

Bernardo Sá de Moura

Adesão da pessoa com Diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019

Bernardo Sá de Moura

Adesão da pessoa com Diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019

Bernardo Sá de Moura

Adesão da pessoa com Diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado

Bernardo Sá de Moura

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

RESUMO

A não adesão às atividades de autocuidado é um problema mundial que, para além de afetar diretamente a saúde dos indivíduos, afeta também os recursos económicos e sociais.

Apesar da importância da adesão às atividades de autocuidado, largamente fundamentada na evidência científica, facto é que, em muitos casos, os doentes não o fazem. Assim, entender as questões relacionadas com a adesão tem vindo a ganhar cada vez mais relevância.

Deste modo, com este estudo pretendeu-se caracterizar uma amostra de indivíduos com diabetes *mellitus* tipo 1 e avaliar o seu nível de adesão às atividades de autocuidado.

É um estudo descritivo, transversal e quantitativo, tendo sido desenvolvido na cidade do Porto e nele participaram 60 diabéticos tipo 1. Para a recolha de dados utilizou-se da Escala de Autocuidado com a Diabetes na sua versão traduzida e adaptada para português de Portugal, de Bastos (2004).

Os resultados mostraram um perfil de participantes maioritariamente jovem, empregado, do género feminino, casados, com o ensino secundário completo e com um diagnóstico da diabetes recente.

Foram avaliados à adesão as atividades de autocuidado, no domínio da alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés, medicamentos e hábitos tabágicos.

Conclusão: Através deste estudo, alcançou-se um conhecimento mais aprofundado da amostra, permitindo caracterizá-la sociodemograficamente e também conhecer e identificar os padrões de adesão às atividades de autocuidado, permitindo a recomendação de medidas educativas dirigidas para o cuidado da pessoa portadora de diabetes *mellitus*.

Palavras chave: adesão; autocuidado; diabetes *mellitus* tipo 1;

ABSTRATCT

Non-adherence to self-care activities is a worldwide problem that, in addition to directly affecting the health of individuals, also affects economic and social resources.

Despite the importance of adherence to self-care activities, largely based on scientific evidence, in many cases patients do not. therefore, understanding issues related to accession has gained increasing relevance.

Therefore, this study aimed to characterize a sample of individuals with type 1 diabetes *mellitus* and to assess their level of adherence to self-care activities.

This study was carried out in the city of Oporto and was attended by 60 type 1 diabetics. Data collection was done using the Diabetes Self-Care Scale in its Portuguese version, adapted by Bastos (2004).

The results showed a profile of participants mostly young, employed, female, married, with complete secondary education and with a recent diagnosis of diabetes.

Self-care activities were evaluated at the general food, specific food, physical activity, blood glucose monitoring, foot care, medication and smoking habits.

Conclusion: Through this study, a more in-depth knowledge of the sample was obtained, allowing it to be characterized sociodemographically and also to know and identify patterns of adherence to self-care activities, allowing the recommendation of educational measures aimed at the care of the person with diabetes mellitus.

Keywords: accession; self-care; type 1 diabetes *mellitus*;

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos dirigem-se, em primeiro lugar à minha orientadora, Professora Doutora Margarida Ferreira, por ter aceite orientar esta monografia, por tudo o que me ensinou, pelo seu apoio durante o decorrer destes quatro anos, pela disponibilidade, pela orientação fornecida e pela força que me transmitiu;

Às minhas colegas e amigas, Ana e Catarina, por todo o carinho e apoio demonstrado ao longo desta caminhada que, finalmente, terminamos juntos;

À minha família, o meu obrigado pelo apoio incondicional que me foram dando ao longo desta minha caminhada;

A ti Diogo, porque estiveste presente nos bons e maus momentos, sem nunca teres saído do meu lado. Foste o meu braço direito e o meu ombro amigo, quando o percurso não se avizinhava fácil. A ti, o meu obrigado!

A vocês todos, nunca encontrarei palavras suficientes para vos agradecer!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA - American Diabetes Association

APDP - Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

DM - Diabetes *Mellitus*

IDF - International Diabetes Federation

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

SPD - Sociedade Portuguesa de Diabetologia

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
I. Fase Concetual	15
1. Problema de investigação	15
i. Dominio da investigação	16
ii. Questão pivot e questões de investigação	16
iii. Objetivos de investigação	17
2. Revisão da literatura	19
i. Diabetes <i>mellitus</i>	19
ii. Adesão ao autocuidado	26
II. Fase Metodológica	30
1. Desenho de investigação	30
i. Meio	31
ii. Tipo de estudo	31
iii. População alvo, amostra e processo de amostragem	32
iv. Variáveis em estudo	33
v. Instrumento de recolha de dados e pré-teste	34
vi. Tratamento e apresentação dos dados	37
2. Salvaguarda dos princípios éticos	38
III. Fase Empírica	40
1. Apresentação/análise e Interpretação dos dados	40
2. Conclusões do estudo	50
CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico I - Distribuição por Género	41
Gráfico II - Distribuição por Faixa Etária	42
Gráfico III - Distribuição por Estado Civil	42
Gráfico IV - Distribuição por Habilitações Literárias	43
Gráfico V - Distribuição por Atividade Profissional	44
Gráfico VI - Distribuição por faixa de tempo de diagnóstico da diabetes	44
Gráfico VII - Outras patologias associadas à diabetes	45
Gráfico VIII – Hábitos tabágicos	50

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da Escala de Atividades de Autocuidado na Pessoa com Diabetes 46

INTRODUÇÃO

O presente estudo de investigação surge no âmbito do currículo pedagógico do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Polo Porto, no ano letivo de 2018/2019, como requisito para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

A realização deste Projeto de Graduação iniciou-se com a escolha do tema a investigar, decorria o 2º ano de Licenciatura e terminou em junho de 2019 aquando da sua entrega à faculdade e ter sido posteriormente defendida no mês de julho de 2019.

Uma investigação científica, segundo Fortin (2009), define-se como um processo que permite resolver problemas relacionados com o conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual nós vivemos. Constitui um método particular de obtenção de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que carecem de ser investigadas. Como ponto de partida para qualquer investigação, surge a necessidade de se escolher um domínio de interesse geral, transpondo-o para uma questão que poderá ser estudada.

A concretização e realização deste Projeto de Graduação apresenta motivações, quer académicas, quer pessoais, para o investigador. Em termos académicos, esta investigação apresenta como motivação principal a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, assim como proporcionar um leque de competências a nível da Investigação em particular na Enfermagem, de forma a contribuir para o inquirimento da investigação como uma prática aquando do exercer da atividade profissional. Em termos pessoais, esta pesquisa ostenta como motivação adquirir competências a nível de investigação em si, visto se tratar do primeiro contacto direto com a mesma e daí resultar um crescimento a nível da formação, assim como permitir deter um maior conhecimento acerca do tema em estudo.

O tema abordado nesta investigação foi a Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado. O interesse em abordar esta temática surgiu visto aquando da escolha do possível tema a investigar, se constatar que é um tema que neste momento tem sido bastante investigado, no entanto pouco abordado aquando da formação académica do investigador.

A diabetes *mellitus* surge como um dos principais problemas de saúde pública e é um dos transtornos crónicos mais frequentes no mundo. Portugal não é exceção, onde a diabetes apresenta uma carga significativa com aumento da sua prevalência. Estima-se que a prevalência do diabetes tenha chegado, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2014), a cerca de 422 milhões de pessoas.

A diabetes tipo 1 é uma doença crónica caracterizada pela produção deficiente de insulina e requer a administração diária de insulina, sendo que era anteriormente conhecida como insulino dependente, juvenil ou de início na infância. (Organização Mundial de Saúde, 2014)

Sendo esta uma doença cujo controlo depende não só da autogestão do regime terapêutico, mas também da adoção de comportamentos de autocuidado que contribuam para a redução da mortalidade e morbilidade. O autocuidado é uma função reguladora que permite às pessoas desempenharem, por si sós, as atividades que visam à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar. Concetualizar o autocuidado e estabelecer as necessidades e as atividades de autocuidado são fundamentais para compreender de que forma as pessoas podem usufruir a intervenção do enfermeiro. A participação ativa da pessoa com diabetes, por meio das atividades de autocuidado, constitui-se como fundamental para o controle da diabetes, uma vez que a pessoa e seus familiares são responsáveis por mais de 95% do tratamento. (Neta, 2015)

O enfermeiro tem um papel fundamental como membro da equipa multiprofissional, atuando na educação para o autocuidado de pessoas diabéticas.

Após uma aprofundada revisão de literatura através de pesquisa na internet, de artigos científicos, teses, dissertações e livros presentes em bibliotecas físicas e virtuais, surgiu como objetivo geral da investigação: Avaliar a adesão da pessoa com diabetes tipo I às atividades de autocuidado.

Neste estudo optou-se pela metodologia descritiva, transversal com abordagem quantitativa. O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário “Summary of Diabetes Self-Care Activities – SDSCA” – versão traduzida e adaptada para português de Portugal, numa amostra bola de neve “Snowball”, aplicado a uma amostra de 60

pessoas, com idade superior aos 18 anos, que habitam a cidade do Porto e que sejam portadores de Diabetes tipo I.

Este trabalho de investigação segue a estrutura típica de qualquer trabalho escrito. Está dividido em três partes distintas: a primeira parte, aborda a fase concetual, na qual é abordado o problema de investigação, o domínio de investigação, as questões pivô e de investigação, revisão da literatura e objetivos do estudo; a segunda parte corresponde à fase metodológica que abrange o tipo de estudo, apresentação da população e amostra, as variáveis do estudo, o instrumento e método de recolha de dados e as considerações éticas; em último, a terceira e última parte refere-se à fase empírica, na qual se realiza a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos de acordo com os objetivos da investigação.

Os resultados obtidos no presente estudo indicam que a adesão às atividades de autocuidado como a alimentação, a atividade física, a monitorização da glicemia, os cuidados com os pés, o cumprimento da terapêutica e os hábitos tabágicos são fundamentais para um controlo apertado da diabetes e conseqüentemente, na prevenção de complicações associadas.

I. Fase Concetual

Fortin (2009) caracteriza o processo de concetualizar como uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar, em torno de um determinado assunto, com o objetivo de obter uma conceção clara e organizada do objeto em estudo.

De acordo com a mesma autora (2009), a fase concetual inicia-se quando o investigador começa a trabalhar uma ideia, de forma a orientar a sua investigação. Sendo que esta última pode resultar de uma observação, de uma inquietação com algum aspeto em particular.

Fortin (2009) considera que a fase concetual se divide em 5 etapas sendo elas a escolha do tema, a revisão da literatura, a elaboração do quadro de referência, a formulação do problema e o enunciado do objetivo, das questões de investigação assim como das hipóteses.

Quivy (2008) considera a fase concetual como uma fase de rutura. Este autor afirma que a rutura consiste precisamente em romper com os preconceitos e as falsas evidências, que somente nos dão a ilusão de compreendermos as coisas.

Fortin (2009) considera que esta fase constitui uma etapa crucial, visto que, fornece à investigação as suas bases, perspectivas e força.

1. Problema de investigação

De acordo com Fortin (2009), um problema de investigação é uma situação que necessita de elucidação ou de uma modificação. Uma situação pode ser ponderada como problemática quando existe um desvio entre uma situação pensada como insatisfatória e uma situação desejável.

Este facto leva à formulação de um problema de investigação, que necessita de solução ao qual o processo de investigação tenta dar resposta. É necessário a existência de algumas condições para a formulação do mesmo, nomeadamente a escolha antecipada de um tema de investigação, que se direcione para a problemática e a estruturação de uma

questão que servirá de guia para o tipo de investigação e que ajudará a obter uma maior clareza em relação ao problema.

De acordo com Coutinho (2014), alude que o problema de investigação é fundamental porque centra a investigação numa área ou domínio concreto, organiza o projeto, dando-lhe direção e coerência, delimita o estudo, mostrando as suas fronteiras, guia a revisão da literatura para a questão central.

Neste sentido, surge a problemática em estudo: “*Avaliar a Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado*”.

i. Domínio da investigação

Segundo Fortin (2009), uma investigação exige um leque de interesses, podendo-se também, limitar a um determinado domínio de investigação mais concreto, de forma a que o tema em estudo, seja um elemento particular de um determinado domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e que impulsiona a realização de uma investigação.

O domínio de investigação, apresenta ainda uma importância acrescida, visto que proporciona o suscitar de uma questão que se relaciona com o domínio. A mesma autora diz ainda que o tema de estudo “está frequentemente ligado a preocupações clínicas, profissionais, comunitárias, psicológicas ou sociais” (Fortin, 2009, p.67).

O tema delineado para este estudo centra-se na “*Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado*”.

ii. Questão pivot e questões de investigação

Após a identificação do problema para o presente estudo, surge a necessidade de delinear a pergunta de partida, esta que deve incluir as variáveis em estudo, e a qual se deve dar uma resposta no final do projeto de investigação.

Segundo Fortin (2009), uma questão de investigação é uma pergunta evidente que diz respeito a um determinado tema de estudo que se tenciona analisar, tendo em vista o desenvolvimento do conhecimento existente. É um enunciado claro e, não obstante que discrimina os conceitos analisados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.

Neste sentido, a questão de investigação torna-se um dos principais impulsionadores do investigador no seu estudo, para a obtenção da resposta à mesma no final da investigação. Tal como refere Ribeiro (2010, p. 34): “(...) a questão de investigação constitui o elemento fundamental do início de uma investigação (...)”

A questão de investigação apresenta ainda duas componentes: o domínio e a questão pivô. Esta última, segundo Fortin (2009), vem antes do domínio enunciado da questão e direciona o que será investigado.

Tendo por base o que foi dito anteriormente, e tendo a noção da importância da questão pivô num trabalho de investigação, projetou-se a seguinte questão: “Qual a *adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado?*”

Deste modo, e tendo em conta o que foi exposto anteriormente, delineou-se para este estudo as seguintes questões:

Q1: Quais as dimensões do autocuidado a que as pessoas com diabetes *mellitus* tipo 1 aderem?

Q2: Qual o nível de adesão às diferentes atividades de autocuidado na diabetes *mellitus* tipo 1?

Q3: Qual o nível de conhecimentos acerca da diabetes *mellitus* tipo 1 que a amostra apresenta?

iii. Objetivos de investigação

O objetivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo, consiste no fio condutor da investigação.

O enunciado de um objetivo de investigação deve indicar de forma clara qual o fim que o investigador pretende. Nele, são especificadas as variáveis-chave, a população onde os dados serão recolhidos e o verbo de ação que serve para orientar a investigação (Fortin, 2009).

Ribeiro (2010, p.34) afirma que os objetivos de investigação “(...) representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder à questão de investigação (...)”.

Para refletir sobre o propósito da presente investigação e de forma a responder às preocupações evidenciadas na temática em estudo definiu-se o seguinte objetivo geral: *“Avaliar a adesão da pessoa com diabetes tipo I às atividades de autocuidado”*

Como objetivos específicos traçamos os seguintes

- Caracterizar o grupo de pessoas adultas com Diabetes tipo 1 do concelho do Porto relativamente às variáveis sociodemográficas;
- Identificar os padrões de adesão da pessoa adulta com Diabetes tipo 1, às atividades de autocuidado;

2. Revisão da literatura

A revisão de literatura implica detetar, consultar e obter referências e outros, matérias úteis para os propósitos do estudo dos quais extraímos e sintetizamos informação relevante e necessária para o problema de pesquisa (Sampieri, H et all, 2013 p.76).

A revisão da literatura equivale a fazer um balanço do que foi escrito no domínio da investigação em estudo. Por mais interessantes que sejam as questões de investigação não poderão ser abordados sem ter em conta os conhecimentos já adquiridos no domínio de investigação escolhido. “(...) a revisão de literatura ajuda a prender o alcance dos conceitos em jogo (...) faz ressaltar certos aspetos da questão que necessitarão de um estudo mais profundo.” (Fortin 2009, p.73)

Tendo em conta o referido anteriormente, esta etapa revela-se de extrema importância, tal como refere a mesma autora, (2009 p. 73): “A pesquisa documental é, portanto, uma etapa essencial á exploração de um domínio essencial.”

Neste sentido, procurando situar o estudo num contexto teórico e específico utilizou-se para tal a literatura científica indexada nas bases de dados: Web of Science, LILACS e Scientific Eletronic Library Online (SciELO), na língua portuguesa, utilizando-se as palavras-chave: autocuidado, adesão, diabetes, diabetes *mellitus* tipo I, usando diversas combinações. Também se recorreu a livros e trabalhos científicos nomeadamente artigos de revisão.

No presente estudo pretendeu-se abordar temas relacionados com a diabetes *mellitus*, empoderamento, o autocuidado e a adesão.

i. Diabetes *Mellitus*

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

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, 2014) e a American Diabetes Association (ADA, 2019) existem quatro tipos de diabetes etiológicamente distintos: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional e outros tipos específicos de diabetes.

A DM Tipo 1 representa aproximadamente 5 a 10% de todos os casos de diabetes e caracteriza-se pela destruição das células beta do pâncreas que leva a uma deficiência absoluta de insulina e pode ter origem autoimune ou idiopática. Este tipo de diabetes é mais comum nos jovens, no entanto, pode ocorrer em qualquer idade. (Ministério da Saúde, 2011; ADA, 2014)

Segundo o Ministério da Saúde, em 2015, a diabetes tipo 1 nas crianças e nos jovens com idades compreendidas entre os 0-19 anos, atingiu 3327 indivíduos, correspondendo a 0,16% da população portuguesa neste escalão etário. Já no ano de 2016, segundo o Ministério da Saúde, o número de casos de diabetes tipo 1, dos 0 aos 18 anos, atingiu os 1472 casos do sexo feminino e 1707 do sexo masculino.

Regufe (2017), num estudo realizado menciona que 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 morbilidade e mortalidade.

A OMS (2014) alude que, atualmente existem cerca de 422 milhões de pessoas com diabetes em todo o mundo. Determinadas pessoas (subgrupos) apresentam maior risco de desenvolver diabetes, tais como minorias étnicas e pessoas com níveis socioeconómicos baixos, por apresentarem equitativamente: elevado risco de um diagnóstico tardio, inadequada autogestão da doença, pobre controlo glicémico, desenvolvimento frequente de complicações, visitas frequentes ao hospital e mais hospitalizações. (Videira, 2011)

Videira (2011) acrescenta que a diabetes: reduz a esperança de vida entre cinco a dez anos; aumenta o risco de enfarte agudo do miocárdio e de acidente vascular cerebral entre duas a cinco vezes; reduz a proteção das mulheres contra as doenças cardiovasculares em fase pré-menopausa; constitui a causa mais comum de amputação não traumática dos membros inferiores, de cegueira em adultos em idade ativa e de fase terminal na doença renal; conduz ao desenvolvimento de doença renal, evidente em cerca de 30% das pessoas

portadoras da diabetes; conduz ao desenvolvimento de impotência sexual em cerca de 50% dos homens, com diabetes de longa duração.

a) Conceito, Diagnóstico e Classificação

O termo diabetes *mellitus* descreve uma desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por uma hiperglicemia crônica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, resultantes de deficiências na secreção ou ação da insulina, ou de ambas. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2019)

Os Diabetes tipo 1 inclui os casos que são atribuídos processos autoimunes bem como aqueles em que há destruição das células β e propensão para cetoacidose mas, nos quais, não é conhecida etiologia nem patogénese (idiopático), sendo geralmente, determinado pela presença de anticorpos anti-GAD (descarboxilase do ácido glutâmico), anticorpos contra as células dos ilhéus ou contra insulina e que identificam o processo autoimune que conduz à destruição das células β . (SPD, 2019).

Segundo a American Diabetes Association [ADA] (2019), na Diabetes tipo 1, o corpo não tem a capacidade de produzir insulina, decompondo os hidratos de carbono ingeridos, em glicose, usando-o como energia. A insulina é a hormona que o corpo necessita para obter a glicose da corrente sanguínea nas células do corpo.

A Internacional Diabetes Federation [IDF] (2019), afirma que a Diabetes tipo 1 é causada por uma reação autoimune, onde o sistema imunitário ataca as células que produzem insulina.

A IDF (2019) enumera como sintomas caraterísticos da Diabetes tipo I, a sede anormal, xerostomia, repentina perda de peso, poliúria, enurese noturna, astenia, fadiga, fome constante e visão turva ou desfocada. Em casos mais graves, pode desenvolver-se cetoacidose ou um estado hiperosmolar não-cetónico que pode conduzir a letargia, coma e, na ausência de tratamento adequado, à morte. Na maioria das vezes, os sintomas não são graves, sendo até ausentes e, conseqüentemente, pode estar presente durante muito tempo uma hiperglicemia suficiente para causar alterações patológicas e funcionais, antes de ser feito o diagnóstico. (SPD, 2019)

Na diabetes tipo 1, os sinais e sintomas são geralmente perceptíveis desenvolvendo se em poucas semanas, na diabetes tipo 2 os sinais e sintomas não são tão perceptíveis devido à progressão lenta da doença. Na diabetes tipo 2, por vezes o diagnóstico é feito durante a realização de exames de rotina e, tal como na diabetes tipo 1, os sintomas aliviam a partir do momento em que se inicia o tratamento e se consegue um controlo glicémico adequado. (IDF, 2013)

A diabetes tipo 2, embora sendo a forma mais frequente da doença, representando em Portugal cerca de 13%, sendo que destes 5,7% não sabem que a apresentam (Portal da Saúde, 2013). Este tipo de diabetes pode desenvolver-se em qualquer idade podendo, na maioria das vezes, ser prevenida. É uma doença silenciosa que se desenvolve durante muitos anos, sendo também uma doença em crescimento que atinge cada vez mais pessoas em todo o mundo e, cada vez mais, em idades mais jovens. (Bial-DM, 2013)

Segundo a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2019), a confirmação do diagnóstico de diabetes, numa pessoa com sintomatologia grave e grande hiperglicemia, difere dos necessários numa pessoa assintomática com valores de glicemia apenas ligeiramente acima do valor limite para o diagnóstico.

Segundo a ADA (2019), o diagnóstico é feito de acordo com os seguintes parâmetros e valores no plasma venoso:

- Glicémia em jejum ≥ 126 mg/dl;
- Sintomas clássicos + glicémia ocasional ≥ 200 mg/dl;
- Glicémia ≥ 200 mg/dl às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose;
- Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$;

De acordo com o mesmo autor, uma hiperglicemia grave detetada em qualquer condição, pode ser transitória e não deve por si só ser considerada como diagnóstica de diabetes. Numa pessoa assintomática, o diagnóstico, nunca deve ser feito com base num único valor anormal de glicemia. É essencial pelo menos mais um teste à glicose no sangue/plasma com resultado positivo, quer em jejum, ao acaso ou numa prova de tolerância à glicose oral (PTGO). Se um dos destes testes não permitirem confirmação do diagnóstico de

diabetes *mellitus*, é geralmente aconselhável manter vigilância e realizar novos testes periodicamente até que o diagnóstico seja claro. (SPD, 2019)

Existe uma alternativa à determinação da glicemia ou à PTGO como forma simplificar o diagnóstico de diabetes *mellitus*. Sendo que, a hemoglobina glicada, reflete o valor médio da glicemia num período de algumas semanas, permite obter uma sensibilidade e especificidade iguais ou quase iguais à determinação da glicose.

Patrão (2011) afirma que existem vários fatores possíveis para o desenvolvimento da diabetes *mellitus* tipo 2, como: a obesidade, a alimentação inadequada, a inatividade física, o envelhecimento, a resistência à insulina, a história familiar de diabetes, o ambiente intrauterino dismetabólico e a etnia.

b) Complicações

Sendo a diabetes uma doença crónica para a qual ainda não existe cura, o seu tratamento foca o controlo da homeostase da glicose, como a única forma de evitar o aparecimento de complicações. A única forma de diminuir ou retardar o surgimento da resposta da pessoa ao processo de doença e dos seus danos é através de um controlo rigoroso da glicémia, da tensão arterial e dos lípidos, assim como uma vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis. (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo, 2011)

Estima-se que cerca de 40% dos diabéticos venham a padecer de complicações inerentes a esta patologia. Estas evoluem de uma forma silenciosa e, por vezes, já estão instaladas há algum tempo quando são detetadas. (Videira, 2011)

As complicações da diabetes podem ser caracterizadas como 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. Estas complicações surgem habitualmente a longo prazo e, em particular, quando existe um quadro de hiperglicemias repetidas. (Regufe, 2014)

Como efeitos a longo prazo da diabetes *mellitus* incluem, o desenvolvimento progressivo das complicações específicas de retinopatia diabética com potencial cegueira, nefropatia que pode conduzir insuficiência renal, e/ou neuropatia com risco de ulcerações nos pés, amputações, artropatia de Charcot e sinais de disfunção autonômica, incluindo disfunção sexual. Os portadores desta patologia têm um risco aumentado de doença cardiovascular, vascular periférica e cerebrovascular. (SPD, 2019)

Segundo a IDF (2019), os portadores de diabetes têm um risco aumentado de desenvolver uma série de problemas que afetam o coração e vasos sanguíneos, olhos, rins, nervos e dentes. Além disso, pessoas com diabetes também têm um maior risco de desenvolver infecções.

As duas principais complicações agudas da Diabetes Tipo 1 merecem especial destaque pela sua frequência e também pelo seu efeito prejudicial na qualidade de vida dos diabéticos, pois frequentemente exigem intervenção médica. (Nunes, 2010)

Segundo ADA (2019), a hipoglicemia define-se como um estado metabólico caracterizado por níveis de glicemia inferiores a 70 mg/dL, acompanhada de manifestações clínicas de intensidade e expressão variáveis, que refletem sintomas como a ansiedade, palpitações, tremores, déficit cognitivo e coma. Esta é a definição padrão e está relacionada com o limiar inicial para a liberação de hormonas contrarreguladoras (glucagon, catecolaminas, cortisol e hormona do crescimento). Existe ainda referência a hipoglicemia grave que é considerada quando os níveis de glicemia se encontram inferiores a 50 mg/dl e que, na grande maioria das vezes, já reflete alterações do estado de consciência.

Segundo Phipps (2009), um controlo apertado dos níveis de glicemia é muito importante nos diabéticos pois previne ou, pelo menos, atrasa as complicações microvasculares (nefropatia, retinopatia e neuropatia), sendo que, para isso o tratamento da Diabetes Tipo 1 consiste numa tríade: insulina, dieta e exercício físico, visto que, esta patologia se caracteriza por ser insulinopénica, sendo fundamental a reposição fisiológica da insulina.

A cetoacidose diabética é caracterizada pelo déficit absoluto ou relativo de insulina, agravado pela instalação de hiperglicemia, desidratação e alterações do metabolismo intermediário produtor de acidose metabólica. (Carneiro, A. Neutel, E., 2011)

Esta condição é uma complicação frequente da Diabetes Tipo 1, potencialmente fatal, exigindo tratamento médico imediato. Considera-se que, cerca de 3% dos casos de cetoacidose diabética, sejam a forma de apresentação de doentes portadores de diabetes tipo 1. (Carneiro, A. Neutel, E., 2011)

Considera-se que, segundo a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal [APDP] (2019), o pé diabético é uma das complicações mais frequentes na diabetes, sendo que, 25% das pessoas portadoras desta patologia carecem de condições que aumentam o risco de pé diabético.

A IDF (2019), afirma que, a neuropatia diabética caracteriza-se pelo dano do nervo diabético, levando a uma diminuição da pessoa de sentir dor, calor e frio. Esta perda de sensibilidade, parcial ou total e, a carência de cuidados de higiene adequados, pode levar a situações de pé diabético.

Segundo o relatório do Programa Nacional para a Diabetes, da Direção-Geral da Saúde [DGS], em 2015, estimava-se a prevalência de 13% da população portuguesa, entre os 20 e os 79 anos, fosse portador de diabetes e que, 44 % das pessoas com diabetes estivessem ainda por diagnosticar.

A Organização Mundial de Saúde, no seguimento de iniciativas anteriores, propôs uma estratégia global para a alimentação, o exercício físico e a saúde, reconhecendo que as doenças crónicas não transmissíveis representavam 60% de todas as causas de morte e que eram geradoras de 47% dos encargos gerais com a saúde. Situação que, no entanto, exibem uma preocupante tendência para se acentuar, na medida em que no ano 2020 estima-se que aquelas percentagens subam, respetivamente, para 73% e 60%. (DGS, 2014).

Segundo a DGS (2015), o Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020, enumera uma das Metas de Saúde 2020, é a redução da mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%, alinhando-se com a Resolução da OMS-Euro de 2012 (RC62-01) de redução em 25% a mortalidade referente a doenças não transmissíveis (atribuível às doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas).~

ii. Adesão ao Autocuidado

As pessoas com diabetes *mellitus* tipo 1 apresentam frequentemente necessidades de autocuidado. A adesão caracteriza-se como uma ação que visa a promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo determinadas orientações não se desviando delas, empenhando um conjunto de ações ou comportamentos. (CIPE, 2015)

Com isto, se existir um cumprimento do regime do tratamento, da toma da medicação como indicado, uma mudança do comportamento para melhor, manifestar sinais de cura, procura dos medicamentos no prazo indicado, interiorização do valor de um determinado comportamento de saúde e cumprimento das instruções relativas a um tratamento, pode-se afirmar, segundo a CIPE (2015), que existe adesão ao regime terapêutico.

Para a OMS (2019), adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco fatores, denominados como “dimensões”, no qual os fatores relacionados ao paciente são apenas um determinante. Estes cinco fatores são os seguintes: sistema e a equipa de saúde, fatores socioeconómicos, fatores relacionados com o paciente, fatores relacionados à doença e fatores relacionados ao tratamento.

A adesão ao tratamento tem uma natureza multifatorial, uma vez que é influenciada por várias variáveis que atuam a partir de diferentes fontes. Estes fatores podem ser agrupados em categorias, nomeadamente as características do doente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconómico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (perceção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento dentro do qual engloba-se a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipa de saúde. (Salvado, 2012)

A adesão deve ser vista como uma atividade conjunta entre o profissional e o doente, na qual o doente não obedece apenas às orientações de um profissional de saúde, mas compreende-as, concorda com o tratamento prescrito, segue a prescrição e colabora. (Salvado, 2012)

A adesão da pessoa com DM é um aspeto extraordinariamente importante, pois as complicações desta doença são determinadas, numa larga extensão, pela eficácia do tratamento prescrito e pelo nível de adesão do doente à medicação e à mudança de estilos de vida. (Salvado, 2012)

A pessoa com diabetes *mellitus* deve efetuar um complexo plano de ações comportamentais de cuidados diariamente, ao longo de toda a sua vida, as quais envolvem o estilo de vida, medicação, monitorização dos níveis de glicemia, resposta a sintomas de hipoglicemia ou hiperglicemia, cuidados com os pés e procura de cuidados de saúde adequados para a DM ou para outros problemas de saúde. (Salvado, 2012)

O autocuidado em saúde é definido como as medidas que cada pessoa, de forma individual, toma para proteger o seu bem-estar físico, mental e social. (Baquedano, 2010; Salvado, 2012)

A CIPE (2015) define que autocuidado caracteriza-se por uma atividade executada pelo próprio indivíduo para tratar do necessário para se manter funcional e capaz de lidar com as necessidades básicas humanas e íntimas e as respetivas atividades de vida diárias.

Segundo Dorothea Orem (2006), o autocuidado descreve e explica a prática de cuidados prestados pela pessoa portadora de uma necessidade para manter a saúde e o seu bem-estar.

A pessoa com diabetes *mellitus*, para manter a sua qualidade de vida impõe cuidados permanentes, devendo fortalecer habilidades de autocuidado. As atividades de autocuidado na pessoa com diabetes *mellitus* tipo I dizem respeito à alimentação, exercício físico, auto monitorização da glicemia capilar, cuidados com os pés, terapêutica farmacológica e hábitos tabágicos. (Baquedano, 2010; Salvado, 2012)

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009), uma melhor adesão está relacionada com a segurança do doente, traduzindo-se em melhores resultados de saúde e diminuição dos custos com os cuidados de saúde. A boa adesão melhora a efetividade das intervenções, promove a saúde e melhora a qualidade de vida e a esperança de vida dos doentes. Não há uma forma única de promover a adesão aos regimes de tratamento. Para melhorar a adesão, têm de combinar-se várias estratégias educativas e comportamentais, sendo os lembretes e o reforço do comportamento do doente. Além disso, os prestadores de

cuidados de saúde (profissionais de saúde) podem investigar as preferências dos doentes, simplificando os regimes de dosagem, etc.

É desejável que a pessoa com diabetes *mellitus*, se envolva ativamente no seu tratamento e adquira competências para assumir um papel relevante na gestão da doença, na tomada de decisão relacionada com as atividades comportamentais do seu dia a dia e conquiste o equilíbrio entre uma multiplicidade de comportamentos de autocuidados quotidianos. No entanto, os indivíduos parecem aderir mais facilmente a alguns componentes do tratamento que a outros, verificando-se uma maior adesão à medicação e menor adesão aos aspetos comportamentais, nomeadamente, à alimentação e atividade física. (Salvado, 2012).

A educação para a saúde é, provavelmente, o pilar fundamental no tratamento do doente com diabetes *mellitus*, sendo que para se obterem resultados positivos no tratamento e no controlo da diabetes *mellitus*, a pessoa deve ser consciencializada sobre todos os aspetos inerentes à doença, sendo, portanto, muito relevante a educação. (Salvado, 2012)

As estratégias educativas, que melhoram a adesão entre as pessoas com doenças crónicas, incluem a redução do número de medicamentos e da frequência das doses, o facultar de informação acerca dos efeitos secundários esperados e a motivação das pessoas para as alterações no estilo de vida causadas pela terapêutica. É muito importante educar os doentes acerca das suas doenças crónicas, benefícios do tratamento e complicações associadas à não-adesão. (Ordem dos Enfermeiros, 2009)

A educação é necessária para a autogestão, uma vez que a maioria dos cuidados prestados para doenças crónicas exigem que os doentes estejam envolvidos no seu próprio autocuidado. A OE (2009) define que a educação é uma estratégia importante para melhorar a adesão, mas os doentes não precisam só de ser informados, mas também de ser motivados e encorajados a aderir ao tratamento e aos objetivos relacionados com o estilo de vida, sendo necessária, uma abordagem multidisciplinar para tratar as doenças crónicas e melhorar a adesão. A melhoria da adesão irá exigir a cooperação contínua entre os profissionais de saúde, investigadores, responsáveis pelas políticas, famílias e, mais importante que tudo, o doente.

Segundo a OMS (2019), o empoderamento pode ser um processo social, cultural, psicológico ou político através do qual os indivíduos e grupos sociais têm a capacidade de expressar as suas necessidades, as suas preocupações, as suas estratégias para o envolvimento na tomada de decisões e alcançar ações políticas, sociais e culturais para responder a essas necessidades. Através do processo de empoderamento, as pessoas vêm uma ligação mais próxima entre os seus objetivos na vida e como alcançá-los, e uma relação entre seus esforços e os resultados da vida.

Resumidamente, este conceito refere-se principalmente à capacidade dos indivíduos de tomarem decisões e ter controlo sobre sua vida pessoal.

Uma pessoa com diabetes desempenha um papel fulcral no controlo da sua doença, uma vez que tem de tomar decisões diárias com implicações importantes na sua saúde.

Para Tezeran, R. et al. (2016), a empatia é a capacidade e uma pessoa ser capaz de se colocar no lugar de outra, para que esta possa visualizar e sentir na mesma perspetiva as experiências vivenciadas por outras.

A ADA (2019) defende que o sucesso da terapêutica depende, em larga escala, da sua integração no contexto de cada indivíduo, sendo obrigatório o seu enquadramento nas metas, nas prioridades e no estilo de vida de cada um, bem como nas características individuais da patologia. Seguindo a mesma linha de pensamento, o empoderamento do indivíduo, que se caracteriza por potenciar a aquisição de capacidades de decisão relacionadas com a saúde, bem como a clarificação dos objetivos, da motivação e dos valores individuais, poderá ser o mediador através do qual a pessoa com diabetes adquira comportamentos autoefetivos e, assim, atinja um bom controlo metabólico, um melhor estado de saúde e uma melhor qualidade de vida.

II. Fase Metodológica

Após traçado o objetivo do estudo e feita a sua sustentação teórica, é delineada a metodologia a utilizar. A fase metodológica constitui uma etapa de precisão e planeamento. Serve, principalmente, para demonstrar a verdade, pois nada é deixado ao acaso e é impossível improvisar. Deste modo, nesta fase planifica-se toda a investigação descrevendo os meios assim como as etapas percorridas no decorrer da mesma.

De acordo com Fortin (2009), a fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação, sendo no decorrer da fase metodológica que, o pesquisador, circunscreve a maneira de proceder, para obter respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses.

Para Quivy e Campenhoudt (2008), a fase metodológica corresponde a uma fase de construção, sendo que esta só pode ser efetuada a partir de um sistema concetual organizado, suscetível de exprimir a lógica que o investigador supõe estar na base do fenómeno.

Esta etapa, é sem dúvida uma explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda ação desenvolvida no método do trabalho de pesquisa. Deste modo a fase metodológica baseia-se em precisar como o fenómeno em estudo será inteirado num plano de trabalho que imporá as atividades conducentes à realização da investigação. (Fortin, 2009)

1. Desenho de investigação

Fortin (2009) afirma que, o desenho de investigação é um plano que permite responder às questões ou verificar hipóteses e que define mecanismos de controlo, tendo por objetivo minimizar os riscos de erro, sendo que, o desenho de investigação orienta o investigador na planificação e realização do estudo para que os objetivos sejam cumpridos.

i. Meio

A definição de meio consiste num lugar onde se realiza um determinado estudo de investigação, tratando-se este fora de um laboratório, ou seja, onde não existe controlo. Este tipo de estudo é denominado por um estudo em meio natural (Fortin, 2009).

“Um meio, que não (...) o laboratório, toma frequentemente o nome de meio natural.”. (Fortin, 2009, p.217)

Sendo assim, e de acordo com esta definição, este estudo de investigação foi realizado em meio natural, sendo efetuada a colheita de dados aleatoriamente, a pessoas portadoras de diabetes *mellitus* tipo I.

ii. Tipo de estudo

Segundo Fortin (2009), o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada indo de encontro à questão de investigação, com o objetivo de descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou verificar hipóteses de causalidade.

De forma a responder à questão formulada e, tendo em conta os objetivos traçados, foi realizado um estudo descritivo, transversal, de caráter quantitativo. O estudo descritivo tem como objetivo observar, registar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos.

É baseado na observação e análise de factos objetivos, de acontecimentos e de fenômenos que existem autonomamente do investigador. A objetividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem. (Fortin, 2009)

Para Freixo (2011), finalidade principal do método descritivo é fornecer uma caracterização precisa das variáveis envolvidas num fenómeno ou acontecimento.

De acordo com Fortin (2009), considera-se também um estudo transversal, uma vez que este consiste em examinar um ou várias coortes em relação com fenômenos presentes num determinado momento da pesquisa. Visa sobretudo recolher informação relativa à frequência de problemas de saúde no momento do inquérito. Segundo Sampieri (2013)

os desenhos transversais correlacionais, relatam relações entre duas ou mais categorias, conceitos ou variáveis de um momento determinado.

Lourenço (2010) refere que o método quantitativo caracteriza-se pelo uso de instrumentos estatísticos, tanto na colheita como no tratamento de dados.

iii. População-alvo, amostra e processo de amostragem

Posteriormente à fase concetual, o investigador deverá definir a população e estabelecer os critérios de seleção da mesma, determinando a amostra e o seu tamanho (Fortin, 2009). Fortin (2009) define população como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características em comum. A população, objeto do estudo, é chamada de “população alvo” e é formada por um conjunto de pessoas que obedecem aos critérios de seleção definidos precocemente. (Fortin, 2009)

Nesta investigação, a população em estudo foram os adultos do concelho de Porto, indivíduos com idade superior a 18 anos, que fazem parte dos 1.719.362 habitantes do concelho, segundo os dados da PORDATA, para o ano de 2017. (2019)

Segundo Coutinho (2014), uma amostra consiste num grupo de sujeitos ou objetos selecionados para representar uma população inteira de onde provieram. O mesmo autor afirma que uma amostra é um conjunto de sujeitos (pessoas, documentos, etc.) de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características dos da população de onde foi extraída.

A amostra selecionada, para este estudo, baseou-se no método não probabilístico onde, segundo Coutinho (2014), não é possível especificar a probabilidade de um sujeito pertencer a uma determinada população.

A amostragem é concebida através de um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira. Existem inúmeras técnicas de amostragem das quais o investigador pode escolher aquela que melhor se ajusta ao objetivo do estudo. (Fortin, 2009)

Para Coutinho (2014), a amostragem é o processo no qual é feita a seleção dos indivíduos que participam no estudo. Assim, o tipo de amostragem referente ao presente estudo denomina-se *snowball*, pois, segundo Vinuto (2014) uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. A execução deste tipo de amostragem constrói-se, localizando pessoas com o perfil pretendido e, a partir daí, solicita-se que as pessoas indicadas que, indiquem novos contactos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer. (Vinuto, 2014)

Os critérios de inclusão tidos em consideração para definir a amostra foram:

- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Residir na cidade do Porto;
- Ser portador de Diabetes *Mellitus* Tipo I.

Nesta investigação, a amostra foi composta por 60 indivíduos adultos, de ambos os sexos, residentes na cidade do Porto, portadores de Diabetes *Mellitus* Tipo I, que corresponderam aos critérios definidos e que se propuseram a fazer parte do estudo, respondendo ao questionário proposto pelo investigador, entre o dia 1 de janeiro de 2019 e o dia 28 de fevereiro de 2019.

iv. Variáveis em estudo

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. (Fortin, 2009)

Em concordância, Ribeiro (2010, p.36), menciona que as variáveis de investigação integram um elemento central, pois, é à volta delas que se estrutura a investigação. Segundo o mesmo autor, “(...) variável é uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou qualidades, ou que é de diferentes tipos, e é oposto a uma constante”.

Fortin (2009) considera que numa investigação pode se classificar as variáveis segundo o papel que desempenham, podendo ser independentes, dependentes, de investigação, de atributos e estranhas.

Variável dependente “(...) é a que sofre o efeito da variável independente”, sendo “(...) o resultado predito pelo investigador” (Fortin; Côté; Filion 2009, p.171). É o comportamento, a resposta ou o resultado observado que ocorre por influência e presença da variável independente. Daí, muitas vezes ela ser chamada de “variável crítica” ou “variável explicada” ou “variável principal”.

A variável central do estudo, variável dependente ou principal, constitui o núcleo das questões de investigação e assume o papel de variável dependente, sendo no presente estudo a “Adesão às atividades de autocuidado”. Esta será operacionalizada pela Escala de Autocuidado com a Diabetes na sua versão traduzida e adaptada para português de Portugal, por Fernanda Bastos.

Fortin (2009) define variável independente como sendo a variável que o investigador manuseia num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente ou secundária. Acrescenta que a variável independente se refere à “variável manipulada pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos sobre a variável dependente”. (2009, p.37)

A mesma autora (2009) refere que as variáveis de atributo são características pré-existentes dos participantes num estudo. Elas são geralmente constituídas por dados demográficos tais como idade, o género, a situação de família. Os dados demográficos são analisados no fim do estudo para obter um perfil demográfico das características da amostra.

As variáveis sociodemográficas e clínicas contempladas no presente estudo são o género, idade, grupo étnico, estado civil, habilitações literárias, atividade profissional, duração do diagnóstico de diabetes, existência de complicações, presença de comorbilidades, terapêutica instituída e a auto-avaliação da glicemia.

v. Instrumento de recolha de dados e pré-teste

Para Freixo, (2011, p.191) “A colheita de dados efetua-se segundo um plano pré-estabelecido. É a colheita sistemática de informações junto dos participantes com ajuda dos instrumentos de medida selecionados.”

Cabe ao investigador determinar qual o tipo de instrumento de medida que se deve aplicar levando em conta a sua adaptação ao objetivo de estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. (Fortin, 2009)

Fortin (2009) considera que para se realizar a colheita de dados pode ser de diversas formas, entre elas o questionário. Segundo a mesma autora, o questionário é um instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões. “(...) o questionário tem por objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões.”. (2009, p. 380)

De acordo com a mesma autora, o questionário apresenta as seguintes vantagens: menos dispendioso que a entrevista, requer menos habilidades da parte de quem o pratica, pode ser utilizado simultaneamente junto de um grande número de sujeitos repartidos por uma vasta região, natureza impessoal, apresentação uniformizada, ordem igual das questões para todos os sujeitos, assegurar a fidelidade e facilitar as comparações entre os indivíduos.

Apesar do questionário possuir vantagens, também tem, por sua vez, as suas desvantagens. Para Fortin (2009) este instrumento de medida limita o sujeito que o preenche, às questões formuladas, sem que lhe seja oferecida a possibilidade de as alterar ou de precisar o seu pensamento, apresenta fracas taxas de respostas e a taxa elevada de dados em falta. Para os questionários remetidos pelo correio, é impossível conferir as condições nas quais serão preenchidos.

O instrumento utilizado foi o “Questionário de Avaliação das Atividades de Autocuidado na pessoa com Diabetes Tipo I, constituído por 2 partes: Parte I – Questionário para caracterização sociodemográfica e clínica; Parte II – Escala de Atividades de Autocuidado na Pessoa com Diabetes (SDSCA) (anexo I).

A caracterização sociodemográfica e clínica, é construída por 11 questões que visam caracterizar os participantes relativamente ao género, idade, grupo étnico, estado civil, habilitações, atividade profissional/ocupação, há quantos anos é diabético, que tipo de medicação faz para controlar a diabetes (comprimidos – ADO, insulina ou comprimidos

e insulina), se tem alguma outra patologia, se tem ou já teve alguma complicação devido à diabetes e se realiza a autoavaliação da glicemia capilar.

A segunda parte integra a Escala de Atividades de Autocuidado na Pessoa com Diabetes, sendo que esta escala foi traduzida e validada para a população portuguesa em 2004, por Fernanda Bastos, da escala “*Summary of Diabetes Self-Care Activities - SDSCA*” de Glasgow, Toobert e Hampson. Esta escala foi selecionada por ser amplamente utilizada para medir o autocuidado com a diabetes em adultos. (Bastos, Severo e Lopes, 2007)

A versão do SDSCA utilizada neste estudo é composta por 7 dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados aos pés, medicação e hábitos tabágicos. A avaliação é parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a 7, que corresponde aos comportamentos que a pessoa adotou na semana anterior ao questionário, sendo o zero a situação menos desejável pois significa que a pessoa inquirida nos últimos 7 dias não apresentou o comportamento desejável relativamente à questão abordada e 7 a mais favorável, pois significa que a pessoa inquirida apresentou, todos os dias da semana anterior ao questionário, o comportamento desejável. As questões abordadas na dimensão da alimentação específica, de acordo com Bastos (2007), devem ser recodificadas invertendo a pontuação: 0=7; 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1; 7=0.

O nível de adesão, por dimensão, é obtido pela soma dos itens e dividido pelo número destes, sendo que, os resultados (médias) são expressos em dias por semana.

Neste estudo, o questionário foi preenchido de forma online, através da utilização do *Google Forms*. Antes do preenchimento do respetivo questionário, existe uma pequena nota introdutória com a explicação dos objetivos e finalidade deste estudo, contendo também, um contacto eletrónico, para o caso de existirem dúvidas.

O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada a fim de se verificar se as questões podem ser bem compreendidas De acordo com Fortin (2009), o pré-teste permite verificar a eficácia do questionário junto a uma amostra reduzida. Deve aplicar-se a uma amostra representativa ou intencional, consistindo cerca de 5 a 10% do valor total da amostra.

O pré-teste, segundo Fortin (2009), apresenta ainda como objetivo principal avaliar a eficácia e a pertinência do questionário e verificar:

- Se os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos: é o teste da compreensão semântica;
- Se a forma das questões utilizadas permite colher as informações desejadas;
- Se o questionário não é muito longo e não provoca desinteresse ou irritação.

No presente estudo não se verificou a necessidade da realização de um pré-teste, já que os instrumentos utilizados para elaboração do questionário já tinham sido testados e acreditados em vários estudos anteriores, na população portuguesa.

vi. Tratamento e apresentação dos dados

Com o intuito obter resposta ao estudo, os dados obtidos através de um questionário serão tratados pelo método estatístico, de modo a traduzir essa informação sob resultados estatísticos, utilizando programas de estatística descritiva.

Segundo Fortin (2009), a escolha das ferramentas estatísticas depende principalmente do tipo de investigação efetuada, do tipo de variáveis utilizadas e das questões de investigação que foram formuladas.

Para a mesma autora, o tratamento estatístico refere-se, à análise dos dados numéricos, por meio de técnicas estatísticas e, a escolha de testes estatísticos depende, em grande parte, da função que as variáveis preenchem numa investigação, função que pode consistir em descrever, em examinar relações de associação ou em relações causais.

A estatística descritiva “tem por objetivo destacar o conjunto dos dados brutos tirados de uma amostra de maneira que sejam compreendidos, tanto pelo investigador como pelo leitor”. (Fortin, 2009, p.41)

Com o auxílio da estatística descritiva torna-se mais fácil resumir a informação numérica de forma estruturada, com o fim de obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra. Neste tipo de estatística, os dados numéricos são apresentados sob a forma de

quadros e de gráficos e calcula-se o centro de dispersão dos valores atribuídos aos dados. (Fortin, 2009)

Após a recolha dos dados da amostra, procedeu-se à introdução dos mesmos no programa Microsoft Office Excel 2007, tendo-se recorrido à estatística descritiva, nomeadamente: frequências - absolutas (n°) e relativas (%); medidas de tendência central - média (\bar{x}); e medidas de dispersão ou variabilidade - desvio padrão (σ).

Essa adequação deve-se ao facto de serem programas destinados ao tratamento de dados, no qual é feito uma análise descritiva sobre os dados analisados (Anexo 1). Os dados e resultados obtidos encontram-se apresentados através de tabelas e gráficos, para melhor organização e compreensão dos mesmos.

2. Salvaguarda dos princípios éticos

Em qualquer investigação realizada em seres humanos são levantadas questões morais e éticas. Antes de se proceder à colheita dos dados propriamente dita, devem ser efetuadas certas diligências, que comportam a obtenção de uma autorização para realizar o estudo em determinado estabelecimento, a aprovação da comissão de ética da investigação do estabelecimento em questão, as decisões no que toca ao desenrolar da colheita de dados, assim como, a persistência e o controlo da colheita da informação e, por fim, a avaliação dos potenciais problemas. (Fortin, 2009)

Neste estudo tentar-se-á defender os cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, determinados pelo código de ética. São eles:

O **direito à autodeterminação** baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino”. (Fortin, 2009, p.116)

O **direito à intimidade** faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas”. (Fortin, 2009, p.117)

O **direito ao anonimato e à confidencialidade** é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. Os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes num estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação. (Fortin, 2009)

O **direito à proteção contra o desconforto e prejuízo** corresponde “às regras de proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem”. (Fortin, 2009, p. 118)

O **direito a um tratamento justo e equitativo** “refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para o qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo”. (Fortin, 2009, p.119)

A fim de salvaguardar o direito à individualidade, liberdade, segurança, bem-estar, respeito e dignidade de cada sujeito que participou no estudo, a realização deste teve em conta todas as etapas e critérios éticos inerentes a qualquer investigação rigorosa e fidedigna.

Foi elaborada uma nota explicativa relativa ao tema em estudo, seus objetivos e finalidades, que consta do instrumento de recolha de dados (Anexo I). Também é mencionado o direito à livre participação, ao anonimato e salvaguarda dos dados.

Foi solicitada autorização à autora que criou, validou e aplicou o questionário para a população portuguesa, para a utilização do questionário (Anexo II) e à Comissão de Ética da UFP para a realização do estudo (Anexo III), visando o cumprimento dos procedimentos formais e éticos. Após autorização, o questionário foi enviado aos estudantes para o seu preenchimento (Anexo I).

III. Fase Empírica

Fortin (2009) relata que, na fase empírica, o plano de investigação, elaborado na fase precedente é posto em execução. Esta fase inclui a colheita de dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados. Para fazer isto, utilizam-se técnicas estatísticas descritivas e inferenciais ou, segundo os casos, análises de conteúdo. Posteriormente passa-se à interpretação, seguida da comunicação dos resultados. A partir destes resultados, podem-se propor novas vias de investigação e formular recomendações.

A fase empírica é, sem dúvida, a mais fascinante porque finalmente percebemos para onde os resultados nos conduzem. Uma vez terminada a colheita de dados e o tratamento estatístico dos mesmos, a etapa que se segue é a apresentação dos resultados e interpretação dos mesmos, à luz das questões de investigação ou das hipóteses anteriormente formuladas. (Fortin, 2009)

A interpretação dos dados permite examinar os principais resultados da investigação ligando-os ao problema e comparando os resultados obtidos com os de outros trabalhos. (Fortin, 2009)

1. Apresentação/Análise e Interpretação dos dados

Para Fortin (2009, p.58), a interpretação dos dados “faz ressaltar a significação dos resultados em relação ao quadro teórico ou concetual, (...) os quadros e as figuras revestem-se de uma grande importância na síntese dos resultados, dado que permite ao leitor uma consulta rápida e global”

De modo a apresentar os dados recolhidos, segue-se a caracterização da amostra elaborada numa primeira parte do questionário e posteriormente as respostas que dizem respeito à segunda parte do mesmo que vão de encontro à adesão da pessoa com diabetes tipo I, às atividades de autocuidado.

Através da observação do gráfico 1, verifica-se que a amostra do estudo é constituída por 60 participantes, sendo que a grande maioria (73,3%) são do género feminino e os (26,7%) do género masculino.

Os dados apresentados são discordantes de outros estudos realizados por Visentin (2016) e por Soares (2017), nos quais, a população inquirida é maioritariamente do sexo masculino.

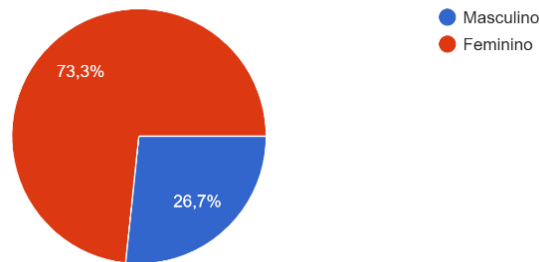


Gráfico 1 – Distribuição por Género

Em relação à idade, para que a análise fosse mais simples e devido à existência de uma grande diversidade de idades, foram criados os intervalos visíveis na legenda do gráfico em baixo apresentado com o intuito de facilitar a leitura e a apresentação dos resultados.

A partir da observação do Gráfico 2, concluímos que a amostra, na sua generalidade, compreende maioritariamente, idades entre os 20 e os 29 anos, com uma percentagem de 36,7% e uma média de idades de 38 anos, sendo que, a idade com maior incidência de resposta, isto é, a moda centra-se nos 23 anos.

Os resultados corroboram com a revisão bibliográfica efetuada a qual refere que a *diabetes mellitus tipo 1* é mais frequente em indivíduos jovens. Quando comparados os dados com outro estudo realizado por Visentin, (2016), concluímos que, a maioria dos

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado

diabéticos tipo 1 se encontram na classe etária dos superiores a 70 anos de idade, tendo apenas 3 inquiridos na faixa etária inferior a 40 anos de idade.

Segundo o Observatório Nacional da Diabetes (2015), mais de um quarto das pessoas, entre os 60 e 79 anos têm diabetes, verificando-se um aumento da prevalência com a idade.

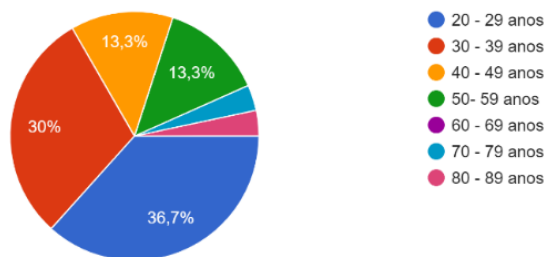


Gráfico 2 – Distribuição por Faixa Etária

Pela análise do Gráfico 3, o qual faz referência ao Estado Civil dos inquiridos, constatamos que 36,7% dos indivíduos são casados, 30% são solteiros, 23,3% estão em união de facto, 6,7% estão divorciados e 3,3% está viúvo.

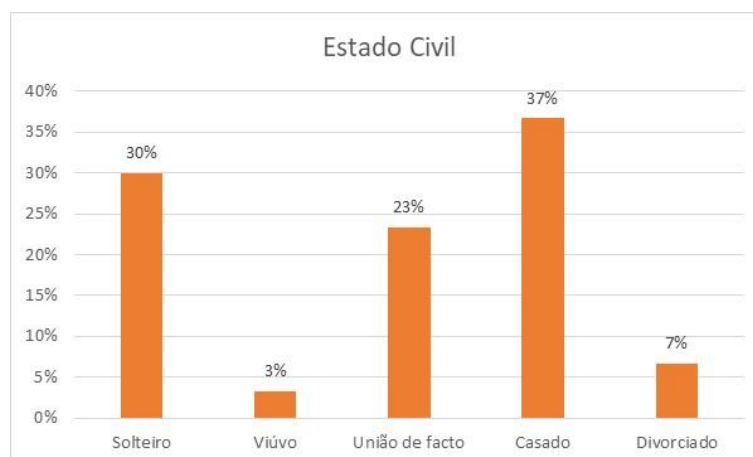


Gráfico 3 – Distribuição por Estado Civil

O Gráfico 4 faz referência às Habilitações Literárias dos inquiridos e permite concluir que 60% dos indivíduos frequentaram o Ensino Superior, 23,3% o Ensino Secundário, 10% o 1º Ciclo do Ensino Básico e 6,7% apenas frequentaram um Curso Profissional.

Estes dados permitem inferir que a escolaridade dos participantes no estudo é elevada.

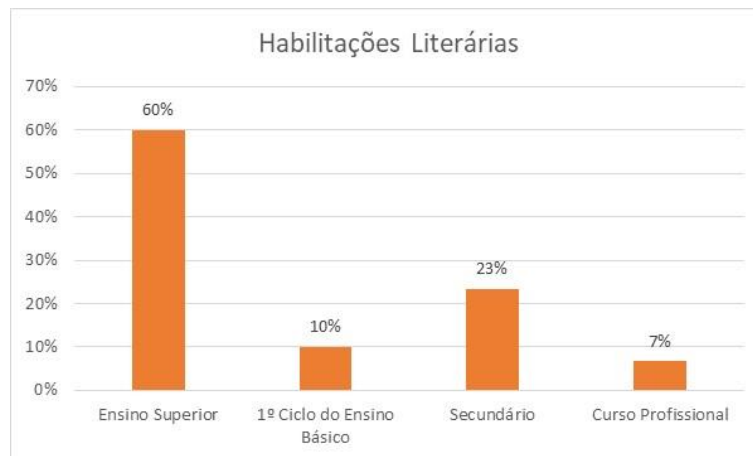


Gráfico 4 – Distribuição por Habilitações Literárias

O Gráfico 5 faz referência à Atividade Profissional de cada inquirido e permite concluir que 26,7% pertencem aos Quadros superiores da administração pública, dirigente e quadros, 23,3% dos inquiridos estão atualmente Desempregados, 20% são Técnico e profissional de nível intermédio de empresa, 13,3% dos inquiridos estão Reformados, 6,7% ou são Pessoal administrativo e similares ou Operário artífice e trabalhador similar e 3,3% é Operador de instalações e máquinas e trabalhador de montagem.

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado

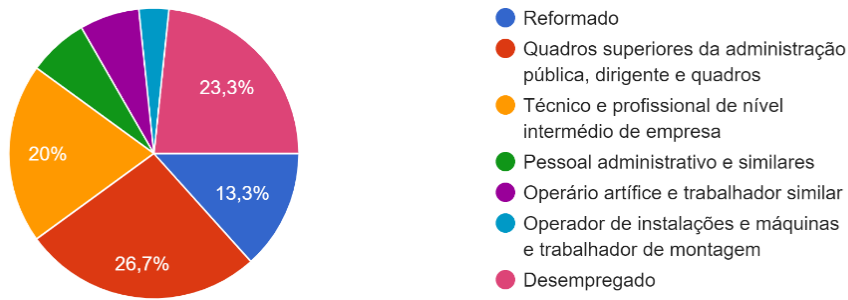


Gráfico 5 - Distribuição por Atividade Profissional

Devido à existência de uma grande diversidade de anos de diagnóstico, foram criados os intervalos visíveis na legenda do Gráfico 6, com o intuito de facilitar a leitura e a apresentação dos resultados.

A partir da observação do Gráfico 6, concluímos que a amostra, na sua generalidade, compreende maioritariamente, que o diagnóstico da patologia foi efetuado no intervalo de 0 a 9 anos atrás, com uma percentagem de 50%, sendo que, o ano com maior incidência de resposta, isto é, a moda centra-se nos 3 anos e a média é, aproximadamente, 12 anos.

Os dados encontrados estudo vão de encontro a outro estudo realizado por Oliveira (2016), onde, a média do diagnóstico efetuado se situa nos 10 anos.

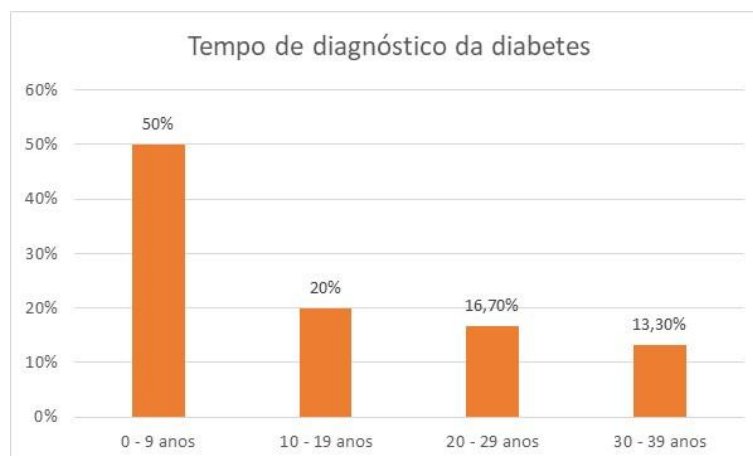


Gráfico 6 – Distribuição por faixa de tempo de diagnóstico da diabetes

Pela análise do Gráfico 7, constata-se que 56,7% não são portadores de outras patologias, já 43,3% possuem outras patologias associadas à diabetes, o que ainda é bastante significativo.

Num estudo realizado por Fontela (2014), alude que a qualidade de vida dos portadores de diabetes apresenta um impacto negativo nas dimensões sociais, na sobrecarga e no constrangimento por possuir diabetes, acabando esta patologia por interferir na vida familiar e social.

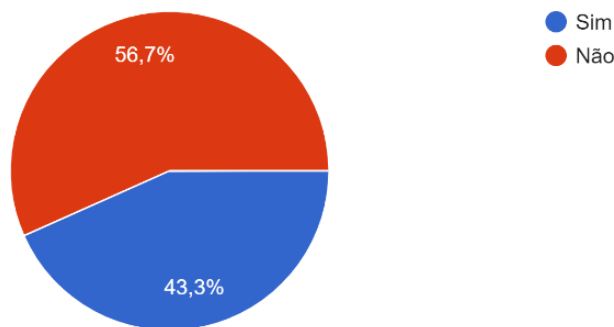


Gráfico 7 – Outras patologias associadas à diabetes

Caraterização da Escala de Atividades de Autocuidado na Pessoa com Diabetes

A segunda parte do Questionário, corresponde à Escala de Atividades de Autocuidado na Pessoa com Diabetes e permitiu caraterizar a adesão às atividades de autocuidados por parte dos inquiridos, nos diferentes domínios, nomeadamente:

- Alimentação em geral (perguntas 1 a 3),
- Alimentação específica (perguntas 4 a 8),
- Atividade Física (perguntas 9 e 10),
- Monitorização da glicemia (perguntas 11 e 12),
- Cuidados com os pés (perguntas 13 a 15),
- Medicamentos (perguntas 16 a 18),

- Hábitos tabágicos (perguntas 19 a 21);

Há sete comportamentos de autocuidado essenciais para as pessoas com diabetes: alimentação saudável, ser fisicamente ativo, monitorização da glicémia capilar, tomar a medicação prescrita, boa capacidade de resolução de problemas, habilidades de aquisição de hábitos de vida saudáveis e aquisição de comportamentos de redução de risco. (ADA, 2012)

Tabela 1 - Caracterização da Escala de Atividades de Autocuidado na Pessoa com Diabetes

Itens e fatores	M	DP
Alimentação geral		
Em quantos dos últimos sete dias seguiu uma alimentação saudável?	5,4	1,1
Em média, no último mês, quantos dias por semana seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	3,6	2,6
Em quantos dos últimos sete dias comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou vegetais (incluindo os da sopa)?	5,9	1,8
	5,0	1,2
Alimentação específica		
Em quantos dos últimos sete dias comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	2,8	1,8
Em quantos dos últimos sete dias comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	1,6	2,6
Em quantos dos últimos sete dias misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	2,2	2,3
Em quantos dos últimos sete dias consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0,7	1,2
Em quantos dos últimos sete dias adoçou as suas bebidas com açúcar?	0,3	1,3
	1,5	1,0
Atividade Física		
Em quantos dos últimos sete dias praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)	3,0	2,3
Em quantos dos últimos sete dias participou numa sessão de exercício físico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	2,3	2,3
	2,6	0,5

Monitorização da glicemia		
Em quantos dos últimos sete dias avaliou o açúcar no sangue?	6,9	0,6
Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue, pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	6,6	1,4
	6,8	0,2
Cuidados com os pés		
Em quantos dos últimos sete dias examinou os seus pés?	4,2	3,0
Em quantos dos últimos sete dias lavou os seus pés?	6,6	0,9
Em quantos dos últimos sete dias secou os espaços entre os dedos dos pés, depois de os lavar?	6,0	2,1
	5,6	1,3
Medicamentos		
Em quantos dos últimos sete dias, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	6,0	2,4
Em quantos dos últimos sete dias tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	6,8	1,3
Em quantos dos últimos sete dias tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	6,5	1,7
	6,4	0,4

Relativamente à adesão à “Alimentação *geral*” verifica-se que, em média, os indivíduos da amostra, nos 7 dias anteriores ao questionário, aderiram 5,0 dias ($\pm 1,2$) a uma alimentação saudável.

Segundo um estudo de Visentin (2016), verificamos que, os resultados são bastante semelhantes, existindo uma maior adesão a comportamentos de saudáveis, no âmbito da alimentação, das pessoas entrevistadas no presente estudo.

No parâmetro da adesão à “Alimentação *específica*”, verifica-se, em média, que os indivíduos da amostra, nos 7 dias anteriores ao questionário, aderiram 1,5 dias ($\pm 1,0$).

De acordo com os dados apresentados, é um dos objetivos principais o de promover comportamentos alimentares adequados. Segundo a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (2019), os principais objetivos da alimentação de uma pessoa com diabetes são o de obter um bom controlo da glicemia, colesterol, triglicéridos, pressão arterial e

atingir e manter um peso saudável, de forma a prevenir o aparecimento das complicações da diabetes.

De acordo com a mesma fonte, existem gorduras muito prejudiciais para a saúde, que aumentam o colesterol mau (LDL), favorecem o aumento de peso e aumentam o risco de doenças cardiovasculares, é o caso das gorduras saturadas que encontramos nas carnes vermelhas, enchidos, queijos gordos, natas, entre outros.

A APDP (2019) reitera a importância de incluir alimentos ricos em fibra nas suas refeições, como o pão de mistura ou centeio, ou flocos de aveia, leguminosas (grão, feijão, ervilhas, favas, lentilhas) pois, permitem diminuir a glicemia após as refeições, reduzir os níveis de colesterol, aumentam a saciedade e auxiliam o bom funcionamento do intestino.

No item da “*Atividade física*”, verifica-se, em média, que os indivíduos da amostra, nos 7 dias anteriores ao questionário, aderiram 2,6 dias ($\pm 0,5$).

Perante os resultados apresentados, sendo que a adesão às atividades de autocuidados, no âmbito do exercício físico, é importante a promoção destes hábitos, pelo menos, num mínimo de 30 minutos diários.

Segundo a APDP (2019), o exercício físico feito com regularidade e, num mínimo de 30 minutos diários, vai contribuir para a redução da gordura visceral, e desta forma para diminuir a resistência à insulina, ou seja, melhorando a ação da insulina no organismo.

Quanto à adesão à “*Monitorização da glicemia*”, verifica-se, em média, que os indivíduos da amostra, nos 7 dias anteriores ao questionário, aderiram 6,8 dias ($\pm 0,2$).

Segundo um estudo de Correia (2014), verificamos que os resultados são concordantes com os do presente estudo, existindo uma maior adesão a comportamentos de adesão a este autocuidado, no âmbito da monitorização da glicemia, nas pessoas entrevistadas no presente estudo.

A APDP (2019) afirma que, ao fazer a avaliação da glicemia capilar, a pessoa com diabetes pode verificar o efeito que as refeições ou a atividade física têm nos seus níveis de açúcar no sangue. A frequência com que devem ser feitas as pesquisas de glicemia deve ser adaptada ao tipo de diabetes, à terapêutica, à idade e às capacidades da pessoa,

mas também pode variar com as alterações no estilo de vida – fatores relacionados com a alimentação, atividade física ou até horários de trabalho.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2019), o controlo apertado dos níveis de glicemia, através da regular monitorização dos níveis glicémicos, associou-se a redução da infeção.

Nos “*Cuidados com os pés*”, verifica-se uma adesão, em média, de 5,6 dias ($\pm 1,3$), nos 7 dias anteriores ao questionário.

Embora se verifique uma adesão bastante elevado ao autocuidado relacionado com os cuidados dos pés, evidencia-se a importância de empoderar estas pessoas para a importância da autovigilância dos pés para, futuramente, prevenir complicações tardias.

Num estudo realizado por Correia (2014), verifica-se que, comparativamente ao presente estudo, houve uma menor adesão a este autocuidado. Com isto, podemos inferir que, os entrevistados para a realização do presente estudo, demonstram mais adesão a este autocuidado.

O pé diabético, segundo a APDP (2019), é uma das complicações mais frequentes na Diabetes, sabe-se que 25% das pessoas com diabetes tem condições que aumentam o risco de pé diabético. Esta complicação é responsável pela maioria das amputações em Portugal e, para evitar esta complicação é importante não só um bom controlo da diabetes, mas também uma série de cuidados com os pés.

No parâmetro da adesão à “*Medicação*”, verifica-se, em média, que os indivíduos da amostra, nos 7 dias anteriores ao questionário, aderiram 6,4 dias ($\pm 0,4$).

Embora se verifique uma adesão tão elevada a este autocuidado, segundo Tiv (2012), a adesão à terapêutica medicamentosa é uma componente chave da autogestão dos doentes diabéticos.

No estudo de Correia (2014) verificamos que, os resultados são bastante semelhantes, existindo uma maior adesão a comportamentos de saudáveis, no âmbito da adesão à medicação, das pessoas entrevistadas no outro estudo.

Segundo Araújo et al. (2011) e OMS (2003) no controle do diabetes *mellitus*, a falta de adesão ao tratamento é um desafio frequentemente enfrentado na prática clínica pelos profissionais das instituições de saúde. Assim, impõe-se procurar estratégias de intervenção que visem aumentar os níveis de adesão ao regime terapêutico nas pessoas com diabetes. O que nos leva a concluir que apesar de todos os esforços efetuados pela equipe multidisciplinar, ainda é necessário investir na educação das pessoas, de modo a aumentar os níveis de percepção sobre o ambiente terapêutico e a competência percebida.

Do domínio dos “*Hábitos tabágicos*”, pelos resultados obtidos pelo Gráfico 8, podemos verificar que 73,3% dos inquiridos afirma que não fumou um cigarro, ainda que só uma passa, nos últimos 7 dias anteriores ao preenchimento do questionário.

Segundo a APDP (2019), os hábitos tabágicos aumentam o nível de glucose no sangue, levando a uma maior dificuldade em manter os níveis glicémicos dentro do espectável.

Num estudo realizado por Oliveira (2016), verificou-se que 67,9% nunca fumou. Os resultados apresentados neste estudo, demonstram que os utentes inquiridos apresentam menor adesão a este autocuidado do que os inquiridos no presente estudo.

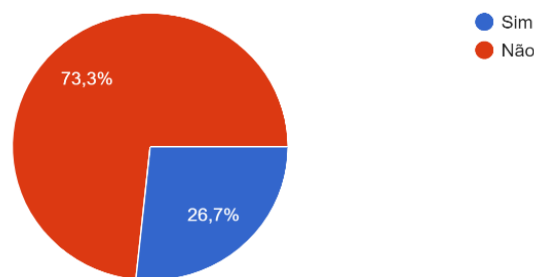


Gráfico 8 – Hábitos tabágicos

2. Conclusões do estudo

Vários estudos acerca da importância da alimentação, da prática regular de exercício físico, do controlo glicémico apertado e do cumprimento do regime terapêutico, são fundamentais para um controlo apertado da doença.

Quanto ao primeiro objetivo do presente estudo “Caraterizar o grupo de pessoas adultas com Diabetes tipo 1 do concelho do Porto relativamente às varáveis sociodemográficas”, os resultados mostraram o seguinte perfil de participantes:

- A amostra do estudo é constituída maioritariamente por pessoas do género feminino (73,3%), com uma média de idades entre os 20 e os 29 anos, na sua maioria com o grau académico do Ensino Superior (60%), com a atividade profissional relacionado com quadros superiores da administração pública, dirigente e quadros, com um diagnóstico da diabetes no intervalo de 0 a 9 anos (50%);
- Relativamente a outras patologias associadas à diabetes, a maioria referiu nunca ter tido qualquer patologia (56,7%), já 43,3% afirma ter alguma patologia associada à diabetes;

Quanto ao segundo objetivo: Identificar os padrões de adesão da pessoa adulta com Diabetes tipo 1, às atividades de autocuidado”, foi possível identificar os padrões de adesão às atividades de autocuidados enumeradas pelo questionário aplicado, durante o presente estudo. A seguir são enumeradas as conclusões inerentes à Escala de Atividades de Autocuidado na Pessoa com Diabetes:

- Constatou-se que a adesão à “*Alimentação geral*”, verificou-se que a maioria dos inquiridos segue uma alimentação saudável, em média, 5,0 dias;
- Quanto à “*Alimentação específica*”, verificou-se também uma boa adesão a este autocuidado;
- Verificou-se que a “*Atividade física*” é o autocuidado quem tem a mais baixa adesão, com uma média de 2,6 dias;
- No parâmetro da “*Monitorização da glicemia*”, verificou-se que a grande parte dos inquiridos avalia a o nível do açúcar no sangue, diariamente, com a média de 6,8 dias;
- Relativamente aos “*Cuidados com os pés*”, concluiu-se que a maioria adere bastante a este autocuidado (em média, 5,6 dias);

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado

- Acerca da adesão aos “*Medicamentos*”, verificamos uma boa adesão, com uma média de 6,4 dias;
- No que diz respeito aos “*Hábitos tabágicos*”, verificou-se que a maioria dos inquiridos (73,3%) não fuma atualmente e, destes, a maioria nunca fumou.

CONCLUSÃO

A investigação em Enfermagem, cuja ciência interessa no desenvolvimento deste estudo, permite a descoberta de novos saberes próprios para a prática dos cuidados. Ao longo dos tempos, os enfermeiros investiram na aquisição de conhecimentos e, hoje em dia, faz parte do “DNA” do profissional de Enfermagem a responsabilidade de participar no desenvolvimento do conhecimento e da sua utilização prática.

De forma a integrar novas experiências e, de forma a concluir a disciplina de Projeto de Graduação do 4º ano de Licenciatura de Enfermagem, do ano letivo 2018/2019, desenvolveu-se este trabalho, com um tema bastante pertinente e importante no desenvolvimento académico e profissional.

Citando Fortin (2009), a conclusão de um estudo deve conter reflexões sobre os resultados obtidos e sobre as ligações com os aspetos conceptuais e metodológicos de um estudo.

Ao realizar este estudo, percebe-se que a adesão ao autocuidado é um assunto bastante atual, com repercussões não só a nível social, pessoal e familiar, mas também ao nível da economia. A não adesão às atividades de autocuidado tende a agravar esta situação, dado que, o não cumprimento do tratamento instituído, irá necessitar de mais cuidados, o que significa mais despesas para o sistema de saúde.

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

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

O presente estudo teve como objetivo geral a avaliação da adesão das pessoas com diabetes *mellitus* tipo I às atividades de autocuidado.

Os resultados mostraram um perfil de participantes maioritariamente jovem, empregado, do género feminino, casados, com o ensino secundário completo e com um diagnóstico da diabetes recente.

Relativamente à adesão ao autocuidado, verificamos que os inquiridos apresentam maior taxa de adesão no que diz respeito à monitorização da glicemia e o autocuidado que apresenta menos adesão é o exercício físico.

No que diz respeito aos hábitos tabágicos, verificou-se que a maioria dos inquiridos não fuma atualmente e, destes, a maioria não fumou um cigarro na semana anterior à realização do estudo.

O presente estudo identificou que a maioria dos diabéticos tem uma boa adesão a comportamentos de autocuidado relativos a alimentação em geral, alimentação específica, monitorização da glicemia, cuidados com os pés, medicamentos e hábitos tabágicos, no entanto, relativamente à atividade física, os comportamentos de adesão a este autocuidado ainda atingem valores bastante baixos, traduzindo uma fraca adesão a este comportamento.

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

Através deste estudo, alcançou-se um conhecimento mais aprofundado sobre o tema e a amostra em estudo, possibilitando a recomendação de medidas de caráter educativo, voltados para o cuidado holístico à pessoa com *diabetes mellitus tipo 1*, visando desenvolver uma qualidade de vida satisfatória e prevenir complicações.

A qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, na área da diabetes, depende, essencialmente, da existência de uma sólida estrutura de cuidados de saúde que contemple a capacidade organizativa dos profissionais de saúde com formação necessária para que possam responder às exigências da qualidade dos cuidados a prestar.

Ao longo da elaboração desta investigação evidenciaram-se algumas dificuldades, como por exemplo, o fator tempo para a realização deste trabalho ser curto, a dificuldade de síntese e análise durante a elaboração do trabalho e compreensão da investigação

estiveram presentes. Foram sentidas outras dificuldades, como por exemplo, na definição de variáveis e de questões de investigação e na análise dos dados.

Ao longo do trabalho não foram sentidas apenas dificuldades, pois para além da satisfação que me proporcionou a sua elaboração, existiram também fatores facilitadores que contribuíram para o meu empenho e nunca a desmotivação em virtude dos erros que se distinguiram.

Torna-se fundamental refletir acerca das limitações do presente estudo. A grande limitação prende-se com o facto de a amostra ter sido selecionada de forma não probabilística, por bola de neve, o que implica o risco da amostra não ser representativa, levando a que os resultados não possam ser generalizados.

Como sugestão, a necessidade de realizar mais estudos acerca das temáticas em questão, uma vez que, a bibliografia nesse âmbito é escassa.

Para aumentarmos o conhecimento acerca das temáticas em questão, há a necessidade de difundir os resultados, através da apresentação em congressos e publicações de dados, próprios para o efeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Diabetes Association. (2019). *Standards of Medical Care in Diabetes*. Estados Unidos da América. American Diabetes Association

Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. (2019). *ABC da Diabetes*. [Em linha]. Disponível em <www.apdp.pt>. [Consultado em 05/01/2019]

Bastos, F., Severo, M. & Lopes, C. (2007). *Propriedades Psicométricas da Escala do Autocuidado com a Diabetes Traduzida e Adaptada*. Lisboa, Acta Médica Portuguesa

Carneiro, A. Neutel, E. (2011). *Manual do Curso de Evidência na Emergência*. Porto, Pfizer

Correia, C. (2014). *Adesão ao Regime terapêutico na pessoa com diabetes mellitus tipo 2: a importância da Educação terapêutica*. Viseu, Instituto Politécnico de Viseu

Coutinho, C. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas (2ªEd)*. Coimbra, Almedina

Direção Geral de Saúde. (2014). *Atualização dos critérios de Classificação e Diagnóstico da Diabetes Mellitus*. Lisboa, Direção Geral de Saúde

Direção Geral de Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa, Direção Geral de Saúde

Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Diabetes*. Lisboa, Direção Geral de Saúde

Fontela, P. (2014). *Risco corononiano e qualidade de vida em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2*. Brasil, Revista de Enfermagem

Fortin, M., Côté, J., Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do procedimento de investigação*. Loures, Lusociência

Fortin, M-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures, Lusodidacta

Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica – Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa, Instituto Piaget

Gross JL, Silveiro SP, Camargo JL, Reichelt AJ, Azevedo MJ. (2002). *Diabetes mellitus: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico*. Arq Bras Endocrinol Metab

International Diabetes Federation. (2019). *About Diabetes*. [Em linha]. Disponível em <www.idf.org>. [Consultado em 05/01/2019]

Lourenço, R. (2010). *Utilização de métodos quantitativos em pesquisa científica*. Brasil, Associação Brasileira de Custos

Ministério da Saúde. (2011). *Diabetes*. [Em linha]. Disponível em <www.sns.gov.pt>. [Consultado em 03/01/2019]

Neta, D. (2015). *Adesão das pessoas com diabetes ao autocuidado com os pés*. Brasil, Revista Brasileira de Enfermagem

Nunes, F. (2010). *Complicações agudas da diabetes tipo 1*. Coimbra, Universidade de Coimbra

Oliveira, D. (2016). *Adesão ao Autocuidado da Pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2*. Leiria, Escola Superior de Saúde

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão 2*. Lisboa, Lusodidacta

Orem, D. (2006). *Teoria de Enfermagem do Deficit do Autocuidado*. Lisboa

Organização Mundial de Saúde. (2019). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Genebra, Organização Mundial de Saúde

Phipps. (2009). *Enfermagem Médico-Cirúrgica (6ª Ed)*. Lisboa, Lusodidacta

PORDATA. (2019). *População residente: total e por grandes grupos etários*. [Em linha]. Disponível em <www.pordata.pt>. [Consultado em 23/05/2019]

- Quivy, R. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa, Gradiva
- Regufe, V. (2017). *Autogestão na doente diabético: papel do enfermeiro na promoção da autonomia*. Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Ribeira, A. (2008). *A perspetivada entrevista na investigação qualitativa. Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais*. [Em linha]. Disponível em <www.uniaraxa.edu.br >. [Consultado em 22/10/2018]
- Salvado, N. (2012). *Adesão Terapêutica numa população diabética atendida na unidade de diabetes do hospital amanto lusitano em Castelo Branco*. Castelo Branco, Universidade da Beira Interior
- Sampieri, R. et al. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. Porto Alegre, Editora Penso
- Soares, J. (2017). *Adesão ao Tratamento em Adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1*. Brasil, Instituto de Psicologia
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2019). *Observatório Nacional da Diabetes*. [Em linha]. Disponível em <www.spd.pt>. [Consultado em 03/01/2019]
- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (2019). *Conhecer e compreender a diabetes*. [Em linha]. Disponível em <www.spmi.pt>. [Consultado em 14/03/2019]
- TIV, M. et al. (2012). *Medication adherence in type 2 diabetes: the entred study 2007, a French population-based study*. Plos One.
- Videira, M. (2011). *Diabetes Mellitus, complicações e o nível socioeconómico e cultural*. Coimbra, Universidade de Coimbra
- Vinuto, J. (2014). *A amostragem em Bola de Neve na Pesquisa Qualitativa: um debate em absoluto*. Campinas
- Visentin, A. (2016). *Autocuidado de usuários com diabetes mellitus tipo 1 em uma Unidade Básica de Saúde*. Brasil, Revista de Enfermagem

ANEXOS

Anexo I – Instrumento de colheita de dados

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado, na Cidade do Porto

Este projeto destina-se à elaboração de um trabalho de investigação como parte integrante da obtenção do Grau de Licenciado em Enfermagem, da autoria de Bernardo Moura, sob orientação da Profª Doutora Margarida Ferreira, da Universidade Fernando Pessoa.

O presente estudo tem como objetivo identificar a adesão às atividades de autocuidado da pessoa com diabetes Tipo I.

As questões que se seguem deverão ser respondidas por sujeitos portadores de Diabetes Tipo I, habitando na cidade do Porto.

A participação no preenchimento é voluntária e em caso de desistência não ocorrerão quaisquer consequências para o participante. Os dados disponibilizados são confidenciais e anónimos e serão destruídos no final da investigação. O preenchimento demorará cerca de 10 minutos. O acesso aos dados e resultados só é possível pelos investigadores envolvidos, pelo que solicitamos a sua colaboração através do preenchimento do questionário que se segue.

No presente inquérito não existem respostas certas ou erradas, visto ser relativo à sua experiência pessoal. Caso existam quaisquer questões adicionais sobre o estudo, deverão ser endereçadas para a morada de correio electrónico 33653@ufp.edu.pt. Obrigada pela sua colaboração.

*Obrigatório

1. Declaração de Aceitação *

Aceito de livre vontade participar neste estudo intitulado de Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado, na Cidade do Porto. Declaro que compreendi os termos de apresentação e participação no estudo acima mencionados e que me foram explicados o objetivo e os métodos do mesmo, pelo que consinto a participação no estudo, respondendo às questões propostas e permitindo que as informações por mim prestadas sejam utilizadas nesta investigação. Estou consciente de que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que daí resulte para mim qualquer prejuízo e tenho conhecimento de que a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial, sendo a minha participação anónima e que o acesso aos dados e resultados só é possível pelos investigadores envolvidos.

Marcar apenas uma oval.

Aceito participar no presente projeto

Questionário de caracterização

Caracterização socio-demográfica

2. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

3. Idade *

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado

15/10/2018

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado, na Cidade do Porto

4. Grupo étnico *

Marcar apenas uma oval.

- Branco/Europeu
- Asiático
- Africano
- Indiano
- Outros

5. Estado Civil *

Marcar apenas uma oval.

- Solteiro
- Casado
- Divorciado
- Viúvo
- Separado
- União de facto

6. Habilitações literárias *

Marcar apenas uma oval.

- Não sabe ler nem escrever
- 1º Cclo do Ensino Básico
- 2º Cclo do Ensino Básico
- 3º Cclo do Ensino Básico
- Secundário
- Ensino Superior
- Curso Profissional

7. Atividade Profissional *

Marcar apenas uma oval.

- Reformado
- Quadros superiores da administração pública, dirigente e quadros
- Técnico e profissional de nível intermédio de empresa
- Pessoal administrativo e similares
- Pessoal dos serviços e vendedor
- Agricultor e trabalhador qualificado da agricultura e pescas
- Operário artífice e trabalhador similar
- Operador de instalações e máquinas e trabalhador de montagem
- Trabalhador não qualificado
- Desempregado

Caracterização clínica

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado

15/10/2018

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado, na Cidade do Porto

8. Duração do diagnóstico da diabetes *

9. Terapêutica da diabetes *

Marcar apenas uma oval.

- Adequação do estilo de vida
- Antidiabéticos orais
- Insulina
- Antidiabéticos orais e Insulina

10. Outras patologias *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

11. Diagnóstico de complicações, micro e/ou macro vasculares, inerentes à diabetes: *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

12. Auto-avaliação da glicemia *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Escala de Atividades de Auto-Cuidado na Pessoa com Diabetes

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

Alimentação em geral

13. Em quantos dos últimos sete dias seguiu uma alimentação saudável? *

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado

15/10/2018

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado, na Cidade do Porto

14. Em média, no último mês, quantos dias por semana seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

15. Em quantos dos últimos sete dias comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou vegetais (incluindo os da sopa)? *

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Alimentação específica

16. Em quantos dos últimos sete dias comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)? *

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado

15/10/2018

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado, na Cidade do Porto

17. **Em quantos dos últimos sete dias comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar? ***

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

18. **Em quantos dos últimos sete dias misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão? ***

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

19. **Em quantos dos últimos sete dias consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições? ***

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado

15/10/2018

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado, na Cidade do Porto

20. Em quantos dos últimos sete dias adoçou as suas bebidas com açúcar? *

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Atividade Física

21. Em quantos dos últimos sete dias praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividade contínua, inclusive andar) *

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

22. Em quantos dos últimos sete dias participou numa sessão de exercício físico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho? *

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Monitorização da glicemia

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado

15/10/2018

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado, na Cidade do Porto

23. Em quantos dos últimos sete dias avaliou o açúcar no sangue? *

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

24. Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue, pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico? *

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Cuidados com os pés

25. Em quantos dos últimos sete dias examinou os seus pés? *

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado

15/10/2018

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado, na Cidade do Porto

26. **Em quantos dos últimos sete dias lavou os seus pés? ***

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

27. **Em quantos dos últimos sete dias secou os espaços entre os dedos dos pés, depois de os lavar? ***

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Medicamentos

28. **Em quantos dos últimos sete dias, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes? ***

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado

15/10/2018

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado, na Cidade do Porto

29. Em quantos dos últimos sete dias tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina? *

OU (se insulina ou comprimidos)

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

30. Em quantos dos últimos sete dias tomou o número indicado de comprimidos da diabetes? *

OU (se insulina ou comprimidos)

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Hábitos tabágicos

31. Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos sete dias? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

32. Se sim, quantos cigarros fuma habitualmente, num dia?

33. Quando fumou o seu último cigarro? *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca fumou
- Há mais de dois anos atrás
- Um a dois anos atrás
- Um a três meses atrás
- No último mês
- Hoje

Anexo II – Pedido de autorização

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado



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

Bernardo Sá de Moura

Curso de Licenciatura de Enfermagem

Universidade Fernando Pessoa

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 pelo Estudante Bernardo Sá de Moura, para a sua utilização na monografia com o tema "Adesão da pessoa com diabetes Tipo 1 às Atividades de Autocuidado, na Cidade do Porto, sob a orientação da Professora Doutora Margarida Ferreira.

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

Coloco-me ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Ao dispor,

Porto, 5 de novembro de 2018

Fernanda Bastos

Fernanda Bastos, PhD, MSc, RN
Professora Adjunta

fernandabastos@esenf.pt

CIDESI
Centro de Investigação e Desenvolvimento
em Sistema de Informação em Enfermagem

Anexo III – Parecer da Comissão de Ética

Adesão da pessoa com diabetes Tipo I às Atividades de Autocuidado



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Luis Martins
Diretor da FCS


Porto, 08 de Janeiro de 2019

Exmo. Senhor Prof. Doutor,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de investigação de Bernardo Sá de Moura, intitulado "Adesão da pessoa com diabetes Tipo 1 às Atividades de Autocuidado" e realizado no âmbito da Licenciatura em Enfermagem, considera o estudo pertinente com o título e os objetivos concordantes. A Comissão de Ética considera que não há nada a opor, desde que o **consentimento informado não seja arquivado, nem anexado ao questionário, de forma a garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados.**

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Susana Teixeira Magalhães



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NIPC: 502 057 802 - Reg. Comercial n.º 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

REITORIA - [Faculdade de Ciências Humanas e Sociais] - [Faculdade de Ciência e Tecnologia] Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto-Portugal - T. +351 22 507 1300 - F. +351 22 550 8269 - geral@ufp.pt
[Faculdade de Ciências da Saúde] - [Escola Superior de Saúde] R. Carlos Da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4630 - F. +351 22 507 4637 - R. Delfim Maia, 314 - 4200-253 Porto - Portugal
T. +351 22 509 6371 - geral.saude@ufp.pt UNIDADE de Ponte de Lima - Casa da Garrida - R. Conde de Berrlandos - 4990-078 Ponte de Lima-Portugal - T. +351 258 741 026 - F. +351 258 741 412 - geral.plima@ufp.pt