



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2014/2015 - 4º ANO

Autor: Ana Maria Rodrigues Brito, Nº 2576

Mindelo, Novembro de 2015

Trabalho apresentado a Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem

Discente

Ana Maria Rodrigues Brito

**Perfil dos Portadores de Diabetes Mellitus da Associação de Diabetes
da Ilha de São Vicente**

Orientadora

Dr. Josiane Custódio

Mindelo, Novembro de 2015

Trabalho apresentado a Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem

Discente

Ana Maria Rodrigues Brito

**Perfil dos Portadores de Diabetes Mellitus da Associação de Diabetes
da Ilha de São Vicente**

Orientadora

Dr. Josiane Custódio

Mindelo, Novembro de 2015

RESUMO

Sendo a Diabetes Mellitus (DM) uma patologia muito estigmatizada em todo o mundo, Cabo Verde não foge a regra, uma vez que esta patologia está presente no país em várias faixas etárias e classes sociais. Antigamente havia uma grande lacuna a nível de compreensão e entendimento da patologia, mas hoje porém, devido aos avanços da ciência médica em relação ao tratamento e ao seguimento, houve melhorias consideráveis.

A DM constitui um grande problema de saúde pública a nível mundial não só pela crescente incidência das suas formas mais prevalentes, como também pela elevada morbidade e mortalidade que lhe está associada.

O objetivo principal do trabalho consiste em descrever o perfil dos portadores da Diabetes na ilha de São Vicente, tendo em conta a saúde como um bem primário e fundamental, independentemente da condição social de qualquer portador.

De entre as classificações da diabetes a DM2 é a mais prevalente, apresentando os fatores de riscos como a obesidade e mesmo naqueles com peso normal acarreta um maior controlo, evitando alterações de humor, profunda tristeza e nas complicações clínicas que poderão prejudicar o indivíduo.

A metodologia utilizada neste trabalho foi qualitativa, através da realização de dezasseis entrevistas semiestruturadas, realizadas há dezasseis portadores da diabetes de ambos sexos e de faixas etárias diferentes na Associação de Diabetes de São Vicente.

Destas entrevistas realizadas, foi possível constatar que os portadores da DM adquiriram baixas habilitações académicas, o que interfere muito no conhecimento, na compreensão da sua patologia e no baixo custo socioeconómico que não os ajuda no bom controlo da patologia.

Deste estudo veio constatar que a intervenção de enfermagem é crucial porque o enfermeiro surge como um agente transformador da consciência no quotidiano, na realização da prevenção e no tratamento da diabetes, possibilitando a continuação das actividades e da melhoria da Saúde.

No ano de 2006 foi criado na Ilha de São Vicente a Associação da Diabetes com o propósito de auxiliar na prevenção, no tratamento e no controlo dos portadores da DM, onde são inscritos cerca de 77 portadores, em que 29 do género masculino e 44 do género feminino, oriundos de diversas localidades da ilha (anexo I).

Palavras-chave: Diabetes Mellituse/ Intervenções de Enfermagem/ Perfil dos diabéticos.

ABSTRAT

Diabetes Mellitus is a stigmatic pathology worldwide, and Cape Verde is not an exception, because this pathology is present in the country in various age groups and socioeconomic classes. Some years ago, it was very poorly controlled, however, today the control over this disease has been improving, due to advances in science regarding its treatment and follow-up.

Diabetes Mellitus is a major public health problem worldwide not only due to the increasing incidence of its most prevalent forms, but also because of the high morbidity and mortality associated with it.

The main aim of this project is to understand the profile and promotion of lifestyle in patients of diabetes on São Vicente Island, taking into account that health is a primary and fundamental good, regardless of the social status of any patient.

Among the classifications of diabetes, DM2 is the most prevalent, with risk factors for overweight persons, considering that it also occurs in those with normal weight which demands control to avoid humour alterations, deep sadness and clinical complications that may damage the individual's health.

The qualitative methodology was used in this monograph by carrying out six semi-structured interviews to patients of both sexes and of different age groups belonging to the Diabetics Association in St. Vicente Island.

These interviews led to the conclusion that the patients suffering from diabetes mellitus 2 have a very low level of education, which interferes with their understanding of this pathology and its low socioeconomic cost, factors that do not help control the disease.

This study aims to demonstrate that nursing intervention is crucial because the nurse emerges as a transforming agent in the patient's day-to-day consciousness, through the prevention and treatment of diabetes, allowing the continuation of the activities to improve their health.

The Diabetics Association was created in St. Vicente to help patients prevent, treat and control diabetes mellitus. The association already has got 77 members, being 29 male and 44 female from the various points of the island (Annex I).

Keywords: Diabetes Mellitus/ Nursing Interventions/ Diabetic profile.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado principalmente a minha filha \ amiga **Lívia Vitória** e também ao meu pai **Leonel Brito** uma das pessoas muito especial, que no período da minha formação superior muito me ajudaram, tanto económica como psicologicamente, com carinho, amor, muita compreensão e principalmente muita paciência, dando-me muita força e coragem no meu percurso, naquele que foi um dos momentos mais importantes da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus pela coragem dada e dedicação de chegar até ao presente momento.

O trabalho aqui exposto é o resultado de muita colaboração de pessoas que de uma forma direta ou indireta, presentes ou distantes constituíram partes importantes nesta fase de fortalecimento e encorajamento pessoal, intelectual, emocional, profissional e científico, no qual manifesto o mais profundo agradecimento possível.

Agradecimentos individuais

O meu agradecimento especial vai para a minha eterna sogra, avó da minha filha que muito me ajudou.

A minha filha, por ter compreendido e suportado a minha ausência e a distância durante todo esse período.

A mãe que eu escolhi e que me adoptou, a enfermeira Otília Duarte, que sempre esteve do meu lado apoiando e incentivando sempre.

Ao pai da minha filha, que me incentivou a iniciar os estudos e aos meus verdadeiros amigos.

A Dr. Josiane Custódio, orientadora académica e aos poucos colegas da universidade pela convivência e paciência uns com os outros.

A Dr.^a Carla Guiomar que me disponibilizou várias bibliografias que me ajudou na pesquisa, sendo presidente da Associação dos Diabéticos de São Vicente, que me proporcionou a oportunidade de ser a vice-presidente da Associação e participando nas várias atividades desenvolvidas.

Ao despachante Silvestre Évora que me apadrinhou e a quem serei eternamente grata.

Às grandes amigas Sheila Gomes e Elis Regina que mesmo estando distante e presente, são um dos meus pilares e estarão sempre presente na minha vida.

Enfim, a todos aqueles que de uma forma geral participaram na minha formação pessoal e académica.

Agradecimentos Institucionais

Ao Hospital Dr. Baptista de Sousa, pela oportunidade concedida durante os três anos de estágios no seu estabelecimento.

A Associação dos Diabéticos de São Vicente pela participação dos diabéticos ali inscrito.

A todos os funcionários tanto do Hospital como da Associação pela paciência e dedicação que me foi proposta e pelo acolhimento principalmente na secção de Medicina.

EPÍGRAFO

“Não são as espécies mais fortes que sobrevivem, nem as mais inteligentes e sim as mais suscetíveis à mudança”.

Charles Darwin

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. JUSTIFICATIVA E PROBLEMÁTICA EM ESTUDO.....	18
1.2. Objecto de estudo.....	19
1.3. Pergunta de partida.....	19
1.4. Objetivo geral.....	19
1.5. Objetivo específico.....	19
CAPTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
2. Diabetes Mellitus- Breve histórico.....	22
2.2. Definição e Classificação do DM.....	22
2.3. Tipos de insulina.....	26
2.4. Metabolismo da insulina.....	27
2.5. Fatores de Risco no Desenvolvimento da Diabetes.....	28
2.6 Sintomas da Diabetes.....	29
2.6. Complicações da DM.....	30
2.7. Prevenção.....	32
3. O Papel do enfermeiro no Paciente Diabético.....	33
3.1. Promoção / Prevenção de hábitos de vida saudável.....	35
3.2. Ações educativas no tratamento ou prevenção da DM.....	37
3.3. Implementação dos níveis de assistência a familiares dos portadores da DM2.....	38
3.4. Relação entre o enfermeiro e o portador da diabetes.....	39
3.4. Diagnóstico de enfermagem.....	40
CAPÍTULO II – FASE METODOLÓGICA.....	42
4. Metodologia.....	43
4.1. Tipo de estudo.....	43
4.2. Instrumento de coleta de dados.....	44
4.3. Campo Empírico ou Local de Estudo.....	45
4.4. Sujeito do Estudo.....	45
4.4 Procedimentos éticos e legais.....	46
CAPITULO III – FASE EMPÍRICA.....	47
5. Pesquisa de campo.....	48
5.1. Realização de atividades praticadas na ADSV.....	48
5.2. Apresentação e discussão.....	49

5.4. Considerações finais da pesquisa.....	69
6. Reflexões finais.....	70
6.1. Recomendações	71
8. Referências Bibliográficas	72
APÊNDICE.....	77
Apêndice I – Cronograma de actividades	78
Apêndice II - Guião de Entrevista	79
Apêndice III – Autorização da Associação dos Diabeticos de São Vicente sobre os dados dos portadores da diabetes	83
Apêndice IV – Termo de consentimento Informal	84
ANEXO	85
Anexo I – Declaração da ADSV	86
Anexo II – Declaração de Autorização de Arquivo e Divulgação	87
Anexo III – DM1	88
Anexo IV - DM2.....	89
Anexo V – Pé Diabetico	90

Quadro

Quadro 1.....	26
Quadro 2... ..	31
Quadro 3... ..	40
Quadro 4.....	50
Quadro 5.....	53
Quadro 6.....	54
Quadro 7.....	55
Quadro 8.....	56
Quadro 9.....	58
Quadro 10.....	59
Quadro 11.....	60
Quadro 12.....	61
Quadro 13.....	62
Quadro 14.....	64
Quadro 15.....	65

Quadro 16.....67

LISTA DE ABREVIATURAS

ADSV - Associação dos Diabéticos de São Vicente

ADA – American Diabetes Association

BU – Banco Urgência

DM - Diabetes Mellitus

DM1 - Diabetes Mellitus tipo 1

DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2

DG - Diabetes Gestacional

DCCT – Diabetes and Complications Trial

DNIN – Diabetes não insulino dependente

DID – Insulino dependente

DPA – Doença arterial periférica

HBS – Hospital Baptista de Sousa

HA – Hipertensão Arterial

IG - Índice Glicémico

MEV – Mudança do Estilo de Vida

NPH - Neutral Protamine Hagedorn

ND – Neuropatia diabética

NDDG – National Diabetes data Group

NJC – National Joint Committee

OMS - Organização Mundial de Saúde

UPD – Úlcera nos pés de pacientes diabéticos

PA – Pressão Arterial

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PAD – Pressão Arterial Diastólica

RD – Retinopatia diabética

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo. Trata-se de uma monografia que visa capacitação para a investigação em enfermagem e como pré-requisito para conclusão do curso.

A Diabetes Mellitus (DM) é uma patologia que vem aumentando ao longo dos anos, tornando-se uma epidemia mundial. O aumento dos portadores de diabéticos está relacionado a vários fatores nomeadamente: o crescimento e o envelhecimento populacional, a crescente urbanização, o aumento da prevalência da obesidade, o sedentarismo, bem como a maior sobrevida do paciente diabético.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a Diabetes Mellitus como "uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina ou incapacidade da insulina exercer adequadamente as suas ações".

Em Cabo Verde a Diabetes tem-se tornado um problema de saúde pública onde é considerada responsável por várias complicações crónicas que tem vindo a contribuir para a morbimortalidade da população e para o aumento dos custos na saúde.

È nesse sentido que tem-se apostado na prevenção bem como o controlo da patologia que são dois pilares que se traduzem na adoção do estilo de vida saudável e o controlo da glicemia.

Pois, com o desenvolvimento do trabalho pretende-se aprofundar sobre os hábitos de vida dos portadores de diabetes da Ilha de São Vicente a fim de estabelecer metas e recomendações com o propósito de melhorar a qualidade de vida dos portadores da Diabetes e da população propositos ao seu desenvolvimento.

O trabalho divide-se em três capítulos: capítulo I onde faz-se o enquadramento teórico, capítulo II aborda os materiais e métodos utilizados e capítulo III que são apresentados os resultados e análise dos dados colhidos na investigação.

Os métodos utilizados foram: pesquisa bibliográfica (revisão da bibliografia), aplicação de um questionário por meio de uma entrevista, trabalho de campo, observação direta ou indireta.

1. JUSTIFICATIVA E PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

A Diabetes Mellitus constitui atualmente, uma dos principais problemáticas de saúde pública em Cabo Verde, considerada uma das principais causas de incapacidade e aumento da mortalidade no país.

O aumento da incidência da patologia tem sido responsável por grandes investimento do governo para o controlo e tratamento das suas complicações.

No nosso país a DM tem sido considerada a principal causa das amputações traumáticas dos membros inferiores, a terceira causa da cegueira adquirida, uma das principais causas da insuficiência renal crónica, um dos fatores para as doenças cardiovasculares e um dos principais responsáveis de internamentos por descompensação aguda, logo é neste sentido que “em Cabo Verde, os hábitos e estilos de vida são extremamente influenciados pela cultura e pela tradição, pelo que qualquer mudança nas atitudes e comportamentos pressupõe um trabalho perseverante e participativo para uma forte mobilização dos diferentes atores envolvidos no processo, incluindo o envolvimento dos beneficiários” (Valdez, Mendes, Soares, Estrela, 2012, p. 50).

Portanto tem-se apostado fortemente na prevenção e promoção do estilo de vida adotando uma educação continua da doença que abrange também todos os aspetos ao seu desenvolvimento.

Perante os diversos fatores de risco nomeadamente adoção de hábitos alimentares desequilibrada, a inatividade física, a crescente sobrepeso na população e o fator hereditariedade, cabe aos profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro a estar atento na identificação das pessoas com risco para a DM e intensificar as ações para promover o seu controlo entre os diagnosticados.

Silva, Carvalho, Fernandes, Brasileiro, Netto, Simone, Mota, Araujo, Goulart, Barbano, Perez, Fuchs, Moura, Bracco, Lemos, Xavier, Cachapuz, Bressarin & Maturdo, (2006, pág. 10), diz que " o cuidado integral do paciente com diabetes e da sua família é um desafio para a equipa de saúde, especialmente para poder ajudar a mudar o estilo de vida do diabético, o que estará diretamente ligado a vida dos seus familiares e na sociedade".

1.2. Objeto de estudo

O objeto da investigação são os portadores da diabetes da Associação dos Diabéticos de São Vicente (ADSV), com o propósito de melhor estabelecer metas/recomendações para melhor controlo da patologia.

1.3. Pergunta de partida

Cabo Verde atravessa uma situação de transição epidemiológica e nutricional semelhante ao contexto atual no mundo.

A Transição Epidemiológica e Nutricional consiste no aumento das Doenças Crónicas não transmissíveis nomeadamente a Diabetes Mellitus paralelamente a existência das doenças contagiosas.

De acordo com os dados estatísticos de Cabo Verde, sabe-se que na população caboverdiana a obesidade tem vindo a aumentar, fator este que contribui juntamente com o sedentarismo para o aumento da diabetes na população.

Conhecendo o perfil dos portadores nos diabéticos, permite-nos fazer uma análise da nossa população diabética para posteriores resoluções por meio de políticas públicas para o controlo dessa epidemia mundial.

- Qual o perfil dos portadores de Diabetes da Associação de Diabetes da Ilha de São vicente?

1.4. Objetivo geral

Descrever o perfil dos portadores da diabetes da Associação da diabetes da ilha de São Vicente.

1.5. Objetivo específico

- Identificar as complicações agudas e crónicas, presentes nos portadores da ADSV;

- Apontar a terapêutica medicamentosa utilizada;
- Relatar quais os métodos utilizados no controle da diabetes;
- Relatar o estilo de vida dos portadores da diabetes.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Enquadramento Teórico

Baseados nos objetivos referidos no trabalho, o enquadramento teórico baseia-se numa pesquisa bibliográfica do tema referido, aprofundando e dando conhecimento relativamente a patologia e no relacionamento do enfermeiro com os portadores da diabetes.

2. Diabetes Mellitus- Breve histórico

A Diabetes Mellitus (DM) é uma patologia que esta presente há muitos anos, ou seja, bem antiga, onde segundo Valongo, Zuniga, Pereira, Moos, Raposo, Corrêa, Boavida, Guerra, Cabral, Vicente, Crrêa, Serrabulha, Coelho, Vinagre, Afonso, Candeias, Castel-Branco, Matos, Pina & Duarte,(2000, p. 19) diz que, “um papiro descoberto num túmulo em Tebas, no Egipto, mais tarde adquirido pelo egiptólogo alemão George M. Ebers, conhecido por Papiro de Ebers, constitui a mais antiga descrição da Diabetes Mellitus”.

Mas no entanto, “foi na Grécia antiga que, a doença foi identificada e, designada como a nomenclatura, no século XIX” (Caldeira, Parreira, Sagreira, Andre, Duarte & Lisboa, 1997, p. 19).

Caldeia, et al. (1997, p. 21, 24, 25) refere que:

“Em meados do século XIX, duas figuras gigantescas dominavam a história da diabetes: Claude Bernard (1813-1878), fundador da Bioquímica, da Química Fisiológica e Fisiopatológica e da Cirurgia Experimental em bases científicas, inventou um método de doseamento da glicemia; Apollinaire Bouchardat (1806-1886), foi o primeiro médico que mereceu a designação de Diabetologista; no século XX, novamente dois gigantes se perfilam ao nosso espírito: Elliot P. Joslin (1869-1962), talvez o maior clínico de diabetologista de todo os tempos, aquele que acumulou maior número de diabéticos examinados pessoalmente; e Fredrick M Allen (1876- 1962), defeniou as condições de uma eficaz dietoterapia anticetogénica pela restrição harmónica dos três princípios imediatos alimentares”.

2.2. Definição e Classificação do DM

A Diabetes Mellitus é uma disfunção causal causada pela deficiência total ou parcial da produção da insulina produzida pelo pâncreas, logo que, Grossi & Pascali,

(2009, p. 7), afirma que “Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas, caracterizada por hiperglicemia resultantes de defeitos na secreção e/ou ação de insulina”.

Borel, Maquart, Gillery & Exposito, (1999, p.337), afirma que:

“Existirem dois grandes tipos de diabetes: a diabetes magra do indivíduo jovem, ainda chamada DM1, na qual a secreção de insulina, hormona polipeptídica segregada pelas células β dos Ilhéus de Langerhans do pâncreas, é abolida, e a diabetes gorda do indivíduo com mais idade, ou DM2, na qual a insulina é bem segregada, circula no sangue, mas não produz efeito”.

A DM é classificadada por quatro classes, onde “a classificação proposta pela Organização Mundial de Saude (OMS), pela Associação Americana da Diabetes (ADA) e aquí recomendada, inclui quatro classes clínicas: DM do tipo 1(DM1), DM tipo 2 (DM2), DM gestacional (DG) e outros tipos específicos da diabetes” (Milech et al, 2013/2014, p. 5) e Golman & Austell (2009, p. 1988), diz que:

“O diabete clínico é dividido em quatro subclasses gerais: o tipo 1, primariamente provocado pela destruição autoimune das células β pancreáticas e que é caracterizado pela deficiência absoluta de insulina; o tipo 2, caracterizado pela resistência insulínica e pela deficiência relativa de insulina; "outros" tipos específicos de diabetes (associados a síndromes ou condições clínicas identificáveis); e o diabetes mellitus gestacional”.

Tambem é de realçar que “o tipo de diabetes mais frequente é o tipo de DM2, anteriormente conhecido como diabete de adultos, que compreende cerca de 90% de total de casos, e o DM1, anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% de total dos casos” (Silva, et al. 2006, p. 12).

- A diabetes tipo 1 (DM1) - mais conhecida como insulínodépendente, atinge na maioria das vezes, crianças ou jovens, contudo pode desenvolver em adultos e idosos. “Os portadores com essa forma de diabetes podem desenvolver cetoacidose diabética e apresentam graus variáveis de deficiência de insulina” (Milech, et al, 2013-2014, p.5) e em concordância “a DM1 é uma doença de caráter autoimune caracterizada pela destruição progressiva e insidiosa das células β produtoras de insulina das ilhotas pancreáticas, usualmente levando a deficiência absoluta de insulina” (Grossi & Pascali, 2009, p. 8). “Os pacientes portadores da diabetes estão particularmente sujeitos ao risco das complicações microvasculares, tais como: a retinopatia, nefropatia e neuropatia” (Wood & Greenstein,

2006, p. 161). “A forma de apresentação clássica, se observa na infância e adolescência e caracteriza-se pelo aparecimento abrupto de sintomas (poliúria, polidipsia, xerostomia e perda de peso, com rápido agravamento dos mesmos” (Caldeia, et al. 1997, p. 45).

A terapêutica diz que “o tratamento baseia-se na insulina, administrada unicamente por via subcutânea, sendo destruída por via digestiva” (Serres & Farouki, 2001, p. 157).

- A diabetes tipo 2 (DM2) - “abrange cerca de 90% dos diabéticos na população, em que é produzida insulina, mas em quantidades insuficiente ou numa forma ineficaz” (Thomas, em colaboração com *The British Dietetic Association*, 2001, p. 525) ou seja, é quando o pâncreas ainda produz insulina, mas a quantidade não é eficaz e ainda aparece normalmente depois dos 30-40 anos.

O termo “tipo 2” é usado para “designar uma deficiência relativa da insulina, isto é, há um estado de resistência a ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado na diabetes tipo 1” (Tavares et al, 2013, p. 29).

“Cerca de 80% dos DM2 apresenta sobrepeso ou obesidade e mesmo aqueles com peso normal, pode ocorrer maior predomínio de gordura na região abdominal” (Grossi & Pascali, 2009, p. 9). “Os pacientes podem apresentar-se com sintomas de hiperglicemia, polidipsia e a polúria, embora a hiperglicemia seja diagnosticada mais frequentemente em análises de rotina ou em pacientes com doença cardiovascular ou infeções do trato urinário e da pele” (Wood & Greenstein, 2006, p. 164).

Caldeia et al. (1997, p. 46, 47), diz que:

“O aparecimento e progressão dos sintomas são habitualmente lentos, pelo que em muitos casos o diagnóstico da DM é feito com o aparecimento de doenças tardias. No entanto, de forma simplista, podemos distinguir dois grupos em relação ao padrão de insulino-secreção, um grupo com hiperinsulinémica e insulino-resistência e outro com hipoinsulinémia por deficiente secreção pancreática”.

Segundo Serres & Farouki, (2001, p. 157), “o tratamento é feito com ingestão de comprimidos denominados «antidiabéticos orais», dividindo-se em duas grandes classes: as sulfamidas hipoglicémicas (SH) e os biguanidos”

- A diabetes gestacional (DG) - “é observada no adulto, neste caso no sexo feminino. Trate-se de qualquer intolerância a glicose de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação” (Milech et al, 2013-2014, p.6).

Silva et al (2006, pág. 13), diz que “a OMS recomenda detetá-lo com os mesmos procedimentos diagnósticos empregados fora da gravidez, considerando como DG como valores referidos antes da gestação como indicativo não diabéticos ou de tolerância a glicose diminuída”.

Entretanto Gross et al. (2002, pag.21) referem que:

“O rastreamento da diabetes é realizado a partir da primeira consulta pré-natal, utilizando-se a medida da glicose em jejum e com o objetivo de detetar a presença de diabetes pré-existente e a partir da 20ª semana da gravidez, realiza-se outra medida da glicose plasmática de jejum, com ponto de corte de 85mg/dl (31), visando à detecção do diabetes gestacional”.

A DG, “surge durante a gravidez e quase sempre se normaliza após o nascimento do bebé ou podendo persistir após o parto. Uma das consequências da DG é a macrossomia (bebés com alto peso á nascença) levando a complicações durante o parto” (Thomas, 2001, p. 539) e “assume características particulares pelo facto da hiperglicemia estar associada a um aumento de risco de morte fetal levando a uma intervenção rigorosa objectivando o controlo da glicemia” (Caldeia et al. 1997, p. 50).

- Outro tipo específico da DM - está incluído nesta categoria “defeitos genéticos na função das células β , defeitos genéticos na acção de insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, diabetes quimicamente induzidos ou induzidos por drogas e outras síndromes genéticas” (Milech et al, 2013-2014, p. 6). Valongo et al, (2000, pág. 27), diz que “Embora sejam situações raras, apresentam-se com caraterísticas de DM2 e são causadas por uma mutação genética que leva a alteração da tolerância a glicose”.

Golman & Austell (2009, p. 1999), refere que:

“Um plano de tratamento deve levar em consideração os padrões de vida, idade, trabalho e horários escolares, necessidades psicológicas, nível de instrução e motivação de cada paciente em particular. O plano deve incluir alterações no

estilo de vida, um planeamento de refeições, medicamentos, instruções de monitoramento (incluindo o controle nos "dias doentes") e educação acerca da prevenção e tratamento da hipoglicemia”.

2.3. Tipos de insulina

A insulina é um hormónio que é produzido no pâncreas, onde converte açúcar (glicose), amidos e outros alimentos em energia, logo, sem a insulina, as células não obtém a glicose que precisam para abastecer o corpo humano e quando a glicose não é usada como energia acumula-se no corpo, fazendo com que os níveis de açúcar no sangue aumentem. Pessoas com diabetes podem precisar de injeções de insulina por diferentes motivos: não produzirem insulina suficiente, não conseguirem usá-la adequadamente ou ambos os casos.

Golman & Austell (2009, p. 1995), afirma que:

“O preparado insulínico pode produzir respostas variadas em um único paciente uma vez que o pico e a duração da maior parte dos preparados insulínicos são influenciados pelo local da administração e pela magnitude da dose de insulina”.

Quadro 1 - Preparados Insulínicos: início do efeito, pico e duração após a administração subcutânea

Classe	Preparação	Início do efeito	Pico do efeito (h)	Duração da acção (h)
Ação rápida	Lispro, aspart, ou glulisina	10-15 min	01/fev	03/abr
Ação curta	Regular (R)	30min	02/abr	05/ago
Ação intermediária	NPH (N) ou Lenta	2-4 horas	06/dez	16-24
Ação prolongada	Ultralenta (U) Glargina Detemir	4-6 horas	ago/16	-24
		2-4 horas	Sem pico	>30
		1 hora	Sem pico	Até 24 hora

Fonte: Elaboração própria

2.4. Metabolismo da insulina

Greenstein & Wood, (2006, p. 153) afirma que: “a insulina circula como um monómero, não ligada a proteínas plasmáticas, que é filtrada pelos glomerados, onde é quase completamente reabsorvida nos túbulos proximais, e degradada pelos rins. O fígado remove metade da insulina que passa através dele no sistema porta”.

Segundo Milech et al, (2013-2014, p.78), “O uso da insulina é imprescindível no tratamento do DM1 e deve ser instituída assim que o diagnóstico for realizado”. É um hormônio produzido pelo pâncreas, que permite a entrada de glicose (açúcar no sangue) nas células para ser transformada em energia. Na DM1 existe uma destruição progressiva das células beta do pâncreas, que são as que produzem a insulina e os DM2 produzem a insulina, mas não o suficiente para manter a glicemia capilar dentro dos limites normais.

Os alimentos ingeridos são transformados em glucose que entra na circulação sanguínea e é transportada para as células do nosso organismo transformando-os em energia. A insulina que é produzida pelo pâncreas entra na circulação sanguínea que a transporta até as células funcionando como uma chave para permitir a entrada da glucose nas células fornecendo energia ao nosso organismo.

Grossi & Pascali (2009, p. 57), “as diversas preparações de insulina diferem entre si com relação há quatro características: concentração, grau de purificação, espécie de origem e tempo de ação”.

O aumento da glicemia no organismo torna mais difícil o organismo obter energia a partir dos alimentos, levando-o a sentir-se cansado e exausto.

Bayer Healthcare, (2009, p. 7) refere que:

“Com a digestão, os alimentos ingeridos são transformados em glucose (açúcar), levando o organismo a produzir energia e esta glucose é transportada para as células do nosso organismo para que ele funciona, mas a glucose não consegue penetrar nas células porque a insulina é insuficiente ou não há produção de insulina, logo a glucose permanece na circulação sanguínea levando-o a uma hiperglicemia (níveis elevados de açúcar no sangue) e as células não conseguem produzir energia necessária para um bom funcionamento do organismo”.

O tratamento da DM1, baseia-se na insulina, administrada unicamente por via subcutânea, visto que pela via digestiva resulta na sua destruição.

Serres & Farouki, (2001, p. 157) diz que:

“Existem insulinas de curta duração cuja ação começa trinta minutos após a injeção e dura quatro a seis horas; insulinas de duração intermediária em que a ação se inicia após quarenta e cinco minutos após a sua administração e possui a duração de doze a catorze horas e insulinas de longa duração a ação após uma hora, com uma duração que pode ultrapassar 24 horas”.

As insulinas dividem-se consoante: início da duração (tempo que demora depois de injetada a começar a atuar), pico máximo (período de tempo em que atua com maior atividade) e duração de ação (tempo que atua no organismo), portanto “embora os novos análogos de insulina oferecem mais possibilidades terapêutica, é necessário que a escolha de novas estratégias não traga dificuldades para aqueles profissionais menos experientes no manejo dessas novas formas de insulina” (Milech 2013, p. 56).

2.5. Fatores de Risco no Desenvolvimento da Diabetes

Em Cabo Verde, principalmente em São Vicente, os fatores de riscos são quase tão idênticos aos dos países Europeus, diferenciando apenas em hábitos alimentares inadequados, ao abuso de bebidas alcoólicas, a inatividade física, que muitas vezes são derivados de escassos recursos económicos do país.

Ortiz & Zanatti (2000, p. 129), diz que “dentre os fatores de riscos para diabetes destacam-se, a hipertensão e a obesidade, os quais estão relacionados a forte evidência a resistência a ação de insulina”.

Sendo a DM uma doença crónica que pode ser controlada, implica um grande esforço tanto para os portadores, como para a equipe multidisciplinares que auxiliam no controlo da patologia.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2006, p. 14), define fator de risco “as causa que levam a maior chance de desenvolver a doença e que na diabetes tipo 2, sobrepeso e sedentarismo constituem as causas mais comuns para o seu desenvolvimento”.

Segundo o Ministério de Saúde do Brasil (2006, p. 14), “cerca de 50% da população com DM não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados ate que se manifeste sinais de complicações”, pois apresentam os factores de maiores riscos para o desenvolvimento da DM:

- Idade > 45;
- Excesso de peso (índice de massa corporal IMC > 25);
- Obesidade central (cintura abdominal > 102 cm para homens e > 85 cm para mulheres, medidas nas alturas das cristas ilíacas);
- Antecedentes familiares (mãe ou pai) diabéticos;
- Hipertensão arterial (> 140/90 mmHg);
- História de macrosomia ou DG;
- Diagnóstico prévio de síndromes de ovários policísticos;
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida;
- Colesterol HDL < 35 mg/dl e \ ou triglicérides e > 150 mg/dl.

Segundo Borel et al (1999, p. 344), “as causas deste tipo de diabetes são mal conhecidas ou heterogêneas que pode depender de mutação do recetor de insulina”.

A herança tem um papel importante neste processo, aumentando a sua predisposição para desenvolver a diabetes ao longo da vida. Em indivíduos com predisposição diabética existem fatores que levam a desencadear a diabetes tais como: a obesidade, o stress, o sedentarismo, certos medicamentos tóxicos, a idade, etc.

Sendo um destes fatores bastante favorável, “a obesidade induz fortemente no aparecimento da DM2, na diminuição dos níveis de atividade física, na ingestão calórica e conseqüentemente no aumento da prevalência da obesidade é a chave para o aumento da diabetes em todos os grupos etários” (Prevenção de la obesidade y de la DM2, p. 10).

2.6 Sintomas da Diabetes

Depois de um período pré-clínico da duração variável, o portador permanece assintomático e quando a massa das células produtoras de insulina chega a um valor crítico o portador apresenta a sintomatologia clássica: “poliúria (urinar em grande quantidade), polidipsia (sede constante e intensa), polifagia (fome constante e difícil de se saciar), fadiga, xerostomia (sensação de boca seca), visão turva, astenia (perda de forças), infecções frequentes e prurido cutâneo vulvar (comichão)” (Vitória & Gasteiz, 2012, p. 65). Na

inexistência da produção da insulina secretada pelo pâncreas a glucose no sangue aumenta (hiperglicemia), conseqüentemente o cérebro a estimula a ingestão de alimentos, aumentando o apetite, o que leva que haja o aumento do nível de açúcar no sangue.

2.6. Complicações da DM

Com o passar dos anos, as pessoas com Diabetes podem vir a desenvolver uma série de complicações em vários órgãos no nosso organismo, podendo evoluir de forma silenciosa e muitas vezes já estão instaladas quando são detetadas.

Segundo Tavares et al (2013, p. 67), “a DM não controlado pode provocar, ao longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, corações e vasos sanguíneos” e “as complicações resultam de disfunções metabólicas agudas (hipo ou hiperglicemia) que posteriormente podem provocar danos definidos de micro ou macrovasculares devido ao descontrole da glicemia vascular convencional” (Davey, 2002, p. 381).

Phipps, Sands, & Marek (2003, p. 1334), “as complicações crônicas classificam-se em microvasculares (pequenos vasos sanguíneos) e macrovasculares (grandes vasos sanguíneos), que são consequência da duração e do grau de hiperglicemia, emergem como uma das maiores ameaças à saúde em todo o mundo, levando a custo económicos e sociais de enorme repercussão” e sendo assim as “as complicações agudas abrangem hipoglicemia, cetoacidose diabética e coma hiperglicémico hiperosmolar não cetónico” (Phipps, Sands, & Marek, 2003, p. 1332) e Tavares et al (2013, p. 67) diz que “as complicações agudas da DM incluem a descompensação hiperglicêmica aguda, com glicemia casual superior a 250 mg\dl, que evoluir para complicações mais graves como cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar hiperglicemico não cetónico, e a hipoglicemia, com glicemia casual inferior a 60 mg\dl”.

Complicações da neuropatia, macro e microangiopatia, “predispõe para o aparecimento de lesões nos pés dos diabéticos, por vezes graves, podendo terminar eventualmente em amputações” (Valongo et al, 2000, p. 125).

Quadro 2 – Complicações da diabetes

Complicações Crônicas	
Complicações Macrovasculares	
Tipos	Caraterização
Retinopatia Diabética	Lesões que aparecem na retina do olho, podendo causar pequenos sangramentos e, como consequência, a perda da acuidade visual.
Nefropatia Diabética	Alterações nos vasos sanguíneos dos rins que fazem com que ocorra uma perda de proteína na urina.
Neuropatia Diabética	Resulta de lesões nos nervos do nosso organismo que afetam um grande número de diabéticos.
Compliações Microvasculares	
Tipos	Caraterização
Hipertensao arterial	Prejudica a circulação quando a glicose esta em alta concentração no sangue.
Doenças Cardiovasculares	Distúrbios noutros parâmetros metabólicos, como os lípidos no sangue, que ocorrem na presença de controlo glicémico deficiente.
Complicações Agudas	
Tipos	Caraterização
Hipoglicemia	É caracterizada na diminuição da glucose no sangue que acomete na maior parte dos portadores tratados com insulina.
Hiperglicemia	É um aumento da glucose no sangue acima dos valores normais (75 a 110 mg\dl), onde o organismo começa a utilizar a glucose por falta de insulina e que provoca a formação de substâncias denominadas "cetónas".

Coma Diabética	É uma das complicações com valores extremamente elevados da glicemia o que pode ser vital ao paciente.
Complicações da Neuropatia, macro e micro angiopatia	
Tipos	Caraterização
Pé – Diabético	Carateriza-se pelo aparecimento de ulcerações nos pés, é a causa principal das amputações não traumáticas do nosso país.

Fonte: Elaboração própria

Segundo Golman & Austell (2009, p. 1989), refere que “o diabetes aumenta em duas a sete vezes o risco de doença cardíaca, cerebral e vascular periférica, constituindo-se em um importante contribuinte para a morbidade e mortalidade neonatais no cenário obstétrico”.

2.7. Prevenção

Os indivíduos que possuam antecedentes familiares de diabetes devem ter cuidado, mesmo não apresentando sintomas, o que as vezes pode apresentar assintomático, pois no caso da DM2 eles muitas vezes passam despercebidos, devem fazer exames de rotina e observar qualquer alteração procurando um médico.

Mesmo que o individuo possua antecedentes familiares, a hereditariedade sendo um fator muito importante, é possível evitar ou retardar o aparecimento do diabetes desde que se mantenha o peso, praticar atividades físicas, evitando o sedentarismo, mantendo um estilo de vida saudável, controlar a pressão arterial, não fumar, etc.

Ferreira et al. (2005, p. 480), refere que “vários estudos de grandes portes comprovem os benefícios de um estilo de vida saudável em melhorar ou retardar a deteriorização da tolerância a glicose”.

A prevenção da Diabetes, para quem tem um ou vários destes fatores de risco mas não tem ainda o diagnóstico da doença, passa por adotar um estilo de vida mais saudável e consultar o médico, fazendo exames regulares de diagnóstico, porque a DM é uma doença silenciosa, o que significa que geralmente, se não forem feitos exames médicos, a pessoa pode não ter consciência de que tem esta patologia.

Silva et al, (1992, p. 135), “propõe a implementação de um programa de educação, controle e prevenção do Diabetes Mellitus dentro de um programa integrado para doenças crônicas e um estudo multicêntrico sobre a prevalência do Diabetes Mellitus”.

Segundo Silva et al. (2006, p. 15):

“Está bem demonstrado hoje que indivíduos em alto risco (com tolerância à glicose diminuída), podem prevenir, ou ao menos retardar, o aparecimento do diabetes tipo 2, manutenção do peso perdido, aumento da ingestão de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras, especialmente as saturadas, e aumento de atividade física regular”.

Silva et al (2011, p.786) salienta que, “a Associação Americana de Diabetes recomenda intervenções educativas estruturadas, da modalidade pela qual são conduzidas que enfatizem a perda de peso moderada, incluindo a redução de calorias e menor ingestão de gordura no plano alimentar e prática regular de atividade física”.

3. O Papel do enfermeiro no Paciente Diabético

O enfermeiro no tratamento do portador da diabetes é muito importante na assistência básica da saúde onde possibilita a aproximação dos enfermeiros com os paciente que precisam ser assistidos em suas dúvidas e questionamentos, permitindo-lhes uma convivência adequada da diabetes de forma a realização do tratamento mais adequado ao sua qualidade de vida.

Segundo Grossi & Pascali (2009, p. 33):

“A diabetes exige ações intervencionistas em todos os seus estágios, ou seja, na prevenção primária com estratégia para evitar exposição ao risco, na prevenção secundária através da estratégia de rastreamento com o diagnóstico precoce e na prevenção terciária por meio da intervenção contra as incapacidades, e quando nao for mais possível através da recuperação e reabilitação”.

O enfermeiro surge como um agente transformador na consciência e no dia-a-dia, na realização da prevenção e no tratamento da diabetes, dando-lhes a possibilidade na continuação das atividades para um melhor aproveitamento e satisfação.

Oliveira & Oliveira (2010, pág. 42), “a assistência de enfermagem ao paciente portador de diabetes deve estar voltada a prevenção das complicações, avaliação e monitoramento dos fatores de riscos, orientação quanto a prática do autocuidado”, logo “é importante que o enfermeiro estimule e auxilie o indivíduo a desenvolver seu plano de autocuidado em relação aos fatores de riscos identificados durante o acompanhamento”, (Tavares et al, 2013, pág. 34).

Vieira (pág. 15) salienta-se ainda, o fato de:

“A importância da relação do enfermeiro para com o paciente portador de diabetes descompensado, a necessidade de aproximação do enfermeiro é evidenciada principalmente no que se refere aos aspectos emocionais, psíquicos e, em relação a própria família, uma vez que, esses fatores são primordiais para que os pacientes possam enfrentar de maneira mais saudável a nova realidade”.

Portanto “sendo assim, destaca-se a importância da atuação do enfermeiro no tratamento do diabetes, sua participação é referenciada devido ao fato da resistência de muitos portadores em realizar o tratamento, o que pode resultar em complicações e dificuldades de realização de atividades simples da vida diária” (Vieira, p. 3).

Pois, muitos portadores da diabetes têm interferência psicológica (nos sentimentos e nos comportamentos), interferindo na adesão e na motivação do tratamento, predispondo na convivência no dia-a-dia com a diabetes.

Grossi & Pascali (2009, p. 77), diz que “Tendo em vista que os portadores da DM são geralmente acompanhados em ambulatorio pelos enfermeiros, e que a orientação especialmente a cerca da terapia medicamentosa é fundamental na adesão ao tratamento, que podem ajudar na prevenção de desfechos indesejados”.

Silva et al. (2006, pág. 10), diz que “o cuidado integral do paciente com diabetes e da sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar a mudar o estilo de vida do diabético, o que estará diretamente ligado a vida dos seus familiares e na sociedade”, sendo assim “o Enfermeiro como membro desta equipe deve estar ciente do seu papel dentro dos objetivos a serem alcançados, funcionando ainda como elemento multiplicador, semeando estas experiências em qualquer tipo de grupo de auto-ajuda. Trabalhar em conjunto com profissionais de áreas afins auxilia o Enfermeiro a superar as adversidades ocorridas no dia a dia” (Silva et al, 1992, p. 137).

Tavares et al (2013, pág. 34) diz que:

“É de competência do enfermeiro, realizar consulta de enfermagem aos indivíduos com maior risco para desenvolver a DM2, abordando fatores de riscos, estratificação do risco cardiovascular e orientação sobre mudanças de estilos de vida”.

Ao analisar a importância da atuação do enfermeiro no tratamento dos portadores da diabetes, salienta-se que a sua prática se efetiva na promoção da sensibilização dos portadores, por meio da educação para a saúde, onde a orientação se faz como um dos principais fatores que contribuem para a melhoria da vida dos portadores, que a princípio se encontram em depressão em decorrência do diagnóstico apresentado.

GRILLO, (2005) apud OLIVEIRA e OLIVEIRA, (2010, p. 44) afirma que:

“Ao enfermeiro cabe educar os pacientes para que eles obtenham conhecimento sobre sua condição e os riscos à saúde, incentivando a aceitação da doença e a implementação das medidas de autocontrole, tais como: controle dos níveis glicêmicos através de mudança nutricional (conforme pirâmide alimentar), prática de exercícios físicos, terapêutica medicamentosa, além das medidas preventivas como cuidados com os pés, aferição da pressão arterial regularmente e evitar maus hábitos, como alimentos ricos em gordura, tabagismo e etilismo”.

3.1. Promoção / Prevenção de hábitos de vida saudável na Enfermagem

A intervenção de enfermagem consiste na educação para a saúde, incentivando para mudanças no estilo de vida, nos hábitos alimentares, nos exercícios físicos e proporcionando ao indivíduo o conhecimento sobre a sua patologia.

Phipps, Sands, & Marek (2003, p. 1326), refere que “os cuidados de saúde preventiva da DM podem ser de prevenção primária (prevenção de doença primária), secundária (detecção precoce e controle da doença) ou terciária (controle das complicações)”. É neste sentido que Caldeia et al. (1997, p. 355) afirma que:

“A prevenção na diabetes divide-se em: prevenção primária cuja responsabilidade deve ser partilhada com toda a comunidade, a prevenção secundária que deve ser responsabilidade primeira dos cuidados de saúde primários, na ação dos centros de saúde e a prevenção terciária, responsabilidade de todos os que tratam os diabéticos, nas diversas vertentes”.

E segundo Grossi e Pascali (2009, p. 33):

“Utilizando a história natural da DM2 como premissa para esta abordagem, sabe-se que a mesma exige ações intervencionistas em todos os seus estágios, ou seja, na prevenção primária com estratégia para evitar a exposição ao risco, na prevenção secundária através da estratégia de rastreamento com o diagnóstico precoce, e na prevenção terciária por meio de intervenções contra as incapacidades, e quando não for mais possível através da recuperação e reabilitação”.

Grossi & Pascali (2009, p. 37) “ao analisar objetivamente os fatores de riscos, observa-se que para minimizá-los faz-se necessário intervir basicamente em dois comportamentos, que são: a alimentação e a atividade física”, ou seja, com a adoção de alimentação equilibrada e atividade física regular, a pessoa pode se beneficiar com o controlo do peso, da pressão arterial, da glicemia, dos níveis de cortisol, e indiretamente, no caso das mulheres no controlo de síndrome do ovário policístico, quando presente.

Schaffler & Menche (2004, p. 338), diz que “quanto mais treinado estiver o diabético, melhor será a qualidade de vida, logo o conteúdo da educação depende também da sua capacidade de aprendizagem”. Ou seja o diabético, tem que ter a capacidade de aprender a promover e a prevenir o seu hábito de vida junto com o enfermeiro preparado para a educação do diabético que tem o papel de promover uma educação saudável tais como: incentivar a prática de atividade física, identificar os fatores de riscos, prevenir das complicações agudas e crónicas.

Caldeia et al. (1997, p. 359), diz que “a educação para a saúde aplicada a toda a população, promovendo a alimentação equilibrada com redução do consumo calórico e lipídico e promoção de atividades físicas, poderá reduzir a incidência da diabetes”.

Silva, Pires, Silva, Moraes & Neto (2013, p. 65), diz que:

“O enfermeiro deve cumprir o papel de educador, sendo fundamental o acompanhamento efetivo ao cliente diabético, promoção de grupos de apoio, além das orientações necessárias quanto ao controlo da glicemia, enfatizando a importância da adesão a hábitos de vida mais saudáveis”.

A Atualização Brasileira sobre diabetes, (2006, p. 13), afirma que “existe a necessidade de intervenção precoce para a prevenção da doença macrovascular antes das alterações glicémicas, dando ênfase as modificações da qualidade ou estilo de vida nos programas de atenção primária”.

As medidas de prevenção e tratamento da obesidade constituem a principal preocupação da prevenção primária da DM2, “o rastreio, para detetar casos não diagnosticado, é a principal preocupação da prevenção secundária; detetar e impedir a evolução de complicações é a ênfase da prevenção terciária” (Phipps, Sands, Marek, 2003, p. 1342).

Logo é neste sentido que “a Enfermagem, como integrante da equipe multidisciplinar de saúde, tem o desafio de instrumentalizar o portador no autogerenciamento da doença, buscando estratégias e novas formas para um melhor cuidado de enfermagem, otimizando o controle glicémico” (Filho, Rodrigues & Santos, 2008, p. 126).

3.2. Ações educativas no tratamento ou prevenção da DM

A atividade educativa do enfermeiro com o paciente e o portador da diabetes é considerada antiga e teve origem na Enfermagem Moderna, com Florence Nightingale, no século XIX¹.

O enfermeiro têm uma das funções bastante importante nas ações educativas do portador da diabetes, o que leva Schaffler & Menche (2004, pág. 338) a afirmar que “quanto mais treinado estiver o diabético, melhor será a qualidade de vida, logo o conteúdo da educação depende também da sua capacidade de aprendizagem”. Ou seja o portador da diabetes, tem que ter a capacidade de aprender a promover e a prevenir o seu hábito de vida junto com o enfermeiro preparado para a educação do diabético que tem o papel de promover uma educação saudável tais como: incentivar a prática de atividade física, identificar os fatores de riscos, prevenir das complicações agudas e crônicas.

É de realçar que “a educação para a saúde aplicada a toda a população, promovendo a alimentação equilibrada com redução do consumo calórico e lipídico e promoção de atividades físicas, poderá reduzir a incidência da diabetes” (Caldeia, J. et al. 1997, pág. 359).

Silva, Pires, Silva, Moraes & Neto (2013, pág. 65), “o enfermeiro deve cumprir o papel de educador, sendo fundamental o acompanhamento efetivo ao cliente diabético, promoção de grupos de apoio, além das orientações necessárias quanto ao controlo da glicemia, enfatizando a importância da adesão a hábitos de vida mais saudáveis”.

Mas deve-se realçar que não é só no papel de educador que o enfermeiro deve atuar e Filho, Rodrigues & Santos (2008, p. 126), afirma que “as reações emocionais precisam ser mais bem compreendidas pelos enfermeiros, uma vez que muitas destas são manifestadas através de comportamentos inadequados que interferem no bom controle glicêmico, o que repercute na saúde, nas relações sociais e, por extensão, na qualidade de vida do portador”. Uma das causas importantes que não ajuda nem na prevenção e na promoção da DM é a depressão onde fatores biológicos, genéticos e psicológicos estão envolvidos, e é neste sentido que Filho et al (2008, p. 126), enfatiza que “na relação enfermeiro e portador, os aspetos emocionais, psicossomáticos e o relacionamento com familiares devem ser considerados elementos para o bom controle da doença”.

“...porquê eu? Pensava que so acontecia aos outros....”

3.3. Implementação dos níveis de assistência a familiares dos portadores da DM2

Os portadores da diabetes podem vir a desenvolver determinadas complicações que ocorrem quando os níveis de glicemia não estão controlados.

Pode-se começar a controlar a diabetes verificando os níveis de glicemia, adaptando bons hábitos alimentares, praticando exercício físico, análise sanguínea (Hemoglobina glicosilada ou hemoglobina A1C), se necessário recorrendo a medicação específica aconselhada pelo médico, controlar a pressão arterial e analisar os níveis lípidicos (colesterol e triglicéridos).

A família sendo um grupo de duas ou mais pessoas ligadas por uma ligação mútua de afetividade, compromisso e responsabilidade, quer na saúde ou no dia a dia e a falta de saúde pode ser um evento estresante quer para a pessoa como para a família, desse modo, “nem toda a família reage da mesma maneira ao diagnóstico da DM de um dos seus membros, podendo ocorrer diferentes tipos de comportamentos” (Grossi e Pascali, 2009, p.162).

“Minha mãe não me dixa ficar sozinha ou com os meus amigos com medo que eu coma algo errado”.

Phipps, Sands & Marek (2003, pág. 1342), diz que “a avaliação inicial do doente compreende a recolha de dados objetivos sobre o estado metabólico e a avaliação do estado

cardiovascular, da visão, da função nervosa e os membros inferiores devem ser cuidadosamente examinados”.

Segundo Grossi e Pascali (2009, p. 167):

“O enfermeiro é o profissional que esta em contato com a família em vários cenários de atendimento à saúde, podendo avaliar a família e propor intervenções que auxiliam a família do portador da DM a lidarem melhor com a situação da doença, o enfermeiro também pode avaliar a família e compreender em qual tarefa a família esta tendo dificuldades e qual a sua necessidade para ser capaz de propor intervenções que ajudem a família a executar a tarefa”.

Tavares et al (2013, pág. 34) diz que “nas consultas de enfermagem o processo educativo deve preconizar a orientação de medidas que comprovadamente melhoram a qualidade de vida: hábitos alimentares saudáveis, estímulo a atividade física regular, redução de consumo de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo”.

3.4. Relação entre o enfermeiro e o portador da diabetes

O portador da DM ao ser informado sobre a sua patologia, uma das primeiras coisas que têm consciência é a mudança que ira ter na sua vida, o que muitas vezes altera as suas emoções, tais como: o choque, a revolta e a depressão.

Gonsalves, (p. 12), refere que, “a relação entre o enfermeiro e o paciente é constatada como um aspeto primordial para o sucesso do tratamento apresentado, principalmente no que se refere aos aspetos emocionais e psíquicos”.

A revolta as vezes é vivida na intimidade, a ideia da derrota ocupa formas assustadoras que se transforma em raiva, o que leva muitas vezes o portador da diabetes a chorar a perda da saúde, ou seja a tristeza, o que o faz renovar a sua aptidão para viver, e é neste sentido que Gonsalves, (p. 11) afirma que:

“É fato que, a princípio, as adaptações em relação aos seus hábitos diários não se apresenta como sendo uma atividade fácil de ser realizada, mas se torna necessário que a estimulação e a motivação realizada pelos enfermeiros seja efetivada de maneira a promover o entendimento do paciente que é necessário para a sua saúde, a adoção de novas posturas em benefício de sua saúde” (FIGUEIREDO FILHO et al, 2012).

Vieira, (p. 13), afirma que “é fato que, a assistência de enfermagem apresenta-se fundamental para o paciente portador de diabetes, desde a ação de orientação, acompanhamento e até mesmo o acolhimento ao paciente, promovendo ao mesmo, incentivo, educação à saúde para a aprendizagem da convivência com a doença”.

3.4. Diagnóstico de enfermagem

Grondin et al. (1900, pág. 2) define diagnóstico de enfermagem como “sendo juízos clínicos que descrevem o estado de uma pessoa (ou de um grupo) em reação a um problema de saúde, provendo de um processo deliberado e sistemático de colheita e de análises de dados que serve de base á prescrição de intervenções autónomas situadas no campo das responsabilidades da enfermeira”.

Portanto “no contexto do processo de enfermagem, objetivamos investigar os diagnósticos de enfermagem nos portadores de DM em uso de insulina, visando identificar dados significativos que fundamentem as intervenções do enfermeiro em diabetes” (Becker, T. et al, 2008, pag.3).

Segundo Phaneuf (2001, pag.187), “depois de ter recolhido os dados e organizados os cuidados mais urgentes, a enfermeira deve interrogar-se sobre o que resta fazer para levar a pessoa a progredir em direção a um melhor estado de saúde e a evoluir em direção a uma maior independência na satisfação das suas necessidades”.

De acordo com o livro de diagnóstico de enfermagem NANDA, escrito pelos autores Nobrega e Garcia (1992, p. 9-46) sobre o diagnóstico de enfermagem nos portadores da diabetes, afirma que:

Quadro 3 – Diagnóstico de enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem	Fator Relacionado	Caraterísticas Definidoras
Nutrição Alterada	Vide presença de fatores de risco	Presença de fatores de riscos: obsidade relatada ou observada em um ou em ambos os país.
Eliminação Urinária	Causas multiplas, incluindo-se: obstrução anatómica,	Frequência da eliminacia urinaria aumentada ou diminuida; Sensação

Alterada	sensibilidade motora prejudicada, infecção do trato urinário.	de urgência para urinar; Nicturia.
Interação Social Prejudicada	Desconforto verbalizado ou observado em situações sociais.	Barreira de comunicação.
Disfunção Sexual	Limitação real ou percebida da resposta sexual imposta pela doença ou terapia.	Défice no conhecimento ou habilidade para resposta alternativas a transição relacionada saúde, ou a alteração de função e estrutura corporal, doença ou tratamento.
Mobilidade Física Prejudicada	Força, controle ou massa muscular diminuídas	Força e resistência diminuídas; Depressão ou ansiedade severa.
Baixa Auto-Estima: Situacional	Ocorrência de episódios de auto-avaliação negativa em resposta a situações, da vida, em uma pessoa com uma auto-avaliação anteriormente positiva.	
Ansiedade	Tensão aumentada; Medo, Angústia; Preocupações expressas de novas mudanças em eventos da vida.	Ameaça de morte; Ameaça ou mudança no estado de saúde; Necessidades não atendidas; Conflitos inconscientes de valores e metas essenciais da vida.

Fonte: Elaboração própria.

Segundo Phaneuf e Grondin, (1994, pag. 4), afirma que:

“O diagnóstico de enfermagem é a finalização da segunda fase do processo de enfermagem, em que consiste num enunciado simples e preciso que descreve a resposta de uma pessoa ou de um grupo a uma experiência do ciclo de vida ou a um problema eventual ou atual relacionado com a saúde física ou psicológica, ou com uma dificuldade de adaptação social”.

CAPÍTULO II – FASE METODOLÓGICA

4. Metodologia

O presente capítulo procura apresentar e analisar a metodologia da investigação no estudo, como o objetivo de descrever todo o processo metodológico realizado no presente trabalho, tais como: o tipo de estudo, os instrumentos para a recolha de dados, as análises, os dados e o sujeito do estudo.

Fortin, M. F. (1996, p. 22), diz que “o investigador que utiliza o método de investigação qualitativa está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo”.

A metodologia do trabalho baseou-se numa pesquisa bibliográfica, incluindo livros, artigos, revistas, diretrizes, monografias, teses, pós-graduação, de acordo com as normas da Universidade do Mindelo, em que colectou-se uma amostra de 16 portadores da diabetes inscritos na Associação dos Diabéticos.

A metodologia escolhida para recolher os dados foi a ordem cronológica, onde foi elaborado um guião de entrevista (apêndice II) e depois a recolha dos dados feitos na ADSV no período de tarde após a administração da insulina e através de uma autorização assinada pelos diabéticos (apêndice IV).

O trabalho foi realizado na ADSV, de Agosto a setembro de 2015, baseando-se na coleta de dados por meio de aplicação de uma entrevista específico aos portadores da diabetes, realizados num ambiente calmo e tranquilo, onde os portadores da diabetes responderam de forma tranquila as questões colocadas de forma objetiva e clara com o intuito de obter respostas correctas para uma melhor análise posterior.

Fortin, (1999, p. 354), diz que “ a metodologia desempenha um papel essencial no desenvolvimento de um projeto de investigação, pois os resultados finais estão condicionados pelo processo, o método e a forma como se obtiveram esses resultados”.

4.1. Tipo de estudo

Para realização do trabalho de Conclusão de Curso utilizou-se como instrumento de investigação o método qualitativo por meio de uma entrevista semiestruturada aos portadores da diabetes na Associação dos Diabéticos da Ilha de São Vicente, porque a entrevista semiestruturada aproxima-se mais de um diálogo ligado a diabetes, baseado num guião de entrevista que pode ser adaptado ao portador ou as circunstâncias que o rodeiam e

que segundo Manzini (1990/1991, p. 154), refere que “a entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual elabora-se o roteiro com questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista” e por um método científico fenomenológico, que “preocupa-se em entender o fenómeno como ele se apresenta na realidade, não deduz, não argumenta, não busca explicações (porquês), satisfaz-se apenas com seu estudo, da forma com que é constatado e percebido no concreto (realidade)” (Prodnov e Freitas, 2013, p. 127).

Segundo Fortin, (1999, p. 322):

“A abordagem qualitativa, baseada na perspectiva naturalista, concentra-se em demonstrar a relação que existe entre os conceitos, as descrições, as explicações e as significações dados pelos participantes e investigador relativamente ao fenómeno e sobre a descrição semântica, de preferência as estatísticas probabilísticas”.

Almino et al. (2009, pág. 762), diz que “a pesquisa qualitativa permite a descrição das experiências humanas tal como a vivência dos seus próprios atores, assim, é possível compreender significados, sentidos inscritos nas questões subjetivas inerentes aos actos, as atitudes, as relações e as estruturas sociais”.

Martins (2004, p. 295), refere que, “a metodologia qualitativa, mais do que qualquer outra, levanta questões éticas, principalmente, devido a proximidade entre pesquisador e pesquisado”.

4.2. Instrumento de coleta de dados

Foi elaborado uma entrevista aos portadores da diabetes com vinte e sete perguntas (apêndice II), tanto abertas como fechadas, explorando a caracterização geral, os dados pessoais como as habilitações académicas e a faixa etária; a caracterização da diabetes como o significado da patologia entre eles, o tempo da descoberta da diabetes, o tipo de medicamento e a caracterização do estilo de vida que nos concebe a clareza das complicações da patologia, as modificações dos seus estilos de vida e da reação em relação a patologia.

Depois de terem coincidido em participar na entrevista e de terem assinado o consentimento informado, procedeu-se a identificação e caracterização dos utentes e

consecutivamente, a aplicação da entrevista com o tempo máximo para a entrevista de 30 minutos ou até 1h nos portadores da diabetes no período entre Julho e Agosto.

A entrevista foi estabelecida na ADSV, após a administração da insulina, altura esta em que se encontra presente a maioria dos portadores da diabetes.

4.3. Campo Empírico ou Local de Estudo

A realização do trabalho teve como campo empírico a Associação dos diabéticos de São Vicente, situada em Fonte Filipe. A estrutura física da associação subdivide-se em dois setores; o setor de enfermagem e o setor dos serviços administrativos. Possui um médico permanente e vários outros como colaboradores tais como: nutricionista, cardiologista, neurologista, cirurgião, internista, colaboradores voluntários de enfermagem e do público civil. O serviço administrativo é suportado por uma funcionária que exerce funções de secretariado e administração da insulina aos portadores da diabetes no período das 8h e das 17h.

4.4. Sujeito do Estudo

Os sujeitos do estudo foram dezasseis portadores da diabéticos da A.D.S.V, seis do sexo feminino e onze do sexo masculino, da faixa etária entre onze a oitenta anos de idade, durante o período de administração de insulina onde disponibilizaram a sua participação.

Alguns dos entrevistados residem com os respetivos familiares, mas alguns sozinhos, sem nenhum acompanhamento durante a noite.

Os portadores das diabetes, sendo há maioria com baixa habilitações académicas ou quase nenhuma e destacando os mais habilitados por causa das respostas mais bem respondidas e da maior compreensão sobre a sua patologia, onde puderam responder de forma clara e precisa quase todas as questões formuladas.

4.4 Procedimentos éticos e legais

Na elaboração do trabalho foi elaborado um termo de consentimento informado dando o conhecimento da natureza do trabalho, que foi dirigido aos portadores da diabetes da ADSV, para que pudessem participar ou ceder dados implicados ao meu estudo (Apendice IV).

Fortin (1999, p. 114) “a ética no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e da arte de dirigir a conduta, ou seja a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

De acordo com as condições éticas do trabalho, honrou-se os princípios éticos da investigação, não divulgando os portadores da diabetes entrevistados. Foi entregue na ADSV uma carta formal solicitando autorização para colheita de dados junto aos portadores da diabetes ao presidente da ADSV (apêndice III), sendo autorizada pela mesma.

Segundo Nunes (2013, p. 7), referiu alguns direitos éticos dos portadores dos diabéticos:

“Direito de anonimato e a confidencialidade – onde os dados pessoais não podem ser divulgados ou partilhados sem a autorização expressa do sujeito e a entidade do sujeito não pode ser associado as respostas anterior. Os resultados devem ser apresentados de forma que nenhum dos participantes no estudo possa ser reconhecido”.

Sabendo que a ética é o conjunto de regras que orienta as pessoas a terem um comportamento que corresponda adequadamente dentro de uma sociedade, com o objetivo de dar limites, valorizar e dar respeito ao indivíduo e suas relações e as vezes sem pensar cometem faltas graves que as comprometem rapidamente neste contexto.

CAPÍTULO III – FASE EMPÍRICA

5. Pesquisa de campo

A metodologia usada para realizar este trabalho, inclui uma pesquisa de campo, junto a um público de interesse, portadores da diabetes que frequentam a ADSV, encarregados da administração da medicação e no apoio ao controlo da diabetes. Foi feita através de observação direta de uma entrevista para recolher elementos resultantes da promoção de estilo de vida tanto em casa como na ADSV, com jovens e adultos em várias faixa etária que facilitasse a compreensão sobre o que se faz, o que é possível e indispensável fazer para melhorar esta vertente vital da promoção.

Martins (2004, p. 295), aborda que:

“Os críticos apontam para dificuldade para colheita de informações, na medida em que ela depende da confiança estabelecida entre pesquisador e pesquisado, além disso, os métodos qualitativos exigem um grande investimento de tempo e pessoal bastante qualificado sociologicamente para essa tarefa, sobretudo considerando a ampla variedade de material a que se pode ter acesso”.

5.1. Realização de atividades praticadas na ADSV

Abordar a promoção do estilo de vida na ADSV, não pode ser uma atividade apenas teórica, isto é, os portadores, nas várias faixa etárias em estudo, podem fornecer a sua quota-parte, em elementos da avaliação do seu nível de compreensão do tema.

Atividades lúdicas, palestras, caminhadas, formações são excelentes formas de transmissão e prática dos conceitos que se pretende inculir nos portadores da diabetes, para que estas possam exercitar e refletir sobre as atividades dentro do seu estilo de compreensão.

Arrechea & Nora (2001, p. 347), afirma que:

“Atuando preventivamente e implantando um programa de promoção de atividade física, dieta sã e equilibrada, assistência médica, educação do portador da diabetes e da equipa de saúde, pode se reduzir significativamente a incidência da diabetes e das complicações associadas”.

Outra atividade que foi de muita valia para o estudo da promoção do estilo de vida, foi a realização de lanches e tardes de chás feito na ADSV. Esta atividade leva o portador

da diabetes a se interessar muito para o que o enfermeiro ou médico tem a dizer, participando activamente.

Numa das atividades feita na ADSV (palestra sobre alimentação nos diabéticos) com o objetivo de apresentar a Roda dos Alimentos aos portadores da diabetes, verificou-se que a maioria não consegue identificar a Roda de Alimentos.

Pera (2009, p. 22), diz que:

“De acordo com ADA, os objetivos da terapêutica nutricional deverão ser: atingir e manter um bom controlo glicémico; corrigir e manter um peso adequado para a estrutura e idade; atingir um bom perfil lipídico e tensões arteriais controladas; prevenir ou retardar as complicações crónicas da diabetes, através da mudança de hábitos alimentares e do estilo de vida; melhorar o estado de saúde geral baseando em hábitos alimentares saudáveis e na prática de atividades regulares físicas”.

5.2. Apresentação e discussão

Este capítulo apresenta a discussão dos dados recolhidos através de um guião de entrevista aplicados aos portadores da diabetes, onde apresenta os dados pessoais dos entrevistados, mas não constando o nome próprio, mas sim o nome fictício salvaguardando a sua identidade.

Esta fase foi dividida na caracterização geral dos portadores da diabetes e por duas categorias, sendo a primeira a caracterização da diabetes, onde foram realizadas várias perguntas relacionadas a doença e a segunda a caracterização do estilo de vida.

O guião de entrevista foi previamente elaborado, com vinte e sete perguntas semiestruturadas aos portadores da diabetes da ADSV e feito a realização da entrevista com um contato direto entre o pesquisador e o entrevistado.

Os dezasseis portadores da diabetes que foram entrevistados são oriundos de várias localidades da ilha de São Vicente acompanhados nos centros de saúde da ilha (Delegacia de saúde).

Caraterização dos portadores da diabetes

Esta fase tem como objetivo de descrever o perfil dos portadores da diabetes entrevistados de acordo com: o sexo, a idade, as habilitações académicas e o cargo que desempenha (profissão).

Quadro 4 – Caracterização dos Portadores da Diabetes;

Nº	Entrevistados	Género	Idade	Habilitações Académicas	Profissão
1	Chocolate	Masculino	73	4ª classe	Reformado
2	Rebuçado	Masculino	52	Não têm	Pencionista
3	Gelado	Masculino	18	4ª classe	Desempregado
4	Mel	Feminino	10	6ª Classe	Estudante
5	Bolo	Masculino	48	4ª classe	Limpeza publica
6	Geleia	Feminino	...	Não têm	Desempregado
7	Grogue	Masculino	74	Não têm	Desempregado
8	Açucar	Masculino	45	5º ano	Pencionista
9	Frito	Masculino	76	4ª classe	Desempregado
10	Doces	Feminino	54	Não têm	Desempregada
11	Pudim	Masculino	51	4ª clase	Trabalhador
12	Gordura	Masculino	60	Não têm	Desempregado
13	Beijos	Feminino	70	Não têm	Desempregada
14	Marmelada	Feminino	31	Licenciatura	Estudante
15	Sprite	Masculino	60	1ª clase	Trabalhador de Moave
16	Chupeta	Masculino	81	Não têm	Pencionista

Fonte: Elaboração própria

A amostra estudada, consiste no total de dezasseis portadores da diabete mellitus da ADSV, tendo prevalência de indivíduos do sexo masculino, representados por onze portadores, em que apenas cinco são do sexo feminino.

Observou-se que, a maioria dos portadores da diabetes são do sexo masculino.

Segundo o quadro de dados, realça dois indivíduos entre a faixa etária dos dez a vinte anos, três indivíduos dos quarenta a cinquenta anos, cinco indivíduos dos cinquenta a sessenta anos e quatro indivíduos dos setenta a oitenta anos de idade.

Pois estes resultados, vai de encontro ao panorama epidemiológico no último século que apresentou uma reversão do padrão das doenças ao passar da prevalência de doenças infetocontagiosas para as de agravos não transmissíveis como cânceres, doenças cardiovasculares (DCV) e diabetes mellitus (DM). Sugere-se que o facto resulte do aumento da expectativa de vida associado às alterações dos hábitos, como fumo, inatividade, hipertensão arterial, DM, hiperlipidemias, sobrepeso e obesidade, dietas hipercalóricas e hiperprotéicas e de outros que não podem ser alterados, como sexo, raça e hereditariedade.

Analisando os dados obtidos, oito indivíduos não possuem nenhum grau de habilitações académicas, seis possuem os estudos primários, um os estudos secundários e uma a fazer licenciatura; e segundo Grillo & Gorini (2007, v. 60 nº1), “a importância de analisar o grau de instrução se deve ao facto de que a condição da escolaridade pode dificultar o acesso às informações e trazer menores oportunidades de aprendizagem quanto ao cuidado com a saúde, pois os pacientes diabéticos desenvolvem, em grande parte, o seu cuidado”.

É neste sentido (grau de escolaridade), que pode-se observar que os portadores da diabetes não seguem o plano de controlo da patologia, descuidando das complicações e os cuidados que a doença acarreta.

Quanto a ocupação, três são pensionistas, um reformado, cinco são trabalhadores e sete estão em situação de desemprego, situação esta que pode dificultar no controlo da patologia, visto que o acesso a terapêutica e a alimentação adequada torna-se comprometida.

Em Cabo Verde o estado aplica grandes investimentos financeiros para o controlo e tratamento das complicações das doenças crónicas e transmissíveis, pois o fornecimento da medicação é feito pelo estado e distribuída pela Delegacia de saúde, não causando nenhum gasto económico aos portadores.

No entanto “de acordo com o Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde, custos diretos para o atendimento ao diabetes mundialmente variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento disponível” (Cota, Batista, Reis, Souza, Dias, Castro & Alfenas, 2009, p. 1252), logo é neste sentido que as medidas de intervenção comunitária

para mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos mais saudáveis devem ser sustentáveis ao longo prazo e devem incluir todos os grupos sociais, especialmente aqueles com menores possibilidades de escolha em razão da pobreza e da exclusão social.

Categoria I – Caracterização da diabetes

A DM é caracterizada por muitos, como aumento de açúcar (glicose) no sangue, provocada pela falência ou insuficiência do pâncreas em produzir insulina no nosso organismo, em que os indivíduos são acometidos pelos sintomas clássicos. Pois com o aparecimento da diabetes os portadores tomam algumas medidas no que diz respeito ao estilo de vida concomitantemente a administração de hipoglicemiantes.

Na caracterização da diabetes obteve-se resposta quanto ao significado da diabetes para os portadores, o tempo de descoberta da patologia, o tipo de diabetes, os sintomas vivenciados nos portadores, o tipo da terapêutica utilizado para o controle, a prática do exercício físico, a alimentação, a frequência na consulta de Nutrição, as causas e as complicações da inerentes à patologia.

Quando questionados sobre o significado pessoal da diabetes para cada portador, a maioria respondeu que é uma doença normal, mas, obtivemos as seguintes respostas dos outros portadores:

Frito afirma que “é uma doença perigosa”;

Grogue acrescenta que “é um aumento de açúcar no sangue”;

Bolo diz que “é a análise que fazemos e a insulina que tomamos”;

Xhupeta refere que “é quando se sente mal”;

Marmelada “uma doença crônica que tem falta ou muita açúcar no sangue”;

Pudim diz que “é uma doença normal mas perigosa”.

Analisando as respostas obtidas dos portadores da diabetes, as definições estão incompletas, isto poderá ser devido ao nível de escolaridade baixo e do pouco conhecimento obtido pelos portadores que interfere na capacidade de entendimento ou mesmo da ineficiência de ações educativas quanto a prevenção e controle da diabetes.

È neste sentido que a ADSV esta a intervir, introduzindo palestras, debates, formações aos portadores da diabetes, dando-lhes maior conhecimento da sua patologia.

Também é de realçar que os enfermeiros e os proprios médicos, deveriam aprofundar o tema nas consultas feitas aos portadores e não só, transmitindo maiores e melhores conhecimentos a população em geral e principalmente a publico alvo.

Quadro 5 – Disposição de dados sobre o tempo da descoberta da diabetes;

Nº	Entrevistados	Dias	Meses	Anos	Não souberam Responder
1	Chocolate			17	
2	Rebuçado			1	
3	Gelado			11	
4	Mel	12			
5	Bolo			+ 24	
6	Geleia			+ 6	
7	Grogue			
8	Açucar			16	
9	Frito			+ 46	
10	Doces			2	
11	Pudim			2	
12	Gordura			
13	Beijos			3	
14	Marmelada			13	
15	Sprite			15	
16	Chupeta			

Fonte: Elaboração própria

O quadro sete, relata-nos que três dos portadores não souberam responder, uma foi diagnosticada há doze días, cinco com menos de dez anos e sete indivíduos obtiveram o diagnóstico há mais de dez anos, resultado que poderia ser interpretado de forma positivo no sentido que o portador já adquiriu os conhecimentos básicos relativamente ao controlo, usando a terapéutica de forma adequada e adquirindo mudança no estilo de vida, (prática de atividade física e alimentação adequada). Pois possui comomintuito prevenir as

complicações. Porém os portadores vêm mostrando na prática clínica, por meio de diagnóstico, que as complicações estão a aumentar mesmo em pacientes com diagnóstico a mais de dez anos, o que faz com que Irinita Soares (Portal da ilha do Fogo, 2011), dizer que, “a doença tem constituído preocupação, uma vez que os diabéticos convivem com diversas outras enfermidades que têm a ver com cegueira, imputações, insuficiência renal, entre outras”.

Com o passar dos anos com a diabetes as complicações tendem a aparecer, o cansaço prevalece e aumenta a cada dia, a repugnancia, a rebeldia, o que prejudica e muito o portador indisciplinado em relação a sua patologia.

Os portadores de diabetes indisciplinado com mais de dez anos com a patologia tem a tendência a surgir com certas complicações tais como aqui referido, como: a hipertensão arterial e a retinopatia diabética.

Quadro 6 – Disposição de dados sobre o tipo de diabetes

Nº	Entrevistados	DM1	DM2	DG
1	Chocolate		*	
2	Rebuçado		*	
3	Gelado	*		
4	Mel	*		
5	Bolo		*	
6	Geleia		*	
7	Grogue		*	
8	Açucar		*	
9	Frito		*	
10	Doces		*	
11	Pudim		*	
12	Gordura		*	
13	Beijos		*	
14	Marmelada	*		
15	Sprite		*	
16	Chupeta		*	

Fonte: Elaboração própria

Do quadro seis, dos desasseis entrevistados, três são portadores da DM1 e treze relatam ser portadores da DM2, resultado este bastante significativo que vai de encontro a estatística tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento quanto a incidência da DM2.

Mel diz ser “portadora da DM1”;

Marmelada afirma ser “portadora da DM1”;

Gelado relata ser “portador da DM1”.

Dado este que vai de encontro com a Organização Mundial da Saúde (OMS), que diz que “o perfil sanitário mundial está se alterando rapidamente, especialmente nos países em desenvolvimento. Os conhecimentos sobre a natureza das doenças crônicas não transmissíveis, sua ocorrência, seus fatores de riscos e população sobre risco também estão em transformação” (Freitas & Garcia, 2012).

È neste contexto actula que, Cabo Verde tambem encontra-se atravessando a fase de transição epidemiológica em que paralelamente as doenças contagiosas vêm aumentando, as doenças crônicas não transmissíveis, nomeadamente a diabetes. Pois a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, (2015), refere que, “houve um grande crescimento de casos de DM2 em todo o mundo, em que, em 1985, era estimado haver 30 milhões e em 1995 esse numero já ultrapassava os 150 milhões dos diabéticos”.

Mas tambem é de referir que o DM1 esta a aumentar cada vez mais nos jovens, visto que segundo a endocrinologista Samila Évora Inocência do HBS, numa conversa informal, que afirma que o diagnóstico da Diabetes tipo 1 tem tido um incremento de três pacientes por ano.

Quadro 7 – disposição de dados relativamente sobre os sintomas

Nº	Entrevistados	Poliuria	Polidipsia	Polifagia	Perda de Peso	Outros
1	Chocolate					*
2	Rebuçado			*		
3	Gelado					*
4	Mel	*	*	*		
5	Bolo	*	*	*	*	
6	Geleia					*

7	Grogue					*
8	Açucar					*
9	Frito					*
10	Doces				*	
11	Pudim				*	
12	Gordura					*
13	Beijos					*
14	Marmelada	*	*	*	*	
15	Sprite					*
16	Chupeta					*

Fonte: Elaboração própria

No quadro sete, os sintomas relatados foram de acordo com os fatores de riscos evidenciados na literatura que foram: a poliúria, a polidipsia e a perda de peso, que aparecem em conjunto, mas no entanto cerca de dez portadores não se lembram quais foram os sintomas, devido ao grau de escolaridade e da idade, alguns referem que os sintomas foram as seguintes:

Gordura refere “dores no estômago”;

Gelado “tonturas”;

Beijos refere “diarreia, vomitos e tonturas”;

Sprite “despiste feito nas campanhas”;

Geleia diz que “quando urinava as formigas juntavam na urina”;

Grogue diz “quedas frequentes”.

Quadro 8 – Disposição de dados sobre os medicamentos

Nº	Entrevistados	Insulina	Frequência	Antidiabeticos Orais
1	Chocolate	*	2	
2	Rebuçado	*		
3	Gelado	*		
4	Mel	*		
5	Bolo	*		

6	Geleia	*		*
7	Grogue	*		
8	Açucar	*		
9	Frito	*		*
10	Doces	*		*
11	Pudim	*		
12	Gordura	*		*
13	Beijos	*		
14	Marmelada	*		
15	Sprite	*		
16	Chupeta	*		*

Fonte: Elaboração própria

O quadro oito, os dezasseis portadores da diabetes fazem administração da insulina lenta duas vezes ao dia e cinco administração insulina e antidiabéticos orais, mas, Siva et al (2006, p. 25) afirma que, “quase todos os diabéticos requerem tratamento farmacológico, muito deles com insulina, uma vez que as células beta do pâncreas tendem a progredir para um estado de falencia parcial ou total ao longo dos anos”.

De acordo com o prognóstico clínico, as vezes faz-se necessário associar o agente hipoglicemiante oral com a insulina para os pacientes com diagnóstico de DM de vários anos que poderá ter tido uma resposta fisiológica negativa do organismo bem como o uso da terapia medicamentosa e nutricional ineficiente.

Na nossa entrevista feita aos portadores da diabetes na ADSV, houve os seguintes relatos:

Chupeta diz que “injeta insulina e toma comprimidos”;

Doce “insulina e comprimidos”;

Frito “venho a associação duas vezes ao dia tomar insulina e tomo comprimidos em casa”;

Gordura “insulina e comprimidos”;

Geleia afirma que “infelizmente tomo insulina e comprimidos”.

Quadro 9 – Disposição de dados sobre o controle da diabetes

Nº	Entrevistados	Medicamentos	Dieta	Exercício Físico
1	Chocolate	*		
2	Rebuçado	*		
3	Gelado	*		
4	Mel	*		
5	Bolo	*		
6	Geleia	*		*
7	Grogue	*		*
8	Açucar	*		*
9	Frito	*		*
10	Doces	*		
11	Pudim	*	*	*
12	Gordura	*		
13	Beijos	*	*	
14	Marmelada	*		*
15	Sprite	*		*
16	Chupeta	*		

Fonte: Elaboração própria

O quadro nove, dezasseis dos portadores controlam a diabetes através dos medicamentos, uma com os medicamentos e da dieta, outro com os medicamentos a dieta e o exercício físico e sete com os medicamentos e o exercício físico.

Uma alimentação saudável e equilibrada faz parte do tratamento das pessoas com diabetes, em conjunto com a atividade física e a medicação (antidiabéticos orais ou insulina).

A dieta deve ser equilibrada e respeitando o tipo de insulina utilizada, sendo esta a insulina lenta e os horários da aplicação, logo, Peres, Franco & Santos (2006, p. 311), refere que, “cumprir a dieta adequada é parte fundamental no tratamento da diabetes, onde varios estudos têm apontado um baixo seguimento a dieta recomendada e que o ato de comer é bastante complexo”.

O exercício físico tem papel fundamental na prevenção e controle do Diabetes, pois diminui a resistência dos tecidos a insulina, facilitando a sua entrada na célula.

A prática do exercício e uma alimentação regrada pobre em carboidratos ou açúcares simples, são dois pilares importantes no controle e prevenção da diabetes.

Quadro 10 – Disposição de dados relativamente sobre exercício físico

Nº	Entrevistados	Exercício Aeróbico	Exercício Anaeróbico
1	Chocolate		
2	Rebuçado		
3	Gelado		
4	Mel		
5	Bolo		
6	Geleia	*	
7	Grogue		
8	Açúcar		
9	Frito	*	
10	Doces		
11	Pudim	*	
12	Gordura		
13	Beijos		
14	Marmelada		*
15	Sprite	*	
16	Chupeta		

Fonte: Elaboração própria

O quadro dez, realça o tipo de exercício físico praticado, onde apenas cinco portadores praticam atividades físicas sendo que quatro dos portadores fazem caminhada e uma vai ao ginásio e os outros não praticam nenhuma actividade física. Alguns relataram da seguinte forma:

Sprite “caminhada de vez em quando”;

Beijos “sou malandra, não gosto”;

Bolo afirma que “sou varredor de rua e para mi isto basta”;

Marmelada “ginásio todos os días”;

Chupeta “não gosto”.

O exercício físico é um fator importante do tratamento da DM, visto que contribui para melhorar a qualidade de vida do portador da diabetes, produzindo importantes benefícios a curto, médio e a longo prazo.

Também é uma forma eficaz de prevenir complicações da Diabetes e de controlar os níveis de glicemia, pois estimula a produção de insulina e facilita o seu transporte para as células.

Quadro 11 – Disposição de dados relativamente a alimentação

Nº	Entrevistados	Não possui restrições alimentares	Dieta	O que tiver em casa
1	Chocolate			*
2	Rebuçado	*		
3	Gelado	*		
4	Mel		*	
5	Bolo		*	
6	Geleia			*
7	Grogue			*
8	Açucar			*
9	Frito	*		
10	Doces		*	
11	Pudim		*	
12	Gordura			*
13	Beijos	*		
14	Marmelada		*	
15	Sprite		*	
16	Chupeta			*

Fonte: Elaboração própria

O quadro onze, nos permite analisar o padrão alimentar dos portadores, em que seis dos portadores refere que come de acordo com a disponibilidade de alimentos em casa, não havendo o cumprimento das regras básicas de uma boa alimentação nomeadamente, a realização das refeições de três em três horas; quatro não possui restrições alimentares, ou seja não possui um padrão de disciplina alimentar e cinco fazem uma dieta de acordo com a dietoterapia prescrita no Hospital Dr. Baptista de Sousa.

Segundo os relatos dos portadores, possuem uma alimentação a base de carboidatos como exemplo o arroz, o pão, porém evitam os alimentos ditos açucarados. Quanto ao consumo da fruta a ingestão é quase nula devido as condições socioeconómicas e alguns referem que:

Gordura refere que “come arroz, batata, não come fruta e come o que têm em casa”;

Chupeta diz que “come o que têm em casa”;

Bolo insinua que “come quando aparece”;

Marmelada “alimentação equilibrada”;

Açucar “conforme a possibilidade”;

Doces diz que “pobreza come mais arroz e tenta seguir a dieta do hospital”.

A alimentação de um portador da diabetes possui como princípios obter o controlo da glicemia, colesterol, triglicéridos, pressão arterial e manter um peso saudável, de forma a prevenir o aparecimento das complicações da diabetes.

Quadro 12 – Disposição de dados relativamente a consulta de Nutrição

Nº	Entrevistados	Vão a consulta de Nutrição	Nunca foram a consulta de Nutrição
1	Chocolate	*	
2	Rebuçado		*
3	Gelado		*
4	Mel	*	
5	Bolo	*	
6	Geleia	*	
7	Grogue	*	
8	Açucar		*

9	Frito	*	
10	Doces	*	
11	Pudim	*	
12	Gordura	*	
13	Beijos	*	
14	Marmelada	*	
15	Sprite	*	
16	Chupeta	*	

Fonte: Elaboração própria

No quadro doze, treze já foram a consulta de Nutrição, mas raramente regressam, ou vão de tempo em tempo e três nunca foram a consulta, o que demonstra que não sabe o que consume.

A orientação dietética ao paciente diabético é feita pela nutricionista e aprimorando de nutrição, com o objetivo de adequar a alimentação as suas necessidades calóricas

De acordo com American Diabetes Association (ADA), “o objetivo geral da orientação dietética é auxiliar o portador da diabetes na mudança dos seus hábitos alimentares, para melhorar tanto o controle metabólico como os específicos, definidos por consenso internacionais, procurando manter sua saúde próxima do normal” (Ferraz et al, 2000, p. 173).

Quanto aos valores da glicemia capilar (BMT) seis referiram estar normal (valores entre 99 a 110 mg/dl), cinco sempre em hiperglicemia (valores acima dos 200 a 500 mg/dl) e os outros cinco não sabe os valores porque raramente fazem o BMT.

Quadro 13 – Disposição de dados relativamente ao porquê de ser diabético

Nº	Entrevistados	Fatores de riscos	Não sabem
1	Chocolate	*	
2	Rebuçado	*	
3	Gelado	*	

4	Mel		*
5	Bolo	*	
6	Geleia	*	
7	Grogue	*	
8	Açucar	*	
9	Frito	*	
10	Doces	*	
11	Pudim	*	
12	Gordura		*
13	Beijos	*	
14	Marmelada	*	
15	Sprite	*	
16	Chupeta	*	

Fonte: Elaboração própria

No quadro treze, na resposta do porquê ser diabético, catorze referiram alguns fatores de risco tais como: excesso de peso, hipertensão arterial, comer demasiado alimentos açucarados, hereditariedade e dois não sabem dizer o porquê de ser portadores da diabetes, ou seja não têm noção, pois afirmaram que:

Bolo diz que “deve ser por causa de comer muitas coisas doces”;

Frito refere que “familiares com diabetes e comia muitas coisas doces”;

Açucar afirma “hereditariedade”;

Gordura diz que “feitiço na urina”.

De entre os fatores de risco, existem os fatores controláveis, sedentarismo, o fumo, alcoolismo, obesidade, e o fatores não controláveis como a hereditariedade que constitui um fator muito importante no desencadeamento da diabetes, porém é possível evitar ou retardar o seu aparecimento desde que se evite os fatores de riscos controláveis.

È neste sentido que podemos observar a falta de conhecimento sobre a patologia, podendo evitar ou retardar o aparecimento da doença, conhecendo os factores de riscos e prevenindo através de um controlo médico.

Quadro 14 – Disposição de dados relativamente a hipoglicemia;

Nº	Entrevistados	Sim	Não
1	Chocolate	*	
2	Rebuçado		*
3	Gelado	*	
4	Mel		*
5	Bolo	*	
6	Geleia		*
7	Grogue	*	
8	Açucar	*	
9	Frito	*	
10	Doces		*
11	Pudim		*
12	Gordura		*
13	Beijos		*
14	Marmelada	*	
15	Sprite	*	
16	Chupeta	*	

Fonte: Elaboração própria

O quadro catorze, dos dezasseis portadores da diabetes nove referiram já ter tido hipoglicemia e sete nunca tiveram e não sabem o que significa. Na resposta do que fazer para não ter uma hipoglicemia, responderam:

Frito diz que “comer nas horas certas”;

Pudim refere ao “estilo de vida”;

Bolo diz que “beber muita agua e ir direto ao BUA”.

A hipoglicemia é um distúrbio provocado pela baixa concentração de glicose (açúcar) no sangue, que pode afetar pessoas portadoras de diabetes ou não. É considerada por muitos como um efeito colateral do tratamento de diabetes, mas diversos outros fatores também podem levar uma pessoa a desenvolver um quadro hipoglicêmico, é neste sentido que Silva et al (2006, p. 32), afirma que, “pode ocorrer em paientes que utilizam sulfonilurías, repaglinida, nateglinida ou insulina e tambem em individuos que variam

muito o seu padrão de dieta e exercício físico, que têm longa duração, ou que apresentam neuroptia grave”.

O coma diabético, acontece quando o portador da diabetes administra uma grande quantidade de insulina ou ingere menos alimentos do que é necessário, logo há uma baixa taxa de açúcar no sangue que afeta o cérebro e leva ao estado de coma diabético. Em raríssimos casos, a morte pode ocorrer até 20 minutos após o início do coma.

Categoria II – Caracterização do estilo de vida

Nesta segunda categoria tem como finalidade conhecer o estilo de vida do portador através da modificação do estilo de vida, das complicações da diabetes, da reação em relação a doença e o porquê.

Tendo em conta que com o diagnóstico da diabetes, o estilo de vida do portador muda completamente, começando principalmente na administração de medicamentos, na alimentação, no exercício físico e muitas vezes na convivência com os outros.

Quadro 15 – Disposição de dados relativamente as modificações do estilo de vida

Nº	Entrevistados	Nenhuma	Alimentação	Exercício físico	Convivência
1	Chocolate	*			
2	Rebuçado	*			
3	Gelado				*
4	Mel		*		
5	Bolo		*		
6	Geleia		*		
7	Grogue		*		*
8	Açucar				
9	Frito	*			
10	Doces	*			
11	Pudim			*	
12	Gordura	*			

13	Beijos	*			
14	Marmelada		*	*	*
15	Sprite		*		
16	Chupeta		*		

Fonte: Elaboração própria

No quadro quinze, ao analisarmos as entrevistas realizadas, seis não teve nenhuma modificação, sete na alimentação, dois nos exercícios físicos e três com a convivência com os outros, mas consegui notar que mesmo os que afirmaram não ter nenhuma modificação, juntamente com os outros portadores, um dos maiores obstáculos quanto a adoção de estilo de vida saudável é o contexto social em que vivemos atualmente. O preconceito inicia no portador, aumentando desta forma a dificuldade da aceitação da patologia. Perante este quadro alguns portadores referiram:

Gelado diz que “deixei de conviver”;

Grogue refere aos “cuidados com a alimentação e com a medicação”;

Açúcar diz que “antes gostava muito de sair a noite, agora vivo em casa”;

Marmelada afirma que “em tudo, desde ao meu estilo de vida e ao meu corpo”;

Bolo diz que “nada mudou, a vida continua”.

Quanto a reação em relação a esta patologia é de se referenciar o receio de proferir aos outros indivíduos, a sua patologia, devido a certos acontecimentos e circunstâncias de vida, com medo de rejeição dos familiares e das pessoas mais próximas causando desconfortos em certas situações, pois segundo Peres et al (2007, p.8), “torna-se necessário entender como a pessoa com diabetes percebe a si própria, vivenciando um mundo de muitas limitações, cabe ressaltar, ainda, que o diagnóstico da doença acarreta muitas vezes um choque emocional para a pessoa”.

Muitas vezes o portador da diabetes ao ser diagnosticado, não aceita a doença, rejeitando o seu estado e ignorando os cuidados, causando certas vezes uma revolta o que faz com que ele se afasta das outras pessoas, sentindo diferente e estranho perante esta situação.

Quanto ao porquê desta reação em relação a esta patologia, alguns não souberam responder, mas três deles referiram:

Sprite afirma “porquê eu e não outra pessoa”;

Mel diz que “mundo é injusto”;

Chocolate declara que “não tenho possibilidade de seguir um bom controlo, como na alimentação, nos aparelhos e muita gente com esta possibilidade são saudáveis”.

Quadro 16 – Disposição de dados relativamente a complicações da diabetes

Nº	Entrevistas	Neuropatia	Nefropatia	Retinopatia	Pé diabético	Hipertensão Arterial	Nenhum
1	Chocolate						*
2	Rebuçado						*
3	Gelado					*	
4	Mel						*
5	Bolo						*
6	Geleia					*	
7	Grogue						*
8	Açúcar			*			
9	Frito					*	
10	Doces						*
11	Pudim						*
12	Gordura						*
13	Beijos					*	
14	Marmelada					*	
15	Sprite					*	
16	Chupeta			*		*	

Fonte: Elaboração própria

O quadro dezasseis, relativamente as complicações crónicas e agudas da diabetes, oito dos portadores não possuem nenhum tipo de complicação até a data da entrevista, porém sete possuem Hipertensão arterial que também constitui um dos fatores de risco para

o aparecimento da diabetes e um com retinopatia diabética e hipertensão arterial e um com retinopatia diabética, fazendo com que Queiroz et al (2011, p. 254) referir que, “alguns fatores estão envolvidos na gênese das complicações crônicas do DM, destacando-se a hiperglicemia, a Hipertensão Arterial, a retinopatia e o pé diabético”. De acordo com estas complicações existentes, alguns referiram ter:

Gelado diz que “têm hipertensão e manchas na pele;

Açúcar refere a “retinopatia diabética, lesão nos olhos que o dificulta na visão e quase já não consegue ver nada”;

Chupeta diz que “tem hipertensão arterial e a vista esta cada vez mais escuro”;

Sprite afirma “têm hipertensão e gastrite”.

Quanto a questão sobre o conselho ou recomendações a alguém recém diagnosticado, referiram que os profissionais da saúde fizessem mais campanha para a promoção da saúde, para desmistificar o preconceito do próprio portador da diabetes em relação a sua patologia, perder o receio e assumir a sua condição, bem como o melhoramento do seu estilo de vida a todos os níveis no seu quotidiano, promovendo mais e melhor saúde do portador da diabetes.

Cinco deles destacaram na última pergunta, recomendando a um recém-diagnosticado, referindo:

Marmelada afirma que “saber lidar com a doença e tentar seguir o controlo da doença”;

Chocolate refere “paciência”;

Pudim diz que “não preocupar porque é uma doença normal com precaução”;

Açúcar acrescenta que “para não usar bebidas alcoólicas, fazer exercicios físicos, fazer uma boa dieta e tomar sempre os medicamentos”.

Sprite acrescenta “primeiramente aceitar a doença, seguir os planos de controlo e principalmente não deixar os sentimentos de revolta e depressão prevalecer na vida deles”.

Resposta esta derivada a certo grau de habilitações académicas obtido, o que prove que quanto maior o grau de escolaridade maior é a compreensão e o desempenho em relação ao controlo desta patologia.

5.4. Considerações finais da pesquisa

Nestas considerações finais da pesquisa, serão abordadas as linhas conclusivas do estudo apresentados de acordo com os objetivos apresentados de forma a identificar se foram concluídos ou não.

Com o resultado do trabalho pudemos observar que a patologia em si é pouco conhecido e esclarecido por parte dos portadores da diabetes com pouca ou nenhuma habilitação acadêmicas a nível nacional.

Os portadores da diabetes da ADSV, parecem estar adaptados em relação a sua patologia, mas com grande interferência em relação a adaptação ao novo estilo de vida, uma vez que não colaboram no controlo da sua patologia.

O perfil dos portadores da diabetes é quase sempre um enigma aos profissionais de saúde, logo é neste sentido que obtivemos a resposta da seguinte pergunta de partida “Qual o perfil dos portadores de Diabetes da Associação da Diabetes da Ilha de São Vicente?”.

De acordo com o grau de escolaridade quando maior for, maior é o entendimento e a percepção do que significa a diabetes, os fatores de riscos e o controlo que deve ser seguido constantemente ao longo da vida, ou seja o grau de escolaridade interfere e muito na compreensão, na percepção e controle da diabetes.

Pude constatar que é preciso estabelecer um contato mais próximo com o portador da diabetes juntamente com o enfermeiro, os profissionais da saúde e mesmo na ADSV, transmitindo, ensinando ou esclarecendo dúvidas em relação a essa patologia.

Deixo aqui referenciado com mui respeito a nossa querida universidade, um convite para futuramente haver estágio na ADSV ao longo do curso porque teoria e prática são muito importantes, de uma valia incontestável não só aos portadores como aos estagiários, promovendo mais sabedoria e experiência na nossa profissão de enfermagem, onde requer toda uma prática rodeada e uma boa base teórica académica.

6. Reflexões finais

Ao longo da realização deste trabalho, tivemos muitas dificuldades em relação a obtenção de dados e informação sobre DM em Cabo Verde, tanto ao nível do país, principalmente da ilha de São Vicente.

As intervenções de enfermagem são bastante importantes em todas as áreas, sendo que a qualidade de prestação de cuidados esta cada vez a aumentar devida a exigência da sociedade em geral.

É fundamental que os enfermeiros estejam preparados para auxiliar aos portadores da diabetes, orientando e esclarecendo sobre a patologia, evitando certas complicações crónicas e agudas, avaliando e monitorando os fatores de riscos e orientando quando a prática de autocuidado.

Trabalhei diretamente com os portadores da diabetes da ADSV, com contato frontal e direto, através de conversas, perguntas, convívio, concluindo que a maioria com condições socioeconómicas bastante baixas, não possuem um controlo adequado a esta patologia.

É de referir que quanto maior o grau de escolaridade, maior é a compreensão e o conhecimento dos seus deveres como portadores da diabetes e maior são as participações e aderência as atividades.

Seus hábitos e estilo de vida sofreram alterações tais como, a administração de medicamentos, na alimentação, no exercício físico e principalmente o estado psicológico que se encontra bastante abalado e revoltado, afastando muitas vezes da sociedade, com medo e repugnância de sentir diferente dos outros indivíduos.

Acredito ter alcançado o objetivo proposto na elaboração desta monografia, que me permite no futuro por meio da descrição do perfil dos diabéticos enquadrar os enfermeiros no tratamento, na promoção e prevenção de hábitos saudáveis do estilo de vida aos portadores da diabetes.

A elaboração deste trabalho monográfico representou um desafio, uma inspiração, uma gratificação enorme a meu ver, visto ser portadora da diabetes, o que me ajudou imenso a aprofundar os meus conhecimentos sobre a minha patologia e no auxílio aos portadores como sendo enfermeira e portadora da diabetes.

Durante este percurso monográfico deparei com alguns obstáculos, como por exemplo a propia patologia, sendo vítima do meu próprio trabalho monográfico e por

descuido feito pela minha própria pessoa, o que me inspirava cada vez mais a aprofundar e a esforçar com este tema, desafiando a mim mesma que sou capaz de enfrentá-lo e auxiliar aos portadores da DM.

6.1. Recomendações

Com a realização deste trabalho, surgiu aspectos importantes como futuros trabalhos a serem desenvolvidos pelos enfermeiros com foro de enriquecer o conhecimento científico desta patologia:

- .Trabalhar com os diabéticos em projectos pessoais e sociais;

- . Elaboração de protocolos para serem afixados nos gabinetes de enfermagem que dirige a forma de cuidar dos portadores da diabetes;

- . Reforçar a importância da família no tratamento;

- . Formar aos enfermeiros sobre as várias complicações diabéticas e nutricionais.

8. Referências Bibliográficas

1. Adam, E. (1900). *Ser enfermeiro*. Lisboa
2. Almino, M. A. F. B., Queiroz, M. V. O. & Jorge, M. S. B. (2009). *Diabetes Mellitus na adolescência: experiências e sentimentos dos adolescentes e das mães com a doença*. Revista escola enfermagem USP pág. 762.
3. Bayer Healthcare. (2009). Diabetes tipo 2. Pub.0014.09. Portugal.
4. Becker, T., Teixeira, C., Zanetti, M. (2008). Diagnóstico de enfermagem em pacientes diabéticos em uso de insulina. Revista de enfermagem. Vol. 61.
5. Borel, J. P., Maquart, F. X., Gillery & Exposito, M. (1999). *Bioquímica para o clinico*. Lisboa.
6. Caldeira, J., Parreira, J. M. B., Sagreira, L., André, O. Duarte, R. & Lisboa, P. E. (1997). *Diabetologia Clinica*. (2ª ed.). Lisboa.
7. Davey, P. (2002). *Compêndio de medicina*. Lisboa.
8. Diagnóstico de enfermagem de Nanda: Definição e classificação. (2001). São Paulo.
9. Ferraz, Zanatti, Brandão, Romeu, Foss, Paccola, Paula, Gouveia & Montenegro, (2000). Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto. Brasil.
10. Ferreira, Almeida, Siqueira & Khawali. (2005). Introdução na Prevenção da Diabetes Mellitus tipo 2: É viável um programa populacional em nosso meio? Arq. Brasileiro Endocrinol Metabólico. Vol 49. Brasil.
11. Filho, Rodrigues & Santos. (2008). Papeis de autocuidado – subsídio para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores da Diabetes Mellitus. Brasil
12. Fortin, M. F. (1999). *O processo da investigação: da concepção a realização*. Lusociência. Portugal.
13. Fortin, Côté & Filian (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta. Portugal.
14. Freitas & Garcia (2012). Evolução da prevalência do diabetes e deste associado a hipertensão arterial no Brasil: análise da pesquisa nacional por amostra de domicílios. Epidemiologia e serviço de saúde. Vol. 21 nº 1. Brasil.
15. Gagnom, L. (1999). *Nutrição terapêutica*. Lisboa.

16. Gomes, G. (2010). História de Enfermagem em Cabo Verde. Mindelo. Cabo Verde.
17. Gonsalves (2012). A atuação do enfermeiro no tratamento do paciente com Diabetes mellitus. Brasil.
18. Golman & Austell (2009). Cecil Medicina. (23 ed.). São Paulo. Brazil.
19. Greenstein, B. & Wood, D. (2000). Compêndio do sistema endócrino. Lisboa.
20. Grillo & Gorni. (2007). Caracterização das pessoas com Diabetes mellitus tipo 2. Revista Brasileira de enfermagem. Vol. 60 nº 1. Brasil.
21. Grondin, Lussier, Phaneuf, & Riopell, (1900). Planificação dos cuidados de enfermagem. Lisboa.
22. Grossi, S. A. & Pascali, P. M. (2009). Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus: departamento de enfermagem da sociedade brasileira de diabetes. São Paulo.
23. Gross, J. L. (2002). Diabetes mellitus, classificação e avaliação do controlo glicémico. Arq. Brasileira Endocrinol Metab. Vol (46). Pág. 19.
24. Gross, J. L. & Nehme, M. (1999). Detecção e tratamento das complicações crónicas da diabetes mellitus: consenso de sociedade brasileira de diabetes e conselho brasileiro de oftalmólogo. Revista associação médica Brasileira. Pág. 281.
25. Gross, J. L., Silveiro, S. P., Camargo, J. L., Reichelt, A. J. & Azevedo, M. J. (2002). Diabetes Mellitus: Diagnóstico, Classificação e Avaliação de controlo glicémico. (vol. 46). Porto Alegre. Brasil.
26. Mallet, J. & Dougherty, L. (2000). Manual de procedimentos clínicos de enfermagem. Lisboa.
27. Manzini, E. J. (1990/1991). A entrevista na pesquisa social. São Paulo. (vol. 26/27), Pág. 149-158.
28. Milech, A. P., Angelucci, A. P., Golbert, A., Carrilho, A. J. F., Ramalho, A. C., Aguiar, A. C. B., Cardoso, A. M., Seyfforth, A. S., Sachs, A., Larario, A. C., Pires, A. C., Ferreira, A. R., Chacra, A. R., Netto, A. P., Pereira, P. G., Krakauer, M. (2013-2014). Diretrizes de Sociedade Brasileira de diabetes. Rio de Janeiro. Brasil.
29. Martins. (2004). Metodologia Qualitativa de Pesquisa. São paulo.
30. Mercuri, Arrechea. (2001). Atividade física e Diabetes mellitus. Centro de Endocrinologia Exprimienta y Aplicada. Argentina.

31. Milech, A. P., Forti, A. C., Golbert, A., Ramalho, A. C., Lerário, A. C., Pires, A. C.... Krakauer, M. (2007). Diretrizes de Sociedade Brasileira de diabetes. Brasil.
32. Ministério de Saúde. (2006). Caderno de atenção básica nº16: DM. Brasília
33. Nobrega, M. M. L. & Garcia, T. R. (1992). Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: Sistematização das propostas do II SNDE. Escola de enfermagem da universidade federal Fluminense. Brasil.
34. Nunes, L., (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Portugal
35. Oliveira, G. K. S. & Oliveira, E. R. (2010). Assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus: Um enfoque na atenção primária em saúde. Vere dos Favip - Revista eletrónica de ciências. (V. 3, n.2).
36. Ortiz, M. C. A. & Zanatti, M. L. (2000). Diabetes Mellitus: fatores de riscos em uma instituição de ensino na área de saúde. Ver. Latino – am. Enfermagem. Ribeirão Preto. (vol. 8, pág. 124).
37. Pera, R. C. A. (2009). Intervenção Nutricional na Prevenção e Controlo da Diabetes. Monografia. Porto. Portugal.
38. Peres, Franco & Santos. (2006). Comportamento alimentar em mulheres portadoras da diabetes tipo 2. Revista de saúde pública. Brasil.
39. Peres, Santos, Zanetti & Ferronato. (2007). Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controlo da doença: sentimentos e comportamentos. Revista latino-am enfermagem. Brasil.
40. Portal da ilha do fogo. (2011). Diabetes atinge 12,7% da população adulta em Cabo Verde. C.V.
41. Phaneuf, M. (2001). Planificação de Cuidados: um sistema integrado e personalizado. Coimbra.
42. Phipps, W. J., sands, J. K. & Marek, J. F. (2003). Enfermagem Médico-cirúrgico: Conceitos e práticas clínicas. (6ª ed.), Vol. II. Lusociência – edições técnicas e científicas, Lda.
43. Queiroz, Aguiar, Pinheiro, Morais, Pimentel, Ferraz & Ferraz (2011). Prevalência das complicações micro e macrovasculares e de seus factores de riscos em pacientes com diabetes mellitus e síndrome metabólica. Rev. Brasileira clínica Médica. São Paulo. Brasil.

44. Rede Europeia "Medicina e direitos do homem". (1996). A saúde face aos direitos do homem a Ética e as morais.
45. Rêgo, NakTni & Bachion. (2006). Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem as pessoas portadoras da diabetes. Revista Gauchaenfermagem. Porto Alegre. Brasil.
46. Santos, D. B. (2013). Diabetes Mellitus referida fatores sociodemográficos.
47. Serres, M & Farouki, N (2001). O livro da medicina: O dicionário da medicina de hoje. Lisboa.
48. Schãffler, A. & Menche, N. (2004). Medicina interna e cuidados de enfermagem. Lusociência. PT.
49. Silva, A. J. M., Carvalho, A. P., Fernandes, A. M. M. S., Brasileiro, A. L., Netto, A. P., Simone, C., Mota, D., Araujo, D. V., Goulart, D. A., Barbano, D. B. A., Perez, E. A., Fuchs, F. D., Moura, L., Bracco, M. M., Lemos, N. S. L., Xavier, R. M. A., Cachapuz, R. F., Bressarun, R. W. & Matsudo, V. (2006). Caderno de atenção básica: diabetes Mellitus. Brasília.
50. Silva, Dias, Almeida & Filgueiras. (1992). Participação do enfermeiro na equipa multiprofissional do plano de educação, controlo e prevenção do Diabetes Mellitus NOHUCFF. R. F.
51. Silva, E. (2010). Metodologia de pesquisa Aplicada: como escrever um artigo científico. Pós-graduação Leito sem ser em segurança de informação. Brasil.
52. Silva, J. P., Pires, N. R. D., Silva, C. I., Moraes, M. U. B. & Neto, W. B. (2013). O cuidado de enfermagem ao portador do pé diabético: revisão integrativa da literatura. Caderno de graduação. Recife. Brasil.
53. Silva, Zanetti, Forti, Freitas, Hissa & damasco. (2011). Avaliação de duas intervenções educativas para a prevenção do DM2 e a adolescência. Artigo original. Brasil.
54. Sociedade Brasileira de diabetes (2006). Atualização Brasileira Sobre Diabetes. Rio de Janeiro. Brasil.
55. Sociedade Brasileira de Endocrinologista e Metabologista. (2007). O dia Mundial da diabetes. Brasil.
56. Thomas, B. (2001). Manual de prática dietética. Lisboa.
57. Tavares, A. M. V., Schaan, B., Terra, B. G., Duncan, B. B., Caren, S. B., Leitao, C. B.... Valvassoi, S. (2013). Caderno de Atenção Basica, nº 36. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crónica. Diabetes Millitus. Brasilia.

58. Valdez, T. A. D. S. V., Mendes, A., Soares, P. & Estrela, Y. L. (2012). Plano nacional de desenvolvimento sanitário. (vol. I). Praia. Cabo verde.
59. Valdez, T. A. D. S. V., Mendes, A., Soares, P. & Estrela, Y. L. (2012). Plano nacional de desenvolvimento sanitário. (vol. II). Praia. Cabo verde.
60. Valongo, A, Zúnigo, A., Pereira, E., Moos, E. C., Raposo, J. F., Correia, J. N., Boavida, J. M., Guerra, L., Cabral, L., Vicente, L. F., Correia, L. G., serrabulho, L., Coelho, M., Vinagre, M. L. Afonso, M. J., Caste-Branco, N., Matos, P. Pina, R. & Duarte, R. (2000). Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. (2ª ed.). Lisboa.
61. Vieira, V. H. F. B. (S. d.). O papel de enfermeiro no tratamento de pacientes com diabetes descompensados. Faculdade Redentor. Pós – Graduação. Brasil.
62. Vitória, & Gasteiz. (2012). Guia de prática clínica sobre DM tipo 1.

APÊNDICE

Apêndice I – Cronograma de atividades

	Tarefas	Ou t	No v	De z	Ja n	Fe v	Ma r	Ab r	Ma i	Ag o	Ou t	No v
Fase Inicial	Escolha do tema	■	■									
	Pesquisa	■	■	■								
	Pergunta de partida/ justificativa											■
	Objetivos											■
	Hipótese		■									
	Escolha do método de abordagem			■								
	Construção da problemática											■
	Enquadramento teórico		■	■								
	Apresentação do projeto				■	■						
Fase da execução	Procedimentos éticos										■	
	Início da investigação	Tipo de pesquisa					■	■				
		Método e instrumento de recolha de informação					■	■				
		Participantes					■	■				
		Campo empírico					■	■				
	Recolha de informação							■				
	Tratamento de dados										■	
	Apresentação dos resultados										■	■
Interpretação dos resultados										■	■	
Fase do encerramento	Introdução										■	
	Considerações finais e propostas										■	
	Resumo										■	
	Revisão e tradução										■	
	Entrega nos serviços acadêmicos e administrativos											09

Fonte: Elaboração própria

Apendice II - Guião de Entrevista

A – Caraterização dos portadores da diabetes

1. Nome: _____
2. Sexo: Feminino ____ Masculino ____
3. Idade: _____ Anos
4. Habilitações Académicas: _____
5. Que cargo desempenha neste momento? _____

6. Tempo de actividade profissional: _____ Anos

B – Caraterização da diabetes

7. O que significa diabetes para si? _____

8. Há quanto tempo descobriu que és diabético? _____ Anos
9. Que tipo de diabetes é portador (a)?
 - Diabetes tipo 1 ____
 - Diabetes tipo 2 ____
 - Diabetes gestacional ____
10. Quais foram os sintomas que tiveste? _____

11. Que tipo de medicamentos utiliza?

- Insulina ____
- Anti - diabéticos orais ____

12. Como é feito o teu controlo de diabetes?

- Medicamentos ____
- Dieta ____
- Exercício físico ____

13. Tendo em conta que o exercício físico é uma das formas de manter o controlo da diabetes junto com a alimentação e a terapêutica, como é feito o teu exercício físico e com que frequência o faz?

14. Sabendo que uma das formas de controlar a diabetes é na alimentação, como é feita a tua alimentação? _____

15. Já foste alguma vez a consulta de Nutrição?

- Sim ____ Não ____

16. Com que frequência?

- Uma vez por mês ____
- Uma vez por ano ____
- De tempo em tempo ____
- Raramente ____

- Nunca ____

17. Quais são os teus valores frequentes do teu glicemia capilar?

- _____ mg/dl

18. Com que frequência fazes o teu BMT?

- Todos os dias ____
- 3x por dia ____
- 1x por semana ____
- Nas consultas ____
- Raramente ____
- Nunca ____

19. Tens a noção do porquê seres diabético?

20. E porquê? _____

21. Alguma vez tiveste hipoglicemia?

Sim ____ Não ____

22. O que fazes para evitar hipoglicemia? _____

C – Caracterização do estilo de vida

23. Quais foram as modificações que tiveste no teu estilo de vida após a descoberta da diabetes?

24. Qual foi a tua reação em relação a esta doença?

25. Qual é a tua reação em relação a esta doença e porquê?

26. Depois de já teres certa idade com esta patologia, quais foram as modificações ou complicações que tiveste ao longo desse período?

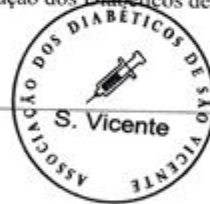
27. Que tipo de conselho ou recomendações darias a alguém recém - diagnosticado?

Apêndice III – Autorização da Associação dos Diabéticos de São Vicente sobre os dados dos portadores da diabetes

AUTORIZAÇÃO

Ana Maria Rodrigues Brito, vem mui respeitosamente, solicitar a Associação dos Diabéticos de São Vicente, pedido de autorização de dados, para o trabalho de conclusão de curso, licenciatura em enfermagem, sobre o tema, "A promoção de Estilo de Vida Saudáveis dos diabéticos", situação actual de São Vicente.

Dados autorizados pela Associação dos Diabéticos de São Vicente, Dr^a. Carla Guiomar



Compromisso

A estagiária, Ana Maria Rodrigues Brito

Ana M^a Rodrigues Brito

Apêndice IV – Termo de consentimento Informal

Termo de Consentimento Informal

Prezado(a) Senhor (a) _____
Ana Maria Rodrigues Brito, aluna n.º 2576, do 4º Ano do Curso de Licenciatura em ENFERMAGEM da UNIVERSIDADE DO MINDELO, a fim de desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso, com o Título: **Promoção do Estilo de Vida Saudável nos Diabéticos**, vem por este meio mui respeitosamente convidá-lo (a) a participar numa entrevista para o trabalho referido, que tem como objetivo geral: **Conhecer o perfil e promoção de estilos de vida saudável nos portadores de diabéticos na ilha de São Vicente**, através da entrevista semiestruturada.

É importante esclarecer que a sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) Sr. (a) recusar-se ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete prejuízo à sua pessoa. Informa-se ainda que as informações só serão utilizadas para fins do Trabalho de Conclusão de Curso, garantindo o anonimato do entrevistado. As perguntas serão colocadas verbalmente e as respostas depois serão transcritas para o formato de papel.

Caso tenha alguma dúvida ou necessita de maiores esclarecimentos pode contactar através dos seguintes números: Móvel-9950295 ou pelo correio eletrónico anymbrito14@hotmail.com.

Eu, _____, aceito participar nesta pesquisa. De acordo com a minha disponibilidade fornecerei toda a informação necessária que seja útil para o seu trabalho.

Assinatura

Mindelo, Maio de 2015

A aluna
Ana Maria Rodrigues Brito

Assinatura

ANEXO

Anexo I – Declaração da ADSV




Associação de Diabéticos de São Vicente NIF.553369229-MOVEL. 9585466-9950295-
telefone 2323663 – caixa postal 331.

DECLARAÇÃO

A Associação dos Diabéticos de São Vicente, sediada em Mindelo, Fonte Felipe, neste momento encontra-se com a inscrição de 73 pacientes sócios diabéticos sendo 29 do sexo masculino 44 do sexo feminino entre os 11 anos á 77 anos de idade.



A Direção da Associação

/Dra.  Carla Marisa P.S. Roque Guiomar/



Anexo II – Declaração de Autorização de Arquivo e Divulgação



UNIVERSIDADE DO MINHO

Sapientia Ars Vivendi

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE ARQUIVO E DIVULGAÇÃO

NOME

Ana Maria Rodrigues Brito

BI/PASSAPORTE

2922

TELEMÓVEL

9950295

E-MAIL

anybit04@hotmail.com

Nº DE ESTUDANTE DA UM

2576

RELATÓRIO

LICENCIATURA

MESTRADO

DOUTORAMENTO

DATA DE CONCLUSÃO

RAMO/ESPECIALIDADE

Engenharia

TÍTULO

Perfil dos Portadores de Diabetes Mellitus da ADSV

ORIENTADOR(ES)

Dr. Rosário Custódio

Declaro, para os devidos efeitos, que concedo gratuitamente à Universidade do Minho autorização para arquivar e tornar acessível aos interessados, nomeadamente através do seu repositório institucional, o trabalho supra-identificado, que disponibilizo no formato abaixo indicado.

A subscrição da presente declaração não implica a renúncia à titularidade dos direitos de autor a direito de usar a obra nos trabalhos futuros os quais são pertença do seu criador intelectual.

FORMATO

Papel

CD/DVD

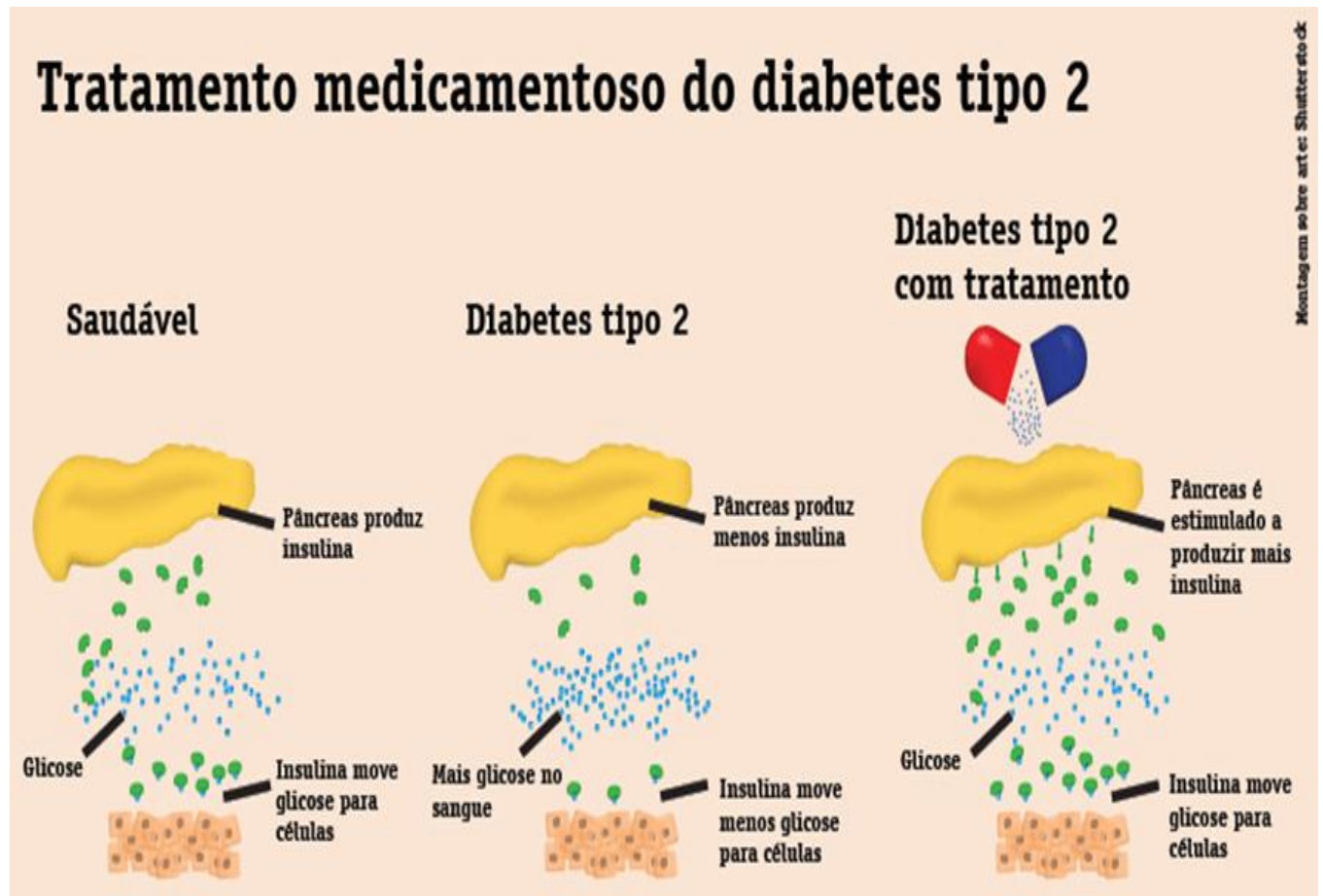
OBSERVAÇÕES

DATA

31/05/15

ASSINATURA

[Signature]



Anexo V – Pé Diabético

