo que, este é influenciado e influenciador da estrutura social em que vive (família e comunidade). Deste modo, a pessoa pode adotar comportamentos e estilos de vida mais ou menos saudáveis tendo em conta o grupo em que está inserido. Desta premissa nasce então a necessidade da educação para a saúde pela interferência positiva que esta poderá ter na aquisição de comportamentos e estilos saudáveis.

A Ordem dos Enfermeiros numa tomada de posição sobre investigação em enfermagem refere-se à necessidade de renovação contínua do corpo de conhecimentos próprio pela via da investigação e define quatro eixos de investigação prioritários. Um desses eixos refere-se à “educação para a Saúde na aprendizagem de capacidades”, concretamente aspetos de saúde das populações relacionados com a dependência para o autocuidado e a necessidade de cuidados continuados, estilos de vida, qualidade de vida e ambiente (Ordem Enfermeiros, 2006, p.4).

De acordo com a OE (2010) compete ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, para além de estabelecer com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade e contribuir para o processo de capacitação grupos e comunidade.

É neste contexto que o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária assume um papel fulcral na capacitação dos indivíduos, famílias e grupos populacionais que estão sob o seu cuidado, de forma a que o seu nível de literacia em saúde, lhes permita uma participação ativa na gestão do regime terapêutico.

O Plano Nacional de Saúde contempla, para além de outros programas de saúde a consecução dos programas de saúde prioritários nos quais está incluído o Programa Nacional para a Diabetes, no qual pode ser integrado o estudo efetuado e consequente intervenção realizada

Considerando os resultados do estudo foram delineadas algumas estratégias, no sentido de demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família.

Na metodologia do planeamento em saúde a etapa que se segue à determinação das prioridades é a fixação dos objetivos, que Imperatori & Giraldes (1982:45) definem como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado e impacto”. Estes devem refletir os resultados pretendidos para a população alvo, ao nível da saúde, dos comportamentos ou outros, através da implementação dos projetos.

Deste modo, foram definidos os seguintes objetivos para a intervenção que pretendíamos desenvolver:

Capacitar o utente/cuidador de conhecimentos para a prevenção da DM2 e de hábitos de saúde promotores de estilos de vida saudáveis promovendo a adesão ao regime terapêutico.

- Informar o utente/cuidador de noções sobre diabetes, sinais e sintomas (anexo I).
- Habilitar o utente/cuidador de noções sobre diabetes tipo2, alterações, complicações e fatores de risco (anexo II).
- Habilitar o utente/cuidador acerca do pé diabético, causas e complicações (anexo III) e cuidados inerentes (anexo IV).
- Motivar o utente/cuidador para a adoção de estilos de vida saudáveis (anexo V).
- Capacitar o utente/cuidador para a gestão do tratamento prevenindo complicações relacionadas com a diabetes (anexo VI).

Em face dos objetivos definidos foram selecionados os seguintes conteúdos a abordar em Educação para a saúde:

#### **-Definição de diabetes**

- Diabetes tipo1/diabetes tipo 2
  - Sinais E sintomas
  - Causa /Fatores de risco
  - Prevenção
- **Complicações**
  - Complicações: pé diabético (por constituir uma das complicações crónicas mais frequentes)
  - Cuidados /medidas preventivas para o pé diabético
- **Hábitos de vida saudáveis:**
  - Regime alimentar equilibrado/saudável
  - Consumo de água, dieta com baixo teor de açúcar
  - Importância da atividade física

#### **Agir para prevenir**

Medidas de gestão do regime terapêutico do doente diabético

#### **Seleção de estratégias de ensino/aprendizagem**

Metodologia

Transmissão oral e escrita entrega de um panfleto reforçando a informação transmitida

**Técnica:** Entrevista informal

**Materiais** Panfleto

**Programação da atividade**

As atividades decorreram nos dias em que o paciente diabético tipo2 recorria à consulta, numa articulação com a UCSP.

**Seleção de estratégias de avaliação**

Feedback dado pela observação direta da população alvo, do feedback dado durante a Sessão que decorreu -se durante a consulta de enfermagem.

**Execução e avaliação**

Feedback dado durante a entrevista e realização da consulta

A seleção deste plano de intervenção baseou-se nas orientações estratégicas e intervenções necessárias para a mudança centradas no cidadão no que diz respeito aos comportamentos e estilos de vida saudáveis do PNS 2004/2010.

## **5- Análise crítico reflexiva**

O Estágio Curricular tem como meta proporcionar experiências académico-profissionais, com reflexões ativas e críticas no ambiente de trabalho do enfermeiro enquanto prestador de cuidados num campo de intervenção particular e detentor de competências diferenciadas, permitindo a perceção do desempenho profissional que deve permear a futura atuação profissional enquanto enfermeiro especialista.

Consideramos este estágio como um desafio e uma mais valia, pois o nosso desempenho profissional, ao realizarmos este relatório, seguindo a metodologia de planeamento em saúde ao longo das suas etapas, percebemos, que a intervenção junto das pessoas individualmente ou num grupo de pessoas é algo gratificante e que os enfermeiros especialistas, desempenham um papel preponderante, pois estão próximos das populações, conhecem os seus problemas e o ambiente onde estão inseridos.

Através da capacitação das pessoas fomentamos a sua autonomia, tornando-os independentes e ao mesmo tempo responsáveis pela sua saúde. Enfatizamos a importância de fazer algumas mudanças nos seus estilos de vida para controlo da doença e de se adaptarem a uma nova vida, em termos futuros, tentando sempre motivá-las para a adesão ao regime terapêutico de acordo com a sua situação de saúde.

A adesão a um regime terapêutico geralmente exige que a pessoa faça uma ou mais alterações no estilo de vida para empreender atividades específicas, como sejam tomar a medicação prescrita, manter uma dieta saudável, aumentar o exercício e manter uma vigilância do seu estado.

Na reflexão sobre as práticas em uso relativamente ao fenómeno estudado, suportadas e validadas pela investigação através de um processo intencional, perspetivamos as mudanças necessárias, ao introduzir intervenções que possam vir a motivar as pessoas para mudanças nos comportamentos de adesão ao regime terapêutico,

A educação para a saúde, revela-se como um recurso fundamental, na intervenção terapêutica dos enfermeiros, para a promoção de uma melhor adesão. Deste modo, face aos resultados obtidos com a pesquisa, as intervenções de enfermagem desenvolvidas, tendo em conta o plano de intervenção, e foco na promoção de comportamentos de adesão ao regime terapêutico, como processo intencional da ação da capacitação dos utentes e

familiares do contexto onde se realizou o estudo, afigura-se como uma excelente oportunidade de desenvolvimento de estilos de vida saudáveis.

Foram adotadas estratégias de comunicação e negociação que permitiram desenvolver competências, demonstrando consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e família e refletir acerca da prática, de forma crítica demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família.

Como sugestão consideramos fundamental o alargamento das ações de Educação para a Saúde a todas as pessoas com diabetes preferencialmente com envolvimento das famílias neste processo.

Consideramos esta experiência enriquecedora quer a nível profissional quer a nível pessoal. Como enfermeira a trabalhar com este tipo de doentes, e com base em alguns dos resultados observados no estudo de investigação houve a oportunidade de continuar estas e/ou outras ações enquadradas na capacitação das pessoas com diabetes para a prevenção das suas complicações.

## **6.Considerações finais**

Ao longo deste relatório foram cumpridos os objetivos a que nos propusemos, tais como: descrever todas as intervenções realizadas em estágio; analisar o desenvolvimento das competências adquiridas; refletir sobre a prática do enfermeiro na intervenção comunitária. O estágio permitiu desenvolver uma prática profissional ética, no cumprimento do respeito pelos direitos humanos, e foi possível a aquisição e aprofundamento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

. Foram adquiridas competências na utilização da metodologia do planeamento em saúde, todo o trabalho realizado em estágio foi orientado através desta metodologia, não tendo sido ignorada nenhuma das suas etapas, tal como é reflexo na orientação dada a este trabalho.

A educação para a saúde como estratégia de promoção para a saúde foi uma área de primordial desenvolvimento neste estágio, permitindo assim desenvolver competências ao nível da capacitação de pessoas com doença crónica. Com vista a atingir os dois objetivos pessoais propostos: adquirir competências na área da educação para a saúde como estratégia de promoção da saúde e desenvolver competências na interação desenvolvendo competências para uma relação terapêutica mais eficaz, permitindo mobilizar conhecimentos na área das ciências da comunicação, enfermagem comunitária e promoção da saúde. Durante as atividades de estágio foi estabelecida relação de confiança entre mestrando e os utentes diabéticos, que se verificou pela participação na discussão de opiniões e colocação de dúvidas.

A reflexão sobre o percurso do processo de aprendizagem integrado no estágio de enfermagem comunitária consideramos que adquirimos competências fundamentais no que concerne à prática do enfermeiro especialista e especificamente na área de especialização em enfermagem comunitária, tendo em conta que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem grande proximidade com os atuais problemas da comunidade e detém competências específicas, adquiridas através da sua formação no âmbito do planeamento estratégico em saúde.

O desenvolvimento do seu trabalho na comunidade é essencial no estudo e análise das condições ambientais e de saúde das populações, bem como na tomada de decisão sobre prioridades de intervenção e estratégias a implementar.

Deste modo o profissional tem um enorme desafio para vencer ao nível da sua prática, integrado numa equipa de saúde pública ou de cuidados na comunidade, que poderá fornecer dados importante sobre o estado de saúde das populações interferindo de uma forma direta ou indireta nas políticas de saúde

## Referências Bibliográficas

- American Diabetes Association (2010). *Standards of Medical Care in Diabetes*. Journal of Diabetes Care, vol.33, Supplement I, January, p.11-61.
- Carvalho, A.; Carvalho, G. (2008). Eixos de valores em promoção da saúde e educação para a saúde. In Repositório da universidade do Minho. Acedido em 03 de outubro de 2018 em <http://repositorio>.
- Collière, M. F. (1989). Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: SEP.
- Correia, C. (2007). *Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos tipo 2: o papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem*. Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Hesben, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e Acção na perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Imperatori, E.; Giraldes, M. (1982). Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: Obras Avulsas
- Ordem dos Enfermeiros: Conselho de Enfermagem (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. *Divulgar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (2005). Carta de Bangucoque: Promoção da Saúde num Mundo Globalizado\_ 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. In: Portal de Saúde Pública. Acedido em 15 de outubro de 2018 em [http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Bangkok.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Bangkok.htm).
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Acedido a 20-02-2019, em OE. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro\\_edicao2005.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Acedido a 7 de dezembro de 2018. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt).

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Portugal, Decreto-Lei nº 128/2011). *Regulamento n.º 128/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*.
- Portugal, Ministério da saúde - Direção Geral da Saúde (2004-2010). Plano Nacional da Saúde 2004/2010 Volume II-Orientações estratégicas. Lisboa: Ministério da saúde, Direção Geral da Saúde.
- Ruiz, Q. M., Ocozco, B. D.Valencia,V.P., Alarcão,B. R., De la Sem Fernandez,C. & Garcia, S.J.(2012).*Diabetes mellitus*. In:*Tratdo da medicina de familiaY comunitária*.volII,(2ª-ed).Vol.I, Barcelona: Editora Médica Panamericana
- World Health Organization (WHO) (2014-2015). *Use of glycated haemoglobin (HbA1c)*. In: *the diagnosis of diabetes mellitus*. Acedido a 24.11-2018, em: <http://www.who.int/diabetes/publications/2014-2015>, Diretrizes SBD.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2009). Factos e Números – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 2008. Lisboa. Acedido a 23-04-2017.em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4747F2BE-D534-4983-9A94-C5B7066C9731/0/i012326.pdf>
- Silva, R.; Araújo, M. (2007). Promoção da Saúde no contexto interdisciplinar. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, vol.20, nº003, 141-142. Acedido em 02 de outubro de 2017 em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/408/40820301.pdf>.
- Tuckman, B. W.(2012). *Manual de investigação em educação: metodologia para conceber e realizar o processo de investigação*. (4ª- ed.), Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

## **ANEXOS**

**Anexo I- Plano das Sessões de educação para a saúde aos doentes com Diabetes:  
DM2”**

## Plano das Sessões de educação para a saúde aos doentes com Diabetes: DM 2”

**Local:** UCSP de santa Maria, domicilio dos pacientes inscritos na UCC

**População alvo:** pessoas com DM2, que frequentam a consulta de diabetes da UCSP e UCC

**Objetivo geral** Capacitar o utente /cuidador para: a adoção de medidas de prevenção, vigilância e tratamento com DM2.

	Conteúdos	Metodologia	Recursos
<b>Introdução</b>	Apresentação dos temas; Apresentação formadora;  Apresentação dos objetivos da sessão	Método expositivo  Método interativo	<b>Humanos:</b>  Enf. <sup>a</sup> Mestranda;  Dirigida a
<b>Desenvolvimento</b>	  <b>1ª Sessão</b> Definição: Diferença entre tipo1 e tipo2:  <b>2ª Sessão</b> DM2: Sinais/sintomas, causas/ fatores de risco, possíveis complicações, prevenção.  <b>3ª-Sessão</b> Pé diabético e sintomas  <b>3ª-Sessão</b> Pé diabético, complicações e cuidados com os pés da pessoa com diabetes  <b>4.sessão</b> Hábitos de vida saudáveis  Medidas preventivas de adesão ao regime terapêutico	<b>Materiais:</b>  Computador;  Panfleto1:sobre diabetes  Panfleto2: “diabetes tipo2”    Panfleto 3 sobre Pé diabético, complicações.  Panfleto 4 sobre cuidados com os pés da pessoa com diabetes    Panfleto 4 Hábitos de vida saudáveis Panfleto 5 Agir para prevenir	Utentes com de diabetes da UCSP;  Utentes com de DM2 que frequentam a consulta    Utentes com DM2 que frequentam a consulta de diabetes da UCSP; e pacientes diabéticos tipo2 inscritos na UCC por tratamento curativo  ”
<b>Conclusão</b>	- Resumo da sessão;	Método expositivo  Espaço para esclarecimento de dúvidas;  Promoção da discussão e troca de experiências;  Avaliação da sessão Discussão e Interativo com o utente interrogativo	

**Anexo II: Educação para a saúde sobre a diabetes, sintomas e fatores de risco.**

**Local:** UCSP de Santa maria, domicilio dos pacientes diabéticos inscritos na UCC

**População alvo:** pacientes com diabetes tipo 2 , que frequentam a consulta de diabetes da USP, inscritos na UCC

**Objetivo da educação para a saúde:** informar o grupo de pessoas com diabetes sobre a diabetes, sintomas e fatores de risco.

### SINTOMAS

Atenção: sintomas dos sintomas do diabetes:

- cansaço frequente dos sintomas (fadiga)
- sede excessiva (debe aumentada) e aumento da ingestão de líquidos
- perda de peso (apetite aumentado)

Sintomas comuns e importantes incluem:

- perda de peso;
- sede excessiva;
- aumento da ingestão de líquidos;
- aumento da fome (hiperglicemia e falta de insulina)


Pode ocorrer também em parte da pele, fadiga.

Entre as complicações graves estão a cegueira, a perda de membros, insuficiência renal, doença cardíaca, doença vascular, doença renal e amputação de membros.

### DIABETES

4. Diabetes, **doença metabólica** em que se verificam **níveis elevados de glicose/sucrose no sangue** durante um longo intervalo de tempo.

A diabetes é o resultado quer de **produção** de quantidade **insuficiente** de **insulina** pelo **pâncreas**, quer de **celas** do corpo que **não respondem** apropriadamente à **insulina** que é produzida.



Diabetes tipo 1: produção **insuficiente** de **insulina** pelo **pâncreas**, **diabetes insulino dependente**.

**Diabetes tipo 2** surge no **resistência à insulina**, as células do corpo não respondem à insulina de forma adequada.

À medida que a doença avança, pode também ocorrer **insuficiência na produção de insulina**, "diabetes não insulino-dependente". Por vezes o caso é **uso excessivo** de **insulina**.

FACTORES DE RISCO

Tipos de Diabetes	Factores de risco
Diabetes mellitus tipo 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Diabetes</b> (hereditário, infeção, e alterações no sistema imunológico)</li> </ul>
Diabetes mellitus tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atividade física</b> (sedentário, sedentário)</li> <li>• <b>Obesidade</b> (IMC &gt; 30)</li> <li>• <b>Idade</b> (maior idade)</li> <li>• <b>Apetite</b> (maior apetite, má alimentação)</li> <li>• <b>Dieta</b> (maior ingestão de açúcar)</li> <li>• <b>Gravidez</b> (diabetes gestacional)</li> <li>• <b>Idade</b> (maior idade)</li> <li>• <b>Idade</b> (maior idade)</li> <li>• <b>Idade</b> (maior idade)</li> <li>• <b>Idade</b> (maior idade)</li> <li>• <b>Idade</b> (maior idade)</li> </ul>

**Anexo III: Panfleto da educação para a saúde sobre a DM2, fatores de risco, tratamento, prognóstico e prevenção.**

**Local:** UCSP de Santa maria, domicilio dos pacientes diabéticos inscritos na UCC

**População alvo:** pacientes com diabetes tipo 2 c, que frequentam a consulta de diabetes da USP, inscritos na UCC

**Objetivo da educação para a saúde:** Informar o grupo de pessoas com DM 2 sobre a dDM 2, fatores de risco, tratamento, prognóstico e prevenção.

## Tratamento diabete tipo2

Os principais cuidados são:

Manter uma [alimentação EQUILIBRADA](#) e a [prática de exercícios físicos](#).

O uso de [medicação oral](#) também pode ser necessário para o controle das flutuações dos índices glicêmicos.

Quando o [tratamento oral](#) da diabete tipo 2 [não produz os efeitos esperados](#) pode ser necessário utilizar [insulina injetável](#).

## PROGNOSTICO/PREVENÇÃO

Pacientes com diabetes ou historia de diabetes tipo2 devem ser orientados a:

- Manter o peso normal
- Não fumar
- Controlar a pressão arterial
- Evitar medicamentos que potencialmente possam agredir o pâncreas
- Praticar atividade física regular.
- Realizar exame diário dos pés para evitar o aparecimento de lesões
- Manter uma alimentação saudável
- Utilizar os medicamentos prescritos
- Praticar atividades físicas
- Manter um bom controle da glicemia, seguindo corretamente as orientações médicas.

## DIABETE TIPO2

O que é Diabetes tipo 2?

O [diabetes tipo 2](#): doença crônica que afeta a forma como o corpo metaboliza a glicose(açúcar), principal fonte de energia do corpo.

A pessoa com diabetes tipo 2 pode ter uma [resistência aos efeitos da insulina](#) ou [não produz insulina suficiente](#) para manter um nível de glicose normal. Quando não tratado, o [diabetes](#) pode ser fatal.



## FACTORES DE RISCO

Qualquer pessoa pode ter diabetes tipo 2. Mas existem algumas condições que aumentam o risco:

- Idade acima de 45 anos
- Obesidade e sobrepeso
- Diabetes gestacional anterior
- Histórico familiar de diabetes tipo
- Pré-diabete
- Sedentarismo
- Baixos níveis de colesterol HDL
- Triglicérides elevados
- Hipertensão
- Consumo elevado de álcool.



**Anexo IV: Panfleto da Educação para a saúde sobre o pé diabético, causas, sinais de alerta diabetes e prevenção**

**Local:** UCSP de Santa maria, domicilio dos pacientes diabéticos inscritos na UCC  
**População alvo:** pacientes com DM2 c, que frequentam a consulta de diabetes da USP, inscritos na UCC

**Objetivo da educação para a saúde:** informar o grupo de pessoas com DM2 sobre o pé diabético, causas e sinais de alerta diabetes

### O pé diabético

O pé diabético é uma das complicações mais frequentes nas pessoas com diabetes. 25% das pessoas com diabetes têm um risco aumentado para o pé diabético  
Esta complicação é responsável pela maioria das amputações em Portugal.



#### Causas pé diabético

Na diabetes os vasos sanguíneos ficam estreitos e endurecidos.

Consequência de dois fatores: aterosclerose (acumulação de placas de gordura e outras substâncias nas artérias) e a neuropatia (degeneração dos nervos).

Estas duas causas normalmente aparecem associadas por isso esta complicação é importante que seja prevenida.

Pois previne a amputação



Os sinais de alerta são vários:

- Sensação de formigueiro; Perda da sensibilidade local; Dores;
- Ardor nos pés e nas pernas; Sensação de picada;
- Dormência e fraqueza nas pernas.



Aconselha-se que todas as pessoas com diabetes façam uma consulta anual com o seu médico ou com a sua enfermeira para que seja avaliado o risco e evitar outras complicações.

**Anexo V-Panfleto da educação para a saúde sobre cuidados com os  
pés das pessoas co diabetes**

**Local:** UCSP de Santa maria, domicilio dos pacientes diabéticos inscritos na UCC

**População alvo:** pacientes com DM2 c, que frequentam a consulta de diabetes da USP, inscritos na UCC **Objetivo da educação para a saúde :** Informar o grupo de pessoas com DM 2 sobre a os cuidados com os pés e medidas de prevenção.

<b>Cuidados com os pés</b>
<p><b>Medidas para prevenir as complicações</b></p> <p><b>É importante não só um bom controle da diabetes, mas também uns bons cuidados com os pés</b></p> <p>-Todos os dias, ou pelo menos uma vez por semana, examine os pés num lugar bem iluminado e verifique a existência de qualquer lesão: cortes, calos, bolhas, micoses, fissuras, feridas ou alterações de cor.</p> <p>-Manter os pés sempre limpos e use sempre água morna, para evitar queimaduras. A falta de sensibilidade característica da neuropatia interfere com a avaliação da temperatura e, por isso, este é um risco a evitar. No final, limpe os pés com uma toalha macia e gestos suaves, sem esfregar.</p> <p>-Hidratar a pele, mas evitando aplicar creme nas zonas entre os dedos dos pés ou à volta das unhas. A humidade favorece a multiplicação de microrganismos e ajuda ao desenvolvimento de infeções.</p> <p>-Devem-se usar meias sem costura ou elásticos fortes e sempre em materiais naturais, como o algodão ou lã, porque as fibras sintéticas favorecem as altas temperaturas e o suor.</p> <p>-As unhas devem ser cortadas com materiais apropriados ou com uma tesoura de ponta arredondada, sempre a direito e com os cantos arredondados, sem retirar as cutículas.</p> <p>-Devem ser evitadas as idas à manicure ou pédicure. Os calos e outros problemas devem ser tratados por um podologista..</p> <p>-Mantenha os pés protegidos, mesmo na praia e na piscina. Mais uma vez, a falta de sensibilidade decorrente da neuropatia faz aumentar o perigo de feridas ou lesões.</p> <p>-O calçado devem ser evitados sapatos abertos, apertados, de material sintético ou de salto com ponta fina. Sapatos fechados, macios e sem costuras são recomendados para pessoas com diabetes.</p> <p><b>Esteja atento a:</b> Sensação de formigueiro; perda da sensibilidade local; dores; ardor nos pés e nas pernas; sensação de picada; dormência e fraqueza nas pernas.</p>

**Anexo VI-Panfleto da educação para a saúde sobre estilos de vida saudáveis**

**Local:** UCSP de Santa maria, domicilio dos pacientes diabéticos inscritos na UCC  
**População alvo:** pacientes com DM2 c, que frequentam a consulta de diabetes da USP, inscritos na UCC.

**Objetivo da educação para a saúde:** informar o grupo de pessoas com diabetes tipo 2 sobre o pé diabético, causas e sinais de alerta diabetes.

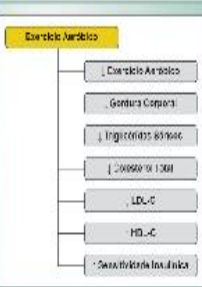
## Diabetes hábitos de vida saudáveis

### Atividade Física

- Não seja sedentário
- Faça exercício físico DIÁRIO – pelo menos 30 minutos todos os dias
- Ande bastante
- Pergunte ao seu médico quais exercícios físicos você pode fazer
- É importante que cada pessoa saiba a quantidade e intensidade de exercício que pode praticar
- Deve vigiar a sua glicemia para evitar hipoglicemias

#### Importância da Atividade física:

- Ajuda a melhorar o controle da glicemia
- Baixa o nível de açúcar no sangue;
- Diminui a necessidade de insulina ou comprimidos
- Melhora a saúde cardiovascular;
- Fortalece todos os músculos,
- Ativa a circulação.
- Diminui a sua tensão arterial,
- Ajuda na perda de peso, (aliado a uma alimentação saudável)
- Ajuda a baixar o colesterol e outras gorduras
- Melhora o humor e a auto confiança,



### Medicamentos

Muitos necessitam de *medicamentos* para conseguir atingir o nível normal de glicemia

#### Diabete tipo1

Exige insulino terapia

Esquema intensivo de 3 a 4 doses de insulina/ dia

Insulina basal e prandial: cujas as doses são ajustadas com as glicemias capilares ao menos 3x ao dia

#### Diabete tipo2

Exige tratamento não farmacológico

Em geral complementado com antidiabético oral

Eventualmente complementado por Insulina

Orientado pela equipe do centro de saúde, com supervisão dos médicos e enfermeiros.

Cerca de 95% dos casos são do diabetes tipo 2, que acontece, na maioria das vezes: pelo descuido com a saúde.

#### Principais fatores de risco:

- Idade > 45 anos;
- Sedentarismo;
- Mulheres que tiveram diabetes gestacional;
- Mulheres que tiveram filhos com 4 kg ou mais;
- Glicemia alterada anteriormente;
- Sedentarismo;
- Obesidade;
- Má alimentação;
- Fator hereditário (Parentes de portadores de Diabetes)
- Hipertensos
- Pessoas com aumento de colesterol e triglicéridos



A **Prevenção** do desenvolvimento/ **Tratamento** da doença requer com adoção de hábitos saudáveis de vida:

#### Principais focos do tratamento são:

- Alimentação
- Atividade física
- Medicação
- Monitorização e autocuidado



**Anexo VII-Panfleto da educação para a saúde sobre agir para prevenir**

**Local:** UCSP de Santa maria, domicilio dos pacientes diabéticos inscritos na UCC

**População alvo:** pacientes com DM2 c, que frequentam a consulta de diabetes da USP, inscritos na UCC.

**Objetivo da educação para a saúde:** informar o grupo de pessoas com diabetes tipo 2 sobre como agir para prevenir.

### Agir para prevenir

Para uma boa prevenção à que aceitar e agir

Visite de uma forma regular o seu médico e a sua enfermeira e siga as orientações recomendadas,

Não troque nem se esqueça de respeitar e manter os horários da toma da medicação.

Faça o controle e vigilância das glicémias diariamente.

Esteja atento a qualquer sinal ou manifestação diferente do normal.

Mantenha a sua glicemia controlada dentro dos valores aceitáveis.

Vigia as suas tensões arteriais.

Vigie o seu colesterol.

Alimente-se de forma saudável.

Pratique exercício físico todos os dias ou pelo menos 30 minutos por dia.