



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**GASTOS PESSOAIS EM MEDICAMENTOS MENSAIS DOS
INDIVÍDUOS COM DIABETES MELLITUS NO BAIRRO ECO-CAMPO
NO I SEMESTRE DE 2024**

Autora: Paulina Luyindula Domingos Manzinga

Orientadora: Yamilé Cárdenas Hernández, Lic.

Co-orientador: Miguel Pedro Mavunga, Lic.

Icolo e Bengo, 2025

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

GASTOS PESSOAIS EM MEDICAMENTOS MENSAIS DOS
INDIVÍDUOS COM DIABETES MELLITUS NO BAIRRO ECO-CAMPO
NO I SEMESTRE DE 2024

Trabalho de fim de curso apresentado ao Instituto Superior de Angola, como requisito para elaboração do trabalho do Fim do curso, sob a orientação da Professora Yamilé Cárdenas Hernández, Lic.

Autora: Paulina Luyindula Domingos Manzinga

Orientadora: Yamilé Cárdenas Hernández, Lic.

Co-orientador: Miguel Pedro Mavunga, Lic.

Icolo e Bengo, 2025

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

GASTOS PESSOAIS EM MEDICAMENTOS MENSAIS DOS
INDIVÍDUOS COM DIABETES MELLITUS NO BAIRRO ECO-CAMPO
NO I SEMESTRE DE 2024

O júri:

Presidente: _____

1º vogal: _____

2º vogal: _____

Secretário (a): _____

Classificação: _____

Data da defesa: _____ / _____ / _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, João Makuntima Manginga e Maria Ndilo Domingos, por tudo que têm feito no percurso académico e por não medirem esforços para acompanhar o progresso estudantil.

AGRADECIMENTOS

À Deus todo poderoso pela saúde e vida que me concedeu, e pela proteção durante todo esse percurso.

Ao meu pais, João Makuntima Manzinga e Maria Ndilu Domingos, pelo amor, apoio incondicional, financeiro que me tem dado no que diz respeito a minha formação.

Aos meus irmãos (as), pelo incentivo e motivação que me foram dando ao longo deste processo.

Aos meus professores em geral, em especial o professor Miguel Pedro Mavunga e Maurício Mbassi, nosso pai, pelo incentivo e motivação que nunca faltou e por não medir esforços quando assunto é a partilha de seu conhecimento durante o percurso académico.

A minha orientadora Yamilé Hernandez Cárdenas, Msc, por ser minha professora, mãe, conselheira e por disponibilizar o seu tempo para instruir e partilhar do seu conhecimento.

Ao Instituto Superior de Angola (ISA), que tornou possível a minha formação no grau de licenciatura num conjunto da direcção e a coordenação da mesma.

As minhas colegas Isabel António Taty e Ruth Mavita Kiama e aos demais, amigos, vizinhos e todos aqueles que me apoiaram directa ou indirectamente durante a trajectória académico.

EPÍGRAFE

O controlo de diabete mellitus é fundamental para a saúde e qualidade de vida.

(Silva, A. M. 2021)

RESUMO

O presente trabalho aborda sobre os gastos pessoais em medicamentos mensais dos indivíduos com Diabetes Mellitus no Bairro Eco-campo no primeiro Semestre de 2024. O tipo de pesquisa usado é a descritiva. A pesquisa enquadrou-se no modelo da abordagem quali-quantitativa. Elaborou-se como pergunta de partida: Como tem sido os gastos pessoais em medicamentos mensais dos indivíduos com Diabetes Mellitus no bairro Eco - campo no primeiro semestre de 2024? Para responder a nossa problemática partimos nas seguintes hipóteses: H₁: Os gastos pessoais em medicamentos dos indivíduos com Diabetes Mellitus no bairro Eco campo variam entre 5,000.00 a 35,000.00 ou mais mensalmente. H₂: Indivíduos com menores rendas familiares no bairro Eco-campo enfrentam dificuldades maiores para arcar com os custos em medicamentos para Diabetes Mellitus em comparação com indivíduos de rendas mais altas. H₃: Os programas de saúde e atenção primária apoiam regularmente os indivíduos com Diabetes Mellitus, minimizando os custos dos insumos medicamentosos. Objectivo geral conhecer os gastos pessoais em medicamentos mensais dos indivíduos com diabetes mellitus no bairro Eco campo no primeiro semestre de 2024. Objectivos específicos caracterizar os perfis socioeconómicos das variáveis: Género, idade, tempo de serviço, nível académico, área de formação; identificar os gastos pessoais em medicamentos utilizados mensalmente; descrever a variação nos gastos pessoais mensais em medicamentos entre diferentes grupos demográficos; sugerir intervenções que possam ajudar na redução dos gastos pessoais em medicamentos mensais. Assim, podemos dizer que os nossos objectivos e as hipóteses foram confirmados.

Palavras-Chave: Gastos pessoais, Medicamentos, Indivíduos e Diabete mellitus

ABSTRACT

The present work approaches on the personal expenses in the individuals' monthly medicines with Diabetes Mellitus in the Bairro Eco-campo in the first Semester of 2024. O research type used is the descriptive. The research was framed in the model of the quali-quantitative approach. It was elaborated as departure question: How has it been the personal expenses in the individuals' monthly medicines with Diabetes Mellitus in the neighborhood Echo - field in the first semester of 2024? To answer our problem we left in the following hypotheses: H1: The personal expenses in the individuals' medicines with diabetes mellitus in the neighborhood Echo-field vary between 5,000.00 to 35,000.00 or more mensalmente. H2: Individuals with smaller family incomes in the neighborhood Echo-field face larger difficulties to arch with the costs in medicines for diabetes mellitus in comparison with individuals of more incomes altas. H3: The programs of health and primary attention supports the individuals regularly with diabetes mellitus, minimizing the costs of the medicamentosos. General objective to know the personal expenses in the individuals' monthly medicines with diabetes mellitus in the neighborhood Echo field in the first semester of 2024. Specific objectives to characterize the profiles socioeconômicos of the variables: age group, marital status, education level, monthly income, feeding type, type of diabetes; To identify the personal expenses in medicines used monthly; To describe the variation in the monthly personal expenses in medicines among different demographic groups; To suggest interventions that can help in the reduction of the personal expenses in medicines mensais. Assim, we can say that our objective and the hypotheses were confirmed.

Words-key: Personal expenses, Medicines, Individuals and Diabetes mellitus

LISTA DE ABREVIATURA

ADA - American Diabete Assosciaton

DCCT - Diabetes Control and Complications Trial

DCV - Doença Cardiovascular

DD - Dicionário de Doenças- Disease Dictionary

DM - Diabete Melitus

DM1 - Diabete Mellitus do tipo 1

DM2 - Diabete Mellitus do tipo 2

DNA - Ácido desoxirribonucleico

HbA1C - Hemoglobina Glicada

MSB - Ministério de Saúde Brasileiro

OMS - Organização Mundial da Saúde

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

WHO - World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 - Descrição da população e amostra.....	32
Quadro 2 - Dados biométrico dos Coordenadores do Bairro Eco-campo em relação ao género idade, tempo de serviço, nível académico e área de formação.....	35
Quadro 3 - Distribuição da amostra em relação ao diagnóstico do diabetes mellitus.	37
Quadro 4 - Distribuição da amostra em relação ao tipo de diabetes.....	38
Quadro 5 - Distribuição da amostra em relação ao plano de saúde.....	39
Quadro 6 - Distribuição da amostra em relação aos locais de aquisição dos medicamentos para o controle do diabetes.....	40
Quadro 7 - Distribuição da amostra em relação a frequência da compra de medicamentos para o controle do diabetes.....	41
Quadro 8 - Distribuição da amostra em relação ao gasto médio mensal em medicamentos para o diabetes.....	42
Quadro 9 - Distribuição da amostra em relação aos preços dos medicamentos do diabetes.....	43
Quadro 10 - Distribuição da amostra em relação a satisfação do acesso dos medicamentos do diabetes em área local.....	44
Quadro 11 - Distribuição da amostra em relação ao fornecimento de comentário sobre a experiência de lidar com os gastos pessoais em medicamentos para controle de diabetes.....	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Descrição da população e amostra.....	32
Gráfico 2 - Dados biométrico dos Coordenadores do Bairro Eco-campo em relação ao género idade, tempo de serviço, nível académico e área de formação.....	36
Gráfico 3 - Distribuição da amostra em relação ao diagnóstico do diabete mellitus..	37
Gráfico 4 - Distribuição da amostra em relação ao tipo de diabete.....	38
Gráfico 5 - Distribuição da amostra em relação ao plano de saúde.....	39
Gráfico 6 - Distribuição da amostra em relação aos locais de aquisição dos medicamentos para o controle do diabetes.....	40
Gráfico 7 - Distribuição da amostra em relação a frequência da compra de medicamentos para o controle do diabete.....	41
Gráfico 8 - Distribuição da amostra em relação ao gasto médio mensal em medicamentos para o diabete.....	42
Gráfico 9 - Distribuição da amostra em relação aos preços dos medicamentos do diabete.....	43
Gráfico 10 - Distribuição da amostra em relação a satisfação do acesso dos medicamentos do diabete em área local.....	44
Gráfico 11 - Distribuição da amostra em relação ao fornecimento de comentário sobre a experiência de lidar com os gastos pessoais em medicamentos para controle de diabete.....	45

ÍNDICE

DEDICATÓRIA.....	I
AGRADECIMENTOS.....	II
EPÍGRAFE.....	III
RESUMO.....	IV
ABSTRACT.....	V
LISTA DE ABREVIATURAS.....	VI
LISTA DE TABELAS.....	VII
LISTA DE GRÁFICOS.....	VIII
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
1.1. Definição de termos e conceitos.....	5
1.1.1. Gastos pessoais.....	5
1.1.2. Medicamentos	5
1.1.3. Indivíduos.....	6
1.1.4. Diabetes mellitus.....	6
1.2. Diabetes mellitus.....	6
1.3. Fisiopatologia do diabete e o seu diagnóstico.....	7
1.4. Causas do diabete mellitus.....	8
1.5. Factores de risco do diabete mellitus	9
1.6. Complicações do diabete mellitus.....	9
1.7. Classificação do diabete mellitus.....	10
1.7.1. Diabete do tipo1.....	11
1.7.2. Diabete do tipo2.....	11
1.7.3. Diabete gestacional.....	12
1.7.4. Outro tipos específico.....	13
1.8. Principais opções de tratamento do diabete mellitus.....	14
1.8.1. Dieta.....	15
1.8.2. Actividade física.....	17
1.8.3. Medicamentos.....	18
1.8.4. Insulinoterapia.....	18
1.8.5. Apoio emocional.....	19
1.9. Cuidados de enfermagem na prevenção de complicações do diabete mellitus.....	19

1.10. Cuidados de enfermagem em pacientes com pé de diabético.....	20
1.10.1. Pé de diabético.....	20
1.10.2. Cuidados de enfermagem.....	21
1.11. O papel da família na assistência do controle do pé do diabético.....	23
1.12. Impacto social e económico do diabetes mellitus.....	24
1.13. Importância do protocolo e plano de saúde do Diabetes Mellitus.....	25
CAPÍTULO II- METODOLOGIA DE PESQUISA.....	27
2.1. Tipo de pesquisa.....	27
2.2. Modelo de Abordagem.....	27
2.3. Níveis de Estruturação de Métodos.....	27
2.4. Técnicas e instrumentos de recolha de dados.....	31
2.5. População e amostra.....	32
2.6. Caracterização do Bairro.....	33
2.7. Dificuldades encontradas.....	34
CAPÍTULO III - DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	35
3.1. Análise, interpretação e apresentação dos dados do questionário com a Córdonação do bairro.....	35
3.2. Análise, interpretação e apresentação dos dados do questionário com os Doentes.....	46
CONCLUSÕES.....	57
SUGESTÕES.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho aborda sobre “gastos pessoais em medicamentos mensais dos indivíduos com diabetes mellitus no Bairro Eco-campo no I Semestre de 2024”.

É importante saber que o diabetes mellitus ocorre principalmente em pessoas com excesso de peso, comportamento sedentário, hábitos alimentares não saudáveis e história familiar de diabetes.

A diabetes mellitus é uma doença crónica que afecta milhões de pessoas ao redor do mundo, exigindo cuidados contínuos e específicos para o controle de seus sintomas e prevenção de complicações.

Os indivíduos diagnosticados com essa condição precisam seguir regimes rigorosos de medicação, monitoramento constante da glicose no sangue, dieta equilibrada e actividades físicas regulares. Esses cuidados representam uma carga financeira significativa, especialmente quando se considera a aquisição mensal de medicamentos essenciais.

No contexto do bairro Eco-campo, como parte de uma investigação detalhada, é crucial compreender a extensão dos gastos pessoais enfrentados por essas pessoas no I Semestre de 2024. O bairro, caracterizado por uma mistura de diferentes classes socioeconómicas, apresenta desafios únicos que podem influenciar os custos incorridos pelos moradores com diabetes mellitus.

Estudos prévios demonstram que, além dos gastos com medicamentos, os pacientes frequentemente necessitam de diversos insumos, como agulhas, fitas para testes de glicemia, lancetas e outros dispositivos médicos. Esses itens, muitas vezes não cobertos por seguros de saúde, representam uma fonte contínua de despesa.

Compreender o impacto financeiro dessas necessidades é essencial para a formulação de políticas públicas e estratégias de apoio que possam minimizar o ónus económico sobre os indivíduos e suas famílias. Este trabalho busca investigar os gastos privados desses insumos e medicamentos dentro do contexto específico do bairro Eco campo, identificando as variáveis que mais influenciam esses custos e como elas se comparam com outros bairros de características semelhantes.

Os gastos pessoais de medicamentos são preocupações constantes para indivíduos com Diabetes Mellitus, especialmente em regiões urbanas diversas como é o caso do bairro acima citado. Para abordar adequadamente essa problemática, é necessário explorar detalhadamente os componentes e os custos dos gastos mensais que os indivíduos com esta doença enfrentam, assim sendo a falta de informações concretas sobre os gastos pessoais em medicamentos mensais especificamente nestes indivíduos que são residentes em bairros de baixa renda, é um problema que me levou a seguinte pergunta de partida:

Como tem sido os gastos pessoais em medicamentos mensais dos indivíduos com Diabetes Mellitus no bairro Eco - campo no I Semestre de 2024?

Hipóteses

H₁: Os gastos pessoais em medicamentos dos indivíduos com Diabetes Mellitus no bairro Eco campo variam entre 5,000.00 a 35,000.00 ou mais mensalmente.

H₂: Indivíduos com menores rendas familiares no bairro Eco-campo enfrentam dificuldades maiores para arcar com os custos em medicamentos para Diabetes Mellitus em comparação com indivíduos de rendas mais altas.

H₃: Os programas de saúde e atenção primária apoiam regularmente os indivíduos com Diabetes Mellitus, minimizando os custos dos insumos medicamentosos.

Geral

Conhecer os gastos pessoais em medicamentos mensais dos indivíduos com diabetes mellitus no bairro Eco campo no primeiro semestre de 2024.

Específicos

- ❖ Caracterizar os perfis socioeconómicos das variáveis: Género, idade, tempo de serviço, nível académico, área de formação;
- ❖ Identificar os gastos pessoais de medicamentos utilizados mensalmente nos indivíduos com Diabetes Mellitus;
- ❖ Descrever a variação nos gastos pessoais mensais em medicamentos entre diferentes grupos demográficos;

- ❖ Sugerir intervenções que possam ajudar na redução dos gastos pessoais de medicamentos mensais.

Delimitação e limitação de estudo

a) Delimitação

O estudo do trabalho delimitou-se no Município de Cacuaco, no Distrito Urbano Sede de Cacuaco e no Bairro Eco - campo. Esta temática realizou-se no espaço temporal do I Semestre de 2024.

b) Limitação

O estudo do trabalho limitou-se nos gastos pessoais em medicamentos mensais dos indivíduos com diabetes mellitus com intervenientes tais como: Membros da Coordenação do Bairro Eco - campo e Doentes com dabetes.

Justificativa

Escolheu-se abordar sobre os gastos pessoais de medicamentos mensais dos indivíduos com diabetes mellitus no bairro a cima citada devido à preocupação pessoal com saúde pública, e por ser uma das residentes do mesmo. E ao compartilhar temáticas como estas buscamos aumentar a empatia e a compreensão, promovendo, no entanto, um suporte social e familiar para as pessoas afectadas por esta condição.

Por outra academicamente por tratar-se de um assunto relevante para a contribuição da literatura existente sobre a economia da saúde e o impacto financeiro de doenças crónicas, como é o caso da diabetes mellitus, através da coleta e análise de dados sobre os gastos de insumos medicamentosos, podemos compreender melhor as disparidades económicas e auxiliar na formulação de políticas públicas mais eficazes

Também a escolha do tema é motivada no contexto social através das dificuldades enfrentadas pelos indivíduos na gestão financeira de uma doença crónica, ao entender o impacto dos custos no dia-a-dia das pessoas, podemos incentivar acções comunitárias e governamentais para melhorar o suporte oferecido a essas populações.

Estrutura do trabalho

Este trabalho está estruturado em três capítulos:

No capítulo I. Fundamentação teórica, onde abordou-se as definições de termos e conceitos de autores que sustentam a temática em estudo;

No capítulo II. Metodologia de pesquisa, onde aplico-se os métodos, técnicas que se usou para a elaboração da pesquisa;

No capítulo III. Discussão e resultados;

Conclusões;

Sugestões;

Referências bibliográficas.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Definições de termos e conceitos

1.1.1. Gastos pessoais

Segundo Marion (2018), gastos pessoais referem-se a todas as despesas realizadas por um indivíduo em sua vida diária, com o objectivo de atender suas necessidades básicas e de conforto. Esses gastos podem incluir despesas como alimentação, moradia, transporte, saúde, educação, lazer, entre outros.

De acordo Lima (2020), gastos pessoais são despesas incorridas por indivíduos para a manutenção de seu padrão de vida, sendo compostas por despesas fixas e variáveis.

Confere Iudícibus & Marion (2017), gastos pessoais são todas as despesas realizadas por uma pessoa com intuito de atender às suas necessidades quotidianas e melhorar o seu bem-estar, abrangendo gastos como transporte, alimentação, saúde, educação e outras áreas da vida pessoal.

Entende-se, no entanto que gastos pessoais são despesas ou montante que todo ser humano faz, quer seja anualmente, semanalmente, diariamente ou mensalmente de forma particular.

1.1.2. Medicamentos

De acordo Goodman & Gilman, (2017), medicamentos são substâncias químicas utilizadas para prevenir, tratar ou aliviar dor, sinais e sintomas de uma doença.

Rang et.al, (2016) afirma que medicamentos são produtos utilizados para modificar funções fisiológicas ou patológicas no organismo humano ou animal.

Segundo Katzung, (2018) medicamentos são agentes que actuam nas células do corpo, modificando a sua atividade, podendo ser sintético ou natural.

No entanto um medicamento é toda substância orgânica, que serve para aliviar ou curar a dor no organismo.

1.1.3. Indivíduos

Para Giddens (2017), um indivíduo é um ser humano ou entidade distinta que compõe um grupo, caracterido por suas próprias características, comportamento e identidade.

De acordo Kagan (2005), indivíduos são seres humanos considerado isoladamente em seus atributos físicos, psíquicos e sociais.

Segundo Durkheim (2005), um indivíduo é a unidade básica em que a sociedade se estrutura, com ações, pensamentos e interações únicas.

Assim sendo um indivíduo é uma pessoa que vive em determinada sociedade, com direitos e deveres a cumprir, com a capacidade de relacionar-se com os outros.

1.1.4. Diabetes mellitus

Segundo ADA (American Diabetes Associaton) (2014), diabetes mellitus é uma doença metabólica caracterizada pela hiperglicemia resultante de defeitos na ação e secreção de insulina.

McCance & Huether (2019), afirmam que, o diabetes mellitus é um distúrbio endócrino cuja principal característica é a elevação dos níveis de glicose no sange devido resistência ou deficiência de insulia.

De acordo Chrousos (2012), diabetes mellitus é o metabolismo hiperglicêmico crônico que pode redultar em complicações graves a longo prazo, afetando vários sistemas do corpo.

Porém a diabetes mellitus é uma doença merecedora de atenção, que requer um controle constante por alterar os níveis glicêmicos no organismo, decorrente pela falta de insulina e/ou da incapacidade da mesma exercer suas funções adequadamente.

1.2. Diabetes mellitus

O diabetes mellitus (DM) é um distúrbio metabólico crônico dos carboidratos, caracterizado por hiperglicemia , resultante da produção ou utilização inadequada da insulina. O diabetes mellitus é classificado da seguinte forma: o tipo 1 que resulta primeiramente da destruição das células beta pancreáticas, com tendência à

cetoacidose e o tipo 2 que resulta de graus variáveis de resistência à insulina e da deficiência relativa de secreção insulina. O diabetes mellitus tipo 2 ocorre com frequência maior do que o tipo 1, (Rodrigues, et. al, 2010, pp. 1325 - 1332).

O diabetes mellitus tipo 2 é um distúrbio em que o factor hereditário e a obesidade apresentam importância maior do que no diabetes mellitus tipo 1 e geralmente ocorre em indivíduos com mais de quarenta anos, os pacientes diabéticos do tipo 2, também apresentam poliúria, polidipsia e polifagia, além de alterações visuais e feridas de difícil cicatrização, (Figueiredo & Rabelo 2009, pp. 155 - 182).

Na perspectiva de Grossi (2010), a doença acomete pessoas em todas as idades e níveis socioeconômicos sendo que o número de diabéticos não diagnosticados e mal controlados é expressamente elevado.

Segundo Gil, et. al. (2008), as consequências a longo prazo como: complicações crônicas, incluem a nefropatia com possíveis evoluções para insuficiência renal a retinopatia com a possibilidade de cegueira e neuropatia com risco de aparecimento de úlceras nos pés, que podem implicar em amputações nos dedos pés ou pernas.

Os problemas com os pés representam uma das mais importantes e onerosas complicações crônicas do diabetes em função do grande número de casos que evoluem para amputação, decorrente da combinação da neuropatia periférica crônicas associadas a pequenos traumas (Coelho, Silva e Padilha, 2009, pp. 65-71).

A história natural do diabetes tipo 1 e tipo 2 é marcada pelo aparecimento de complicações crônicas tais como as microvasculares, a nefropatia e a neuropatia diabética, (Almeida, et al, 2008).

As complicações macro vasculares são mais graves em indivíduos acometidos, sendo a principal causa de morbimortalidade associada ao diabetes, (Duncan, 2004).

1.3. Fisiopatologia do diabetes mellitus e o seu diagnóstico

O diabetes mellitus, é caracterizado como uma síndrome metabólica crônica causado pela deficiência na secreção de insulina produzida por uma célula específica do pâncreas chamada célula beta pancreática. Sua principal função é

deixar com que a glicose entra nas células de modo que ela seja aproveitada em diversas ações celulares, quando ocorre algum tipo de deficiência na ação da insulina e consequentemente origina-se no acúmulo de glicose no sangue (ação chamada de hiperglicemia), (Dimelgio et. al, 2018).

O diagnóstico laboratorial do diabetes mellitus baseia-se em três critérios: a glicemia casual, a glicemia em jejum e a glicemia após duas horas de sobrecarga de 75 gramas de glicose, quando superior a 200 mg/dl para o primeiro caso, 126mg/dl para o segundo caso e 200 mg/dl para o terceiro, (WHO, 2011).

A hemoglobina glicada (HbA1C) é considerada como padrão-ouro para o acompanhamento glicêmico de pacientes portadores de diabetes e reflete a glicose plasmática média dos últimos 2-3 meses, e é um critério de diagnóstico quando superior a 6,5%, (ADA, 2017).

A insulina regula a concentração glicêmica, por induzir a captação e metabolismo da glicose para os músculos e tecido adiposo, além de inibir a degradação de glicogénio, lipídeos e proteínas, (Brunton, et. al, 2012).

A principal utilidade da determinação da insulina é a investigação das causas de hipoglicemia. A hipoglicemia ocorre devido ao hiperinsulinismo, insulinoma, síndrome da insulina autoimune ou por fatores não mediadores da insulina. Hipoglicemia é caracterizada por concentração plasmática de glicose < 70mg/dl em adultos e < 60mg/dl em crianças.

O diabetes mellitus decorre da diminuição da secreção de insulina pelas células beta das ilhotas de Langerhans. A hereditariedade da geralmente uma contribuição importante o diabetes, ela faz aumentar a suscetibilidade das células beta aos vírus ao favorecer o desenvolvimento de anticorpos autoimunes contra as células beta e em outros casos, parece haver uma simples tendência hereditária para a degeneração das células beta, (SBD, 2016).

1.4. Causas do diabetes mellitus

O diabetes ocorre quando o organismo não produz insulina em quantidade suficiente para manter a concentração sérica de insulina normal ou quando as células não respondem adequadamente à insulina. Os indivíduos com diabetes

mellitus tipo 1 (diabetes insulino dependente) produzem pouca ou nenhuma insulina, (Sartorell & Franco, 2003, pp. 29 - 39).

A maioria dos indivíduos com diabetes tipo 1 apresenta a doença antes dos 30 anos. Os cientistas acreditam que um fator ambiental (possivelmente uma infecção viral ou um factor nutricional na infância ou no início da vida adulta) faz com que o sistema imune destrua as células produtoras de insulina no pâncreas. Para que isto ocorra, é muito provável que seja necessária alguma predisposição genética. Qualquer que seja a causa, no diabetes tipo 1 mais de 90% das células produtoras de insulina (células beta) do pâncreas são destruídas de modo permanente, (Guyton & Hall, 2002, pp. 827 - 840).

A consequente deficiência de insulina é grave e, para sobreviver, o indivíduo com diabetes tipo I deve aplicar injeções regulares de insulina. No diabetes tipo 2 (diabetes não insulino dependente), o pâncreas continua a produzir insulina, algumas vezes em níveis mais elevados do que o normal. No entanto, o organismo desenvolve uma resistência aos seus efeitos e o resultado é um déficit relativo à insulina, (Cotran, et. al, 1994).

1.5. Factores de riscos do diabetes mellitus

O diabetes mellitus desenvolve-se através da interação entre fatores genéticos e fatores ambientais, ou seja, indivíduos que são geneticamente propensos a ter diabetes podem apresentar a doença quando expostos a determinados eventos (fatores ambientais) durante a vida.

Os factores de risco para a diabetes mellitus, são relacionados aos fatores genéticos, principalmente no caso de diabetes mellitus tipo 1, e o diagnóstico de pré diabetes, pressão alta, colesterol alto ou triglicérideos alteradas, sobrepeso com acúmulo de gordura focalizada em especial na região abdominal, Síndrome do Ovário Policístico, depressão ou medicamentos glicocorticoides, questão mais ligados a diabetes mellitus tipo 2, (SBD, 2016).

1.6. Complicações do diabetes mellitus

As complicações do diabetes mellitus podem ser agudas ou crônicas, entre as complicações agudas estão hiperglicemia e hipoglicemia. As complicações crônicas podem ser macro vasculares, doença cardíaca coronária, doença vascular periférica,

doença cerebrovascular; microvasculares, retinopatia e nefropatia, neurológicas ou neuropatia (Portier e Bachion, 2010).

As complicações agudas do diabetes mellitus inclui a descompensação hiperglicêmica aguda, com glicemia casual superior a 250 mg/dl, que pode evoluir para complicações mais graves como cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica, e a hipoglicemia, com glicemia casual inferior a 60 mg/dl. Essas complicações requerem ação imediata da pessoa, da família ou dos amigos, e do serviço de Saúde. A orientação adequada ao paciente, família e a disponibilidade de um serviço de pronto atendimento, telefônico ou no local, são fundamentais para auxiliar a pessoa a impedir que o quadro evolua para quadros clínicos mais graves, (MSB, 2014).

Dentre as complicações crônicas destacam-se aquelas relacionadas com os pés, representando um estado fisiopatológico multifacetado, sendo caracterizado pelo aparecimento de lesões e ocorrem como consequência de neuropatia em 80-90% dos casos, as lesões são geralmente precipitadas por trauma e complica-se com a infecção, podendo terminar em amputação quando não iniciado um tratamento precoce e adequado (Laurindo e Rodrigues, 2006).

1.7. Classificação do diabetes mellitus

A classificação do diabetes mellitus é feita com base na etiologia da doença. Segundo OMS (2016), as principais categorias são:

- a. Diabetes do tipo 1, também chamados de diabete mellitus dependente de insulina, são causados pela ausência de secreção da insulina;
- b. O diabetes tipo 2, também chamado de diabetes mellitus não dependente de insulina, é inicialmente causado pela diminuição da sensibilidade dos tecidos-alvo ao efeito metabólico da insulina. Essa sensibilidade reduzida à insulina é frequentemente chamada de resistência insulínica.
- c. Diabete gestacional, que ocorre durante o processo gestacional.
- d. Outros tipos específicos de diabetes mellitus (incluem diabetes causados por doenças pancreáticas, medicamentos, infecções ou outras condições).

1.7.1. Diabetes do tipo 1

Diabetes tipo 1 acontece quando a produção de insulina do pâncreas é insuficiente, pois suas células sofrem de destruição autoimune. O pâncreas perde a capacidade de produzir insulina em decorrência de um defeito do sistema imunológico, fazendo com que nossos anticorpos ataquem as células que produzem a esse hormônio.

Nesse cenário, o corpo acaba atacando as células que produzem insulina por não reconhecerem mais elas como sendo da pessoa. O diabetes tipo 1 ocorre em cerca de 5 a 10% dos pacientes com diabetes. Os portadores de diabetes tipo 1 necessitam injeções diárias de insulina para manterem a glicose no sangue em valores normais e há risco de vida se as doses de insulina não são dadas diariamente. O diabetes tipo 1, embora ocorra em qualquer idade, é mais comum ser diagnosticado em crianças, adolescentes ou adultos jovens segundo (Dicionário de Doenças, 2021).

Há quatro estágios no quadro patogênico do DM1: quadro pré-clínico onde os níveis de glicose são mais altos do que é caracterizado como normal, mas ainda não tão elevados a ponto de ser classificado como DM1 ou DM2; início de DM clínica; remissão transitória e estágio agudo, crônico ou mortais, (Sousa, et. al, 2016, pp. 53 - 65).

Os principais sinais e sintomas do diabetes mellitus 1 são: Poliúria, Polifagia, Polidipsia, emagrecimento agudo, fraqueza, fadiga, mudança de humor, náusea e vômitos. Neste caso, entende-se que a maior causa do desenvolvimento do DM1 esteja relacionada a factores imunológicos que dentre suas complicações, destacam-se: retinopatia diabética, neuropatia diabética, falência renal e amputações devido a feridas não cicatrizadas na pele, podendo evoluir para gangrena e risco elevado para infartos e AVCs (acidente vascular cerebral), (MSB, 2019).

1.7.2. Diabetes do tipo 2

Diabetes tipo 2 é uma doença crônica que afeta a forma como o corpo metaboliza a glicose, principal fonte de energia do corpo. A pessoa com diabetes tipo 2 pode ter uma resistência aos efeitos da insulina - hormônio que regula a entrada

de açúcar nas células - ou não produz insulina suficiente para manter um nível de glicose normal. Quando não tratado, o diabetes pode ser fatal.

Ao contrário das pessoas com diabetes tipo 1, as pessoas com diabetes tipo 2 produzem insulina. Entretanto, o corpo pode criar uma resistência à insulina, ou seja, ele não responde da forma como deveria à ação da insulina e não a utiliza corretamente, também pode acontecer de o paciente com diabetes tipo 2 não produzir insulina suficiente para suprir as demandas do seu corpo, nesse processo, a insulina insuficiente não consegue carregar todo o açúcar para dentro das células, e ele acaba se acumulando no sangue na visão de (DD, 2021).

As contantes mudanças no estilo de vida da humanidade em uma escala global, tem contribuído para o crescimento de casos da diabete mellitus tipo 2, Vem em uma crescente se caracterizando como uma epidemia mundial, acarretando uma série de problemas para o sistema de saúde dos países (Lima et. al, 2011).

A diabetes mellitus 2 também está associada aos factores de risco ter idade acima de 40 anos, estilo de vida baseado em sedentarismo, onde os gastos energéticos são reduzidos e consequentemente promove o ganho de peso, tabagismo, glicemia elevada em jejum, onde o normal é ser abaixo de 100 mg/dl. Nos casos de valores entre 100 e 125 mg/dl ou mais, são considerados portadores de glicemia alterada (Souza 2012, pp. 275 - 284).

1.7.3. Diabetes Gestacional

De acordo com a OMS (2016), o diabetes mellitus desenvolvido durante a gravidez pode ser subdividido em duas partes sendo ela diabetes mellitus pré gestacional e diabetes mellitus gestacional. A diferença entre elas e que a diabetes mellitus pré gestacional pode ou não permanecer na mãe tendo como consequências as mesmas de outras diabetes mellitus como a retinopatia e a insuficiência renal, já a diabetes mellitus gestacional deve ser acompanhada de maneira mais severa pois as consequências estão directamente relacionadas ao feto.

É a hiperglicemia diagnosticada na gravidez de intensidade variada que geralmente se resolve no período pós-parto, mas retornando anos depois em maior parte dos casos. Representando assim riscos tanto para mãe, quanto para o bebê e

a probabilidade de que a mulheres que desenvolveram diabetes gestacional se tornem diabéticas futuramente são consideráveis (SBD, 2016).

Os factores de riscos associados ao diabetes gestacional são semelhantes aos descritos do diabetes do tipo 2, incluindo idade superior a 25 anos, ganho excessivo de peso na gravidez actual, deposição central excessiva de gordura corporal, baixa estatura, crescimento fetal excessivo, polidrâminio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal (SBD, 2016).

1.7.4 Outros de tipos de específicos

Esses tipos de diabetes são decorrentes de defeitos genéticos associados a outras doenças ou ao uso de medicamentos. Podem ser diabetes por defeitos genéticos na acção da insulina, Diabetes por doenças do pâncreas exócrino (pancreatite, neoplasia, hemocromatose, fibrosecística etc.), e diabetes por defeitos induzidos por drogas ou produtos químicos (diuréticos, corticoides, betabloqueadores, contraceptivos) na perspectiva de (DD, 2021).

Para Bazotte, (2012), reage que actualmente, o diabetes mellitus mody (Latente de Infância) e diabetes mellitus Lada (Latente do Adulto) estão sendo enfatizados uma vez que o mody tem início no jovem sem indício de obesidade, com hiperglicemia leve e manifestada antes dos 25 anos. Pacientes portadores do mody apresentam um defeito na secreção da insulina decorrente a mutações em genes específicos, já o Lada é uma forma mais prevalente de diabetes mellitus autoimune em adultos, aqui a insuficiência insulínica é devida destruição ilhotas pancreático.

O conjunto desses factores de riscos é chamada de síndrome metabólica ou síndrome de resistência à insulina, na qual a ligação entre Hiperglicemia e a DCV é atribuída a prevalência desses fatores nos pacientes com a síndrome epidemiológica, (Schaan, 2004, pp. 1 - 16).

Segundo outros estudos, evidencia que diversos factores podem contribuir para a qualidade de vida das pessoas, tais como: tipo de diabete, uso de insulina, idade, sequelas crônicas, nível socioeconômico e educacional, conhecimento da doença, acessos a saúde e factores psicológicos, (Faria, et. al, 2013).

O estilo de vida do sujeito adoptado por meio de hábitos aprendidos e seguidos pela vida inteira, são relacionados com a realidade familiar, ambiental e social, mediante a esses factores podemos compreender sua qualidade de vida. São as acções que trazem as consequências, os valores das oportunidades apresentadas na vida das pessoas, que devem ser levadas em consideração para a qualidade de vida controle de nível de estresse, alimentação balanceada, actividades físicas regulares prevenção e um convívio social, (Almeida, 2012).

1.8. Principais opções de tratamento do diabetes mellitus

Segundo DCCT (2005), reforçam que manter os níveis de glicose no sangue o mais próximo possível do normal retarda o aparecimento e progressão de complicações de olhos, rins e nervos causados pela doença.

Para Leite, et. al, (2008), a implementação do tratamento intensivo é fundamental para prevenção de complicações em longo prazo.

As complicações macros e microvasculares são comumente encontradas nos pacientes com DM1 com duração de 15 a 20 anos de doença, sendo incomuns antes dos 10 anos. Porém, as doenças microvasculares, como retinopatia e nefropatia diabética, são altamente influenciadas pelo controle glicêmico e podem ser encontradas em adolescentes portadores de diabetes do tipo1 (Miculis, et. al, 2010).

Segundo Victorio (2015), os objectivos do tratamento são: promover o bem-estar clínico e psicológico, evitar a hipoglicemia grave, a hiperglicemia sintomática e a cetoacidose, garantir o crescimento e desenvolvimento normal da criança e por fim obter um bom controlo metabólico.

De acordo com Grillo, et. al. (2013), diz que, esses objectivos sejam alcançados, é necessário que todos os profissionais se envolvam no tratamento, uma equipe formada por médicos, enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e assistentes sociais para dar suporte é essencial para o sucesso do mesmo. Deve ser estimulado, além do uso correto das medicações, um programa de refeição regular e adesão a um programa de exercícios físicos adaptados individualmente.

Como já mencionado anteriormente, o uso da insulina é fundamental para a sobrevivência do paciente com DM1 e o tratamento adequado é primordial para o alcance do controle glicêmico satisfatório. Entretanto, a omissão de doses de insulina parece ser frequente entre os indivíduos com DM1, refletindo em morbidade, altas taxas de hospitalização por hipoglicemia e cetoacidose, (Ribeiro, 2016).

A complexidade dos esquemas terapêuticos e a ocorrência de episódios de hipoglicemia têm sido referidas como factores que podem influenciar a omissão ou baixa adesão à insulina associadas aos relatos de esquecimento, ganho de peso e constrangimento relacionados a aplicação e armazenamento da medicação (Leite, et. al, 2008).

Todas essas justificativas, bem como queixas de dor no local da injeção, dificuldade de cálculo e aplicação das doses, entre outras, podem ser reduzidas por meio de programas de educação envolvendo pacientes, familiares e cuidadores (Ribeiro, 2016).

A hipoglicemia é o fator mais citado frequentemente como impedimento para a adesão plena à prescrição de insulina, os pacientes acabam por omitir doses na tentativa de evitar o mal-estar, não há uma definição clara de valor para hipoglicemia há um certo consenso de que os valores entre 60 e 70 mg/dl indicam um risco de hipoglicemia grave (SBD, 2016).

Na visão de Leite, et al, (2016), esclarece que, os níveis abaixo desses valores em crianças podem resultar em deterioração aguda da função cerebral, a percepção da ocorrência de hipoglicemia em crianças é menos acurada, daí a necessidade de encorajar as medidas frequentes de glicemia capilar, especialmente nos momentos de flutuações previstas tais como durante o período noturno, nos picos de acção da insulina durante doença e pós exercício físico.

Podemos, no entanto, citar algumas principais opções para o tratamento do diabetes mellitus como: dieta, exercício físico, medicamentos, insulinoterapia e apoio emocional.

1.8.1 Dieta

A dieta é uma parte fundamental do tratamento do diabetes e pode ajudar a controlar o nível glicose no sangue.

Segundo ADA (2021), não há uma dieta única para o diabetes" e o plano alimentar deve ser individualizado, levando em consideração as preferências pessoais e culturais, as necessidades nutricionais e os objetivos de controle glicêmico.

O consumo alimentar é um factor essencial para o controle glicêmico. Evidências científicas têm demonstrado que a intervenção nutricional apresenta impacto importante na redução da HbA1c, porém a terapia nutricional deve ter como alvo o bom estado nutricional, saúde fisiológica e tratar as complicações possíveis de acontecer, em curto e longo prazo (SBD, 2016).

Recomenda-se que o plano alimentar seja individualizado de acordo com as necessidades calóricas diárias, e terapêutica medicamentosa de cada paciente, em função do crescimento e desenvolvimento adequado. A alimentação deve ser distribuída em seis refeições diárias, levando em consideração os hábitos alimentares, a idade, o sistema de crenças e valores socioculturais, (Zanettl, et. al, 2017, pp. 619 - 625).

A conduta nutricional baseia-se em alimentação variada e equilibrada, com concentrações adequadas de macro nutrientes e micronutrientes, prescritos de forma individualizada e que atendam às necessidades nutricionais. Ao se tratar de crianças e adolescentes, não existem determinações das necessidades nutricionais específicas, porém é sabido que não deve haver restrição de carboidratos em crianças com DM1 para evitar efeitos deletérios no crescimento, (SBD, 2016, p. 87).

No entanto, ao se tratar de crianças e adolescentes, a necessidade da adoção de novos hábitos alimentares para efetivação e sucesso do tratamento intensivo nem sempre é incorporada facilmente os mesmos podem reagir com sentimento de culpa, medo, angustia depressão e apatia e isso pode ameaçar os objetivos do tratamento, (Pilgere & Abreu, 2007 citado por Novato & Grossi, 2011).

Vale ressaltar que, nessa faixa etária, o objectivo prioritário da conduta nutricional é manter o crescimento e o desenvolvimento, e posteriormente, adequar os aspectos relacionados com o controle glicêmico (SBD, 2016, p. 96).

Diante disso, educar as pessoas a seguir um plano de alimentação saudável deve ser prioridade nos programas de educação é preciso compreender a

importância e a influência dos alimentos na homeostase glicêmica e prevenção (SDB, 2016).

1.8.2. Actividade física

O exercício físico também é importante para o controle do diabetes, pois pode ajudar a reduzir o nível de glicemia e melhorar a sensibilidade à insulina, os indivíduos com diabetes devem realizar pelo menos 150 minutos de actividade física moderada por semana, distúrbios ao longo de pelo menos 3 dias da semana com intervalos não superiores a dois dias consecutivos sem actividade (ADA, 2021).

O diabetes reduz a expectativa de vida em cinco a dez anos e aumenta o risco de DCV (Doenças Cardiovasculares) em duas a quatro vezes, a prática regular de atividades físicas é forte aliada na predição e redução desse risco, pois age de maneira específica sobre a resistência insulínica (SBD, 2016).

Os benefícios se estendem sobre os níveis de HBA1c, reduzindo-a significativamente após um programa regular de actividade física. Além disso, estudos experimentais comprovam a melhora significativa do perfil lipídico, da pressão arterial, da composição corporal e dos factores de risco tradicionais para o desenvolvimento de DCV, (Micullis, et. al, 2010).

O incentivo à prática de exercícios físicos desde a infância poderá promover a manutenção de um estilo de vida ativo até a idade adulta, além de contribuir para o controle dos níveis de glicemia de jejum adequados. No entanto, há uma certa limitação dessa prática devido aos episódios de hipoglicemia muito comuns em crianças e adolescentes diabéticos e a ausência de profissionais capacitados para acompanhar e conduzir o exercício físico, (Duarte, et. al, 2012).

A hipoglicemia pode ocorrer durante a realização de actividade física, logo depois ou horas após o final da mesma, e essa é uma das principais queixas que desencorajam a manutenção do exercício regularmente, (Miculis, et. al. 2010).

Num indivíduo sem diabetes, a estabilidade glicêmica plasmática acontece naturalmente enquanto no diabético, não há parâmetros fisiológicos para inibir a insulina exógena e a sensibilidade acaba por perdurar durante a actividade física, mesmo diante do risco de hipoglicemia, a recomendação é de que um regime

adequado de insulina e um plano alimentar estejam associados para prática do exercício, (Micullis, et. al. 2010).

1.8.3. Medicamentos

Existem vários medicamentos disponíveis para o tratamento do Diabetes, incluindo os hipoglicemiantes orais e a insulina. Os hipoglicemiantes orais são utilizados principalmente no tratamento do Diabetes do tipo 2 e podem agir de várias maneiras, como aumentando a secreção de insulina pelo pâncreas ou reduzindo a produção de glicose pelo fígado. A Insulina é utilizada tanto no tratamento do diabetes do tipo 1 quanto do tipo 2 e pode ser administrada por meio de injeções ou bombas de insulina, (ADA, 2021).

1.8.4. Insulinoterapia

A insulinoterapia é uma das principais opções de tratamento do Diabetes do tipo 2 em casos mais graves, a insulinoterapia deve ser individualizada, baseada nas necessidades dos pacientes e na progressão da doença, a administração da insulina pode ser realizada por meio de injeções ou bombas de insulina, e a dose deve ser ajustada de acordo com os níveis de glicose no sangue, (SBD, 2020).

A insulina é imprescindível para o tratamento de DM1 e deve ser introduzida assim que o diagnóstico for confirmado. O uso de insulina iniciou por volta de 1920 e modificou de maneira drástica a expectativa de vida dos indivíduos recém diagnosticado, a sobrevivência na fase pré-insulina que era de 2,6 anos, passou para 6,0 anos em média, melhorando progressivamente com a evolução global da terapêutica (Pires e Chacra, 2008, p. 269).

Desde então, ocorreram várias etapas de evolução da insulina, inicialmente extraída de animais, posteriormente substituída pela insulina humana, por meio da tecnologia de DNA recombinante e mais recentemente, a produção de insulina de análogos, (SBD, 2015).

A insulinoterapia no diabetes mellitus tipo 1 começou com a insulina regular com múltiplas aplicações diárias. Após o advento das insulinas de ações intermediárias ou de ações mais prolongadas, os pacientes passaram a usar apenas uma ou duas aplicações diárias, (Pires e Chacra, 2008, p. 272).

1.8.5. Apoio emocional.

Marcelino & Carvalho (2005), afirmam que o Diabetes Mellitus Tipo 1, especialmente quando diagnosticado na infância, provoca mudanças significativas na rotina do paciente e de sua família, gerando desafios emocionais que incluem o medo constante de complicações e a necessidade de adesão rigorosa ao tratamento. O apoio psicológico é imprescindível para ajudar na aceitação da doença e no enfrentamento das dificuldades diárias.

O apoio emocional é uma parte essencial para os indivíduos com essa patologia, pois o diabetes pode ter um impacto significativo na qualidade de vida destes, e o suporte emocional é crucial para ajudá-los a lidar com os desafios da doença, por ser uma doença estressante, os enfermeiros e até mesmo os familiares devem se mostrar disponíveis para ouvir estes indivíduos e oferecer o suporte psicológico sempre que necessário.

1.9. Cuidados de enfermagem na prevenção de complicações de diabetes mellitus

Os cuidados de enfermagem na prevenção de complicações do diabetes são fundamentais para garantir a qualidade de vida dos pacientes e reduzir o risco de complicações, vamos, no entanto, citar algumas estratégias de cuidados que os enfermeiros podem adotar, com as citações de autores e referências:

a) Controle Glicêmico: O controle glicêmico adequado é essencial para prevenir complicações em pacientes diabéticos, De acordo com a ADA a meta de hemoglobina glicada (HbA1c) para a maioria dos indivíduos com diabetes é inferior a 7%, além disso é importante monitorar regularmente os níveis de glicose no sangue do paciente, seja por meio de glicemia capilar ou monitoramento contínuo da glicose (ADA, 2021).

b) Monitoramento da Pressão Arterial: Os pacientes diabéticos têm maior risco de desenvolver hipertensão arterial, o que pode levar a complicações como a doença cardiovascular, por isso é importante que os enfermeiros, ou até mesmo parentes dos indivíduos com diabetes devem monitorar regularmente a pressão arterial, a meta de pressão arterial para pacientes diabéticos é de menos 130 mm/Hg, (ADA, 2021).

c) Exame dos Pés: O pé do diabético é uma complicação comum em pacientes diabéticos, que pode levar a úlceras e infecções graves. Por isso, os enfermeiros devem examinar regularmente os pés dos pacientes diabéticos e orientá-los sobre a importância de cuidar dos pés, indivíduos com diabetes devem fazer um exame completo dos pés pelo menos uma vez por ano, (ADA, 2021).

d) Prevenção da Retinopatia: A Retinopatia diabética é uma complicação que afecta os olhos dos pacientes diabéticos e pode levar à perda da visão, os enfermeiros devem orientar os pacientes diabéticos sobre a importância de fazer exames oftalmológicos completos regulares pelo menos uma vez por ano e tomar medidas para controlar a glicemia e a pressão arterial, (ADA, 2021).

e) Prevenção da Nefropatia: A Nefropatia diabética é uma complicação que afecta os rins dos pacientes diabéticos e pode levar à insuficiência renal, os enfermeiros devem orientar sempre os mesmos sobre a importância de realizar exames regulares de urina pelo menos uma vez por ano para detectar a presença de proteína na urina, (ADA, 2021).

No entanto, os enfermeiros desempenham um papel crucial na prevenção e tratamento de complicações em indivíduos diabéticos. Para isso é importante que os enfermeiros procurem sempre estar actualizados sobre as diretrizes de cuidados do Diabetes e sigam as melhores práticas de cuidados para garantir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes diabéticos.

1.10. Cuidados de enfermagem em pacientes com pé de diabético

1.10.1. Pé de diabético

Para Vieira-Santos, et. al (2008, pp. 2861 - 2870), o pé diabético é uma infecção, ulceração e ou destruição dos tecidos profundos, associados a anormalidades neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores.

Na visão de Hirota, Haddad e Guariente (2008, pp. 114 - 120) definem, pé diabético como o conjunto de alterações ocorridas no pé do portador de diabetes mellitus, decorrentes de neuropatias microvasculopatia e macrovasculopatias; o aumento da susceptibilidade à infecção devido às alterações biomecânicas, que

levam a uma insensibilidade e à perda da sensação protetora que podem ocasionar deformidades dos pés, com possíveis alterações na marcha.

A neuropatia torna o paciente vulnerável a pequenos traumas, provocados pelo uso de sapatos inadequados, hábito de caminhar descalço, consequentemente aumentando as chances da ocorrência de feridas e ulcerações. O pé diabético representa um estado fisiopatológico multifacetado, caracterizado por úlceras que ocorrem como consequência de neuropatias originadas geralmente por traumas, os quais muitas vezes, evoluem desencadeando processo de gangrena e infecção ocasionadas por falhas cicatrizações. O pé diabético muitas vezes pode evoluir para casos de amputação, quando não se institui a tratamento precoce e adequado, (Martins, et. al. 2007).

As amputações são antecedidas por úlceras, que quase sempre se originam de lesões cutâneas que são acompanhadas de insensibilidade, causadas pela complicação de neuropatias periféricas crônicas que podem estar associadas a pequenos traumas os traumas pequenos mais comuns são manipulações incorretas dos pés e a dermatose, além de déficit no autocuidado, já que é bastante comum a falta de conhecimento do próprio portador sobre a doença, (Almeida, et. al, 2008).

1.10.2. Cuidados de enfermagem

O controle metabólico rigoroso associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples, são capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do DM, resultando em uma melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético, (Gil, et. al. 2008).

Segundo Almeida, et. al. (2008), a assistência de enfermagem é um dos pontos fundamentais para melhorar o prognóstico desta patologia e por fim colaborar para redução das taxas de amputações de membros inferiores em pacientes com diabetes mellitus do tipo 2.

Para Pace, et. al (2002, pp. 514 - 521), o enfermeiro integrante da equipe multidisciplinar desempenha uma função importante nos diversos níveis de atenção à saúde, como agente cuidador e educador em consequência de sua constante interação com a população.

O pé diabético é uma complicação do diabetes mellitus e por esse motivo, não deve ser tratado isoladamente. O tratamento deve consistir em actividade física, plano alimentar, monitorização dos níveis glicémicos, terapia farmacológica (quando necessário) e educação em saúde, (Luciano e Lopes, 2006, pp. 47 - 55).

A assistência humanizada deve permitir às pessoas verbalizar seus sentimentos pontuar seus problemas e identificar fontes de ajuda que podem estar dentro ou até fora da própria família. A enfermagem apresenta-se como profissão que participa da captação da família para o autocuidado, visto que possui formação voltada para a educação da clientela que assiste, (Marcon, et. al, 2009, pp. 70 - 78).

Um dos aspectos fundamentais na assistência ao paciente com DM é a avaliação dos sinais e sintomas precoces das complicações crônicas (Gamba, et. al, 2004, pp. 339 - 404).

A actuação do enfermeiro junto à equipe de saúde é muito importante no sentido de orientar os pacientes diabéticos sobre os cuidados diários com os pés e a prevenção do aparecimento das úlceras, conscientizando que seus pés são sensíveis e por isso devem evitar traumas seja mecânico, químico ou térmico. Por meio da adoção de medidas simples, como a higienização, a hidratação e o uso de sapatos adequados (Hitota, 2008, pp. 114 - 120).

O enfermeiro não atua somente com a assistência a partir da doença, mas seu trabalho está focado na capacidade de agir com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada e competente, que envolva acções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, (Ramos et. al, 2009, pp. 85 - 91).

Para Brasileiro, et. al. (2005, pp. 11 - 21), o controle do diabetes mellitus, as orientações para evitar ulcerações através de cuidado adequado dos pés e visitas regulares ao médico assim como a colaboração do paciente e de seus familiares, são fundamentais na prevenção de incapacidades e deformidades por pé diabético.

A participação familiar no processo educativo do paciente diabético contribui para o surgimento do tratamento, na medida em que serve como fonte de apoio emocional nos momentos em que o mesmo se sente impotente diante dos desafios advindos da doença, (Moreira, et. al, 2008, pp. 283 - 291).

O atendimento por meio de consultas de enfermagem ajuda a atingir uma excelência no cuidado, pois as necessidades do indivíduo são avaliadas continuamente podendo implementar o conhecimento do paciente sobre o seu estado e conseqüentemente melhorar o controle glicêmico, o peso, a gerência dietética, as atividades físicas e o bem-estar psicológico, (Curcio et. al, 2009, pp. 552 - 557).

A enfermagem deve criar possibilidade de uma ação educativa na perspectiva da compreensão do ser humano, aliada ao conhecimento científico específico e a habilidade técnica. A melhor maneira de se evitar o surgimento e o agravamento de complicações em pacientes diabéticos é a prevenção e cabe aos profissionais de enfermagem a função de cuidar, acompanhar e orientar os pacientes portadores de diabetes mellitus seus familiares e a comunidade em geral, sobre a importância dos cuidados com os pés, a alimentação adequada, as práticas regulares de exercícios físicos e a necessidade de um bom controle glicêmico, para o alcance de uma vida mais saudável, (Hirota, et. al, 2008).

1.11. O papel da família na assistência do controle do pé do diabético

As soluções devem ser encontradas de forma participativa, envolvendo a população, desde o diagnóstico de necessidades, passando pelo planejamento até a implementação de intervenções, (Corradi, et. al, 2008).

Deve-se destacar que a precoce identificação, a assistência oferecida e o acompanhamento adequado aos portadores de diabetes, e o estabelecimento do vínculo com as unidades básicas de saúde, são essenciais para o sucesso do controle desses agravos, prevenindo as complicações, reduzindo o número de internações hospitalares e a mortalidade relacionada a complicações, além de reduzir o custo social e o custo que incorre os gastos associados a doença crônica (Cotta et. al, 2009, pp. 1251 - 1260).

A atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilita às equipes de saúde, e dá a família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções. É inquestionável o papel da família nesse processo, pois é por meio desta que se adquirem condutas, hábitos, valores, aspectos fundamentais para o

desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, (Cotta, et. al, 2009, pp. 1251 - 1260).

Os profissionais de saúde devem envolver a pessoa diabética em todas as fases do processo educacional, pois, para assumir a responsabilidade do papel terapêutico o paciente precisa dominar conhecimentos e desenvolver habilidades que o instrumentalize para o autocuidado. Para tanto, precisa ter clareza acerca daquilo que necessita, valoriza e deseja obter em sua vida, (Rocha, et. al, 2009, pp. 17 - 23).

A equipe de saúde tem a responsabilidade de auxiliar os portadores de DM, ensinando-lhes o autocuidado instruindo-os sobre a doença e conscientizando-os da importância da automonitorização contínua da glicemia, de modo a garantir mudança de comportamento e participação no tratamento (Gill et.al, 2008, pp. 141-154).

Segundo Hashimoto e Haddad (2009, pp. 18 - 26), uma mudança no estilo de vida é difícil de ser obtida mas pode ocorrer se houver uma estimulação constante ao longo do acompanhamento. O enfermeiro tem um papel fundamental na realização de atividades de educação em saúde junto ao diabético e seus familiares, além de capacitar auxiliares de enfermagem e agentes comunitários e supervisionar de forma permanente suas atividades.

1.12. Impacto social e económico do diabetes mellitus

Os custos diretos para o atendimento ao DM variam de 2,5 a 15% dos gastos nacionais em saúde, os custos são também da família, mas, principalmente do próprio doente, com seu sofrimento e queda da sua qualidade de vida, (Toscano, 2004 citado por Hashimoto & Haddad, 2009).

O impacto socioeconômico do Pé Diabético é grande, incluindo gastos com tratamentos, internações prolongadas e recorrentes, incapacitações físicas e sociais como a perda de emprego e produtividade. Para o indivíduo portador de DM, traz repercussão na sua vida pessoal, afetando sua autoimagem, autoestima, seu papel na família, na sociedade e na existência de limitação física, e muitas vezes poderá ocorrer isolamento e depressão, (Coelho, et. al, 2009).

Segundo Haddad, Bortoletto & Silva (2010), o impacto económico das prolongadas internações hospitalares e amputações alerta para uma mudança na abordagem da problemática do pé diabético, notadamente com a demonstração de que medidas preventivas fundamentadas na redução de fatores de risco, educação e actuação em equipe multidisciplinar podem reduzir as amputações.

A demora no início do tratamento adequado do pé diabético aumenta a ocorrência de complicações e a necessidade de amputação, as acções em saúde efetiva no cuidado com os pés, visando à prevenção do pé diabético poderiam evitar 44% a 85% das amputações. Soma-se a isto o estímulo ao autocuidado, o atendimento interdisciplinar e a educação em saúde, (Tavares, et. al, 2009, pp. 825 - 830).

1.13. Importância do plano de saúde e protocolo do diabetes mellitus.

O plano de saúde, oferece uma rede de cuidados médicos que facilita o acesso aos tratamentos preventivos e terapêutico para diversas condições, incluindo doenças crónicas como diabetes mellitus. Ter um plano de saúde adequado permite que o paciente com diabetes tenha um acompanhamento contínuo e especializado, é essencial para o controle eficaz da doença, (Albuquerque, 2019).

O protocolo de tratamento do diabetes mellitus é uma abordagem sistemática e padronizada para o diagnóstico, monitoramento e tratamento da doença, visando a optimização do controle glicémico e a prevenção de complicações associadas. Esse protocolo inclui a realização de exames regulares, como a hemoglobina glicada (HbA1c), e o uso de medicamentos, com orientações sobre dietas e exercícios físicos, (Rodrigues, 2021).

O plano de saúde e protocolo do diabetes mellitus são fundamentais para garantir que os pacientes recebam cuidados médicos contínuos e eficazes. No caso do diabetes, um acompanhamento médico regular, a adesão a tratamentos recomendados pelo protocolo e o monitoramento contaste são essencial para evitar complicações, como doenças cardiovascular e neuropatias, (Lima, 2018).

Possuir um plano de saúde e seguir um protocolo de tratamento é muito importante para indivíduos com doença crónicas e não só, no caso diabetes mellitus um indivíduo que lhe dá com os gastos pessoais desta mesma doença possuindo

um plano de saúde e seguir um protocolo, isso acaba auxiliando o mesmo nas questões das despesas de ter que lidar com as compras dos medicamentos, pós ele garante que o paciente tenha acesso a consultas, exames, medicamentos e tratamentos necessários para controlar a doença, prevenindo assim complicações graves que possam vir a surgir.

CAPITULO II. METODOLOGIA DE PESQUISA

2.1. Tipo de pesquisa

Segundo Gil (2020), define pesquisa como um procedimento racional e sistemático que visa responder a problemas propostos, especialmente quando não se tem informações suficientes ou quando essas informações estão desordenadas.

Para este trabalho utilizamos a pesquisa descritiva porque tem como objectivo descrever as características de determinada população baseando-se em uso de padrões textuais e com finalidade de observar, registrar e analisar os fenómenos.

2.2. Modelo de abordagem

A pesquisa qualitativa é representada pelos teóricos que centralizam abordagens nos significados das ações e relações humanas; ou seja, o pesquisador usa informações obtidas dos participantes do estudo para desenvolver uma teoria a partir da experiência deles, com o objectivo de explicar os fenómenos como eles são e não como foram previamente concebidos, (Polit & Back, 2011).

Segundo Malhotra (2001, p. 155), “a pesquisa qualitativa proporciona uma melhor visão e compreensão do contexto do problema, enquanto a pesquisa quantitativa procura quantificar os dados e aplica alguma forma da análise estatística”. A pesquisa qualitativa pode ser usada, também, para explicar os resultados obtidos pela pesquisa quantitativa.

Optou-se a escolha deste método porque nos permitiu alcançar os objectivos propostos bem como a confirmação das hipóteses levantadas durante a realização e desenvolvimento da pesquisa.

2.3. Nível de estruturação de métodos

De acordo com Trujillo Ferrari (1974), o método científico é um traço característico da ciência, construindo em instrumento básico que ordena, inicialmente, o pensamento em sistemas e traça os procedimentos do cientista ao longo do caminho até atingir o objectivo científico pré-estabelecido.

De acordo com Demo (1987), a metodologia é uma preocupação instrumental, que trata do caminho para a ciência tratar a realidade teórica e prática e centra-se, geralmente, no esforço de transmitir uma iniciação aos procedimentos

lógicos voltados para questões da causalidade, dos princípios formais da identidade, da dedução e da indução, da objectividade.

Utilizamos o método científico por ser itinerário que se percorre para o alcance dos intentos de uma pesquisa.

Portanto, usamos os seguintes métodos de investigação:

a) Nível teórico

Segundo Vergara (2013), define os métodos de nível teórico como aqueles que se concentram na construção de modelos teóricos e conceituais que permitem uma compreensão mais profunda dos fenómenos estudados. Esses métodos são fundamentais para a elaboração de teorias gerais e específicos.

Este método nos serviu de auxílio na orientação de estudo e diagnóstico sobre os gastos pessoais em medicamentos mensais dos indivíduos com diabetes mellitus bem como da simplificação de um todo para melhor estudarmos e descobrirmos as vantagens e desvantagens desta temática que chega ser um assunto de mera importância para sociedade e não só e para o aperfeiçoamento deste projecto.

Assim sendo destacam-se os seguintes:

➤ Análise e síntese

Para Lakatos e Marconi (2003, p. 47) a análise é o método que consiste em decompor um todo em suas partes constituintes para estudar suas características, funções e inter-relações. A síntese, por outro lado, é o método que reúne as partes analisadas em um todo coerentemente.

Essas definições salientam a importância dos métodos de análise e síntese complementares, são fundamentais para a compreensão profunda e a integração no processo de investigação científica, destacando como essas abordagens e conhecimento sobre os fenômenos estudados.

➤ Abstração

Segundo Margolis (2010, p. 45), define abstração como o processo cognitivo pelo qual um indivíduo isola aspectos específicos de um objeto ou conceito para

consideração independente, permitindo a generalização e a formação de conhecimento mais amplo.

Portanto essa definição enfatiza a compreensão contemporânea da abstração como um processo cognitivo fundamental na construção do conhecimento e na formação de conceitos nas diversas áreas do conhecimento.

➤ **Indução e dedução**

A indução é o procedimento pelo qual se generaliza a partir de observações particulares para formular hipóteses ou teorias gerais, enfatiza que a indução não pode provar a verdade das teorias, apenas corroborá-las através de testes empíricos. Já Dedução é o processo que se baseia em premissas generalizadoras para realizar inferências específicas ou demonstrações (Pilger, 2002, pp. 494 - 501).

Esses métodos de níveis teóricos oferecem uma compreensão das distinções entre indução e dedução conforme descritas por diferentes autores ao longo da história da filosofia e da ciência.

➤ **Hipotético-lógico**

Na perspectiva de Kosik (2002, p. 37) define o método histórico-lógico como aquele que acompanha as diferentes fases de desenvolvimento dos objetos na sua sucessão cronológica, enquanto o método lógico expressa a essência do objecto e o seu desenvolvimento de forma sistemática e teórica.

Este conceito ilustra a combinação dos métodos histórico e lógico para compreender tanto a evolução temporal quanto a essência e as leis subjacentes dos objectos de estudo.

➤ **Hipotético-dedutivo**

Na visão de Chalmers (2009, p. 62), o método hipotético-dedutivo envolve a criação de hipóteses provisórias que são submetidas a testes empíricos rigorosos. A dedução é usada para derivar consequências testáveis dessas hipóteses que são entando comparadas com os dados observacionais.

Este método hipotético-dedutivo, destaca a importância da formulação de hipóteses e da dedução para a verificação empírica na pesquisa científica.

➤ **Pesquisa bibliográfica**

Utilizou-se a pesquisa bibliográfica na busca e consulta dos requisitos necessários dos autores que foram usados durante a nossa pesquisa.

b) Nível empírico ou experimental

Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2013, p. 47), os métodos de nível empírico ou experimental são usados para explorar e explicar as características fenomenológicas dos objectos, baseando-se em observações sistemáticas e experimentações controladas para colectar dados empíricos e testar hipóteses.

A escolha deste método nos dá possibilidade no alcance dos objectivos proposto durante a nossa pesquisa através da utilização de diferentes técnicas.

➤ Observação

Segundo Yin (2015), a observação científica é a prática de observar os fenômenos em seu ambiente natural ou controlado, utilizando métodos sistemáticos para registrar dados de maneira precisa e imparcial. Esse método é fundamental para a colecta de dados qualitativos e quantitativos.

c) Nível estatístico/matemático

Para Creswell (2014, p. 102), os métodos estatísticos no nível estatístico/matemático são utilizados para descrever e inferir as propriedades de populações a partir de amostras. Eles ajudam a revelar tendências, relações e padrões em dados colectados, permitindo conclusões robustas sobre fenômenos estudados

Este método nos permitiu classificar a investigação no momento de qualificar e quantificar em termos de percentagens e dados coletados na investigação de campo a ser realizado.

➤ Processamento de dados

Segundo Hair, et. al. (2018, p. 92), processamento de dados é o conjunto de técnicas utilizadas para preparar dados para análise estatística, incluindo a verificação da qualidade dos dados, a codificação das respostas e a entrada dos dados em sistema de análise.

➤ Paradigma de investigação

Segundo Lincoln e Guba, (2000), paradigma de investigação refere-se às suposições filosóficas e metodológicas subjacentes que guiam uma pesquisa. Estes paradigmas influenciam a forma como os problemas são definidos, os métodos escolhidos e a interpretação de resultados.

2.4. Técnicas e instrumento de recolhas de dados

O instrumento de pesquisa é uma estratégia a ser adoptada pelo pesquisador para recolha de informações e que confere validade aos métodos. É, pois, uma ferramenta que clareia como os dados foram colectados e tabulados.

Portanto, podem ser aplicados vários instrumentos e dentre eles, são destacados os seguintes:

➤ Inquérito por questionário

No entender de Babbie (2016, p. 213), o inquérito por questionário é um método de pesquisa que envolve a distribuição de questionários padronizados a uma amostra de indivíduos, com o objectivo de colectar dados sobre suas opiniões, atitudes, comportamentos ou características demográficas. Essa técnica é amplamente utilizada em estudos quantitativos.

➤ Inquérito por entrevista

De acordo Babbie (2016, p. 220), afirma que o inquérito por entrevista é uma técnica de pesquisa na qual um entrevistador faz uma série de perguntas a um respondente e regista suas respostas. Essa abordagem permite uma coleta de dados mais detalhados e aprofundada em comparação com outras técnicas, como questionários.

2.5. População e Amostra

No entanto as semi-estruturas consistem num conjunto de questões formuladas na presença do entrevistado, podendo ser feita outras questões dependendo da necessidade do entrevistador e com base às respostas fornecidas.

2.5.1. População

Segundo Gil (2008, p. 71), População, em pesquisa, refere-se ao conjunto completo de elementos que possuem uma característica comum e que são alvo de

investigação. É o universo total sobre o qual se quer generalizar os resultados da pesquisa.

2.5.2. Amostra

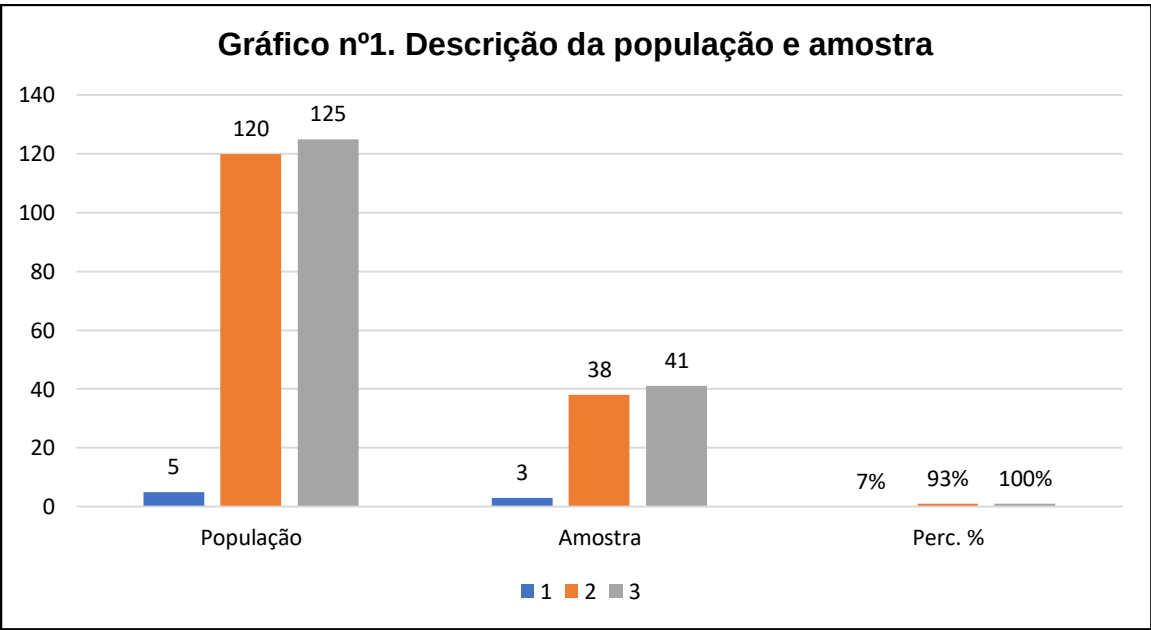
Segundo Gil (2003, p. 83) amostra é um subconjunto representativo da população selecionado para participar de uma pesquisa. É composta por elementos que possuem as mesmas características que a população, permitindo inferências sobre esta com base nos dados colectados da amostra.

Segue a baixo a tabela descritiva da quantidade da população e da amostra utilizada no estudo

Tabela nº 1. Descrição da população e amostra

Nº	Intervenientes	População	Amostra	Perc. %
1	Membros da Coordenação do Bairro	5	3	7%
2	Doentes com Diabete	120	38	93%
3	Total	125	41	100%

Gráfico nº 1. Descrição da população e amostra



Fonte: Elaboração própria (2025)

2.6. Caracterização do Bairro Eco-campo

O Bairro Eco campo ou 4 de de fevereiro como é actualmente chamado, antigamente pertencia ao ministério da agricultura, pós o Bairro em si era coberto de ortas ou seja era completamente um campo na qual tinha apenas algumas casas que pertenciam aos camponeses que na altura prestavam serviço ao ministério da agricultura, mas por volta dos anos 1988 à 1989 os dirigentes do ministério da agricultura em função de como o Bairro ia se desenvolvendo resolveram retirar os camponeses e mandá-los para uma outra zona, parando assim de cultivar e focarem mais no desenvolvimento do Bairro.

O Bairro passou a desenvolver-se e deixou de se cultivar apenas os produtos da terra e passou também a construir-se casas que servisse de abrigo aos habitantes que actualmente residem nele, o nome Eco-campo 4 de Fevereiro, surgiu devido a demasiadas lavras que o Bairro possuía, pós o mesmo era completamente um campo, e desde lá até aqui, o Bairro continuou a desenvolver, tornando-se no Bairro urbanizado que é hoje conhecido como Eco campo ou 4 de Fevereiro.

O Bairro eco-campo é uma comunidade reconhecida por seu compromisso com práticas sustentáveis e habitação ecológica. É considerado um exemplo de inovação em urbanismo e desenvolvimento no País.

O Complexo residencial 4 de Fevereiro, possui 384 residências e uma população estimada de 2400 moradores ou residentes.

2.6.1. Localização e situação geográfica

O Bairro eco-campo localiza-se em Angola, Província de Luanda e Município de Cacuaco.

De acordo os pontos fonterissos:

- A parte norte faz fronteira com o bairro imbondeiro.
- A parte sul faz fronteira com o bairro nova urbanização e bate-chapas.
- A parte este faz fronteira com o bairro nova urbanização.
- E a parte oeste faz fronteira com o bairro imbondeiro e bate-chapas

2.6.2. Estrutura do bairro

O actual bairro encontra-se com:

- Três (3) Escolas públicas (4027, 4014 e 4045).
- Um (1) Colégio privado (Gilipa).
- Dois (2) Super mercados (Arreiou e Bem me quer).
- Uma (1) Clínica privada (Tuamanico).
- Um (1) Restaurante.
- Uma (1) Casa de passagem.
- Uma (1) Administração local (comissão dos moradores).
- Um posto policial.
- Dois (2) postos de transformação de energia.
- Água corrente.

2.7. Dificuldades encontradas

Durante a elaboração do TFC, houve algumas dificuldades tais como:

- Dificuldade financeira,
- Dificuldades materiais durante o percurso da elaboração do trabalho;
- Dificuldades durante a recolha de dados por parte de alguns residentes, pós nem todos mostraram-se disponíveis, alguns recusaram-se a cooperar durante aplicação dos inquéritos.

CAPITULO III. DISCUSSÃO E RESULTADOS

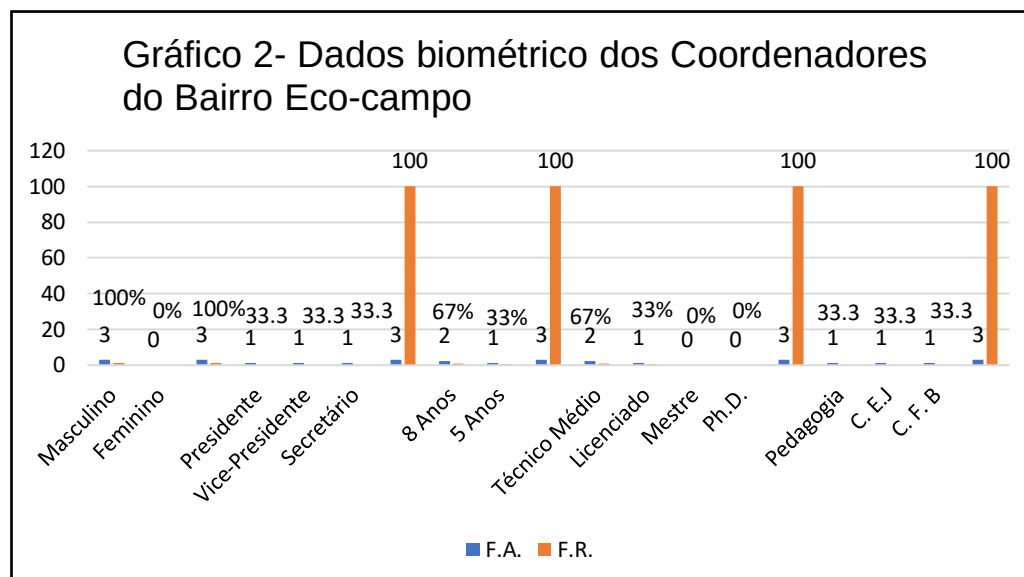
Este capítulo do trabalho destina-se ressaltar as evidências que nortearam as reflexões sobre cada questão levantada através de análises quantitativas ou qualitativas, sempre relacionada aos objectivos e hipóteses apresentadas anteriormente no trabalho.

3.1. Análise, apresentação e interpretação dos resultados do questionário aplicado aos Coordenadores do Bairro Eco-campo

Quadro 2 - Dados biométrico dos Coordenadores do Bairro Eco-campo em relação ao género idade, tempo de serviço, nível académico e área de formação.

Indicador	Sub-indicadores		F.A.	F.R.
Género	Masculino		3	100%
	Feminino		0	0%
Total			3	100%
Idade	Presidente	60 Anos	1	33.3%
	Vice-Presidente	60 Anos	1	33.3%
	Secretário	38 Anos	1	33.3%
Total			3	100
Tempo de serviço	8 Anos		2	67%
	5 Anos		1	33%
Total			3	100
Nível académico	Técnico Médio		2	67%
	Licenciado		1	33%
	Mestre		0	0%
	Ph.D.		0	0%
Total			3	100
Área de Formação	Pedagogia		1	33.3%
	C. E.J		1	33.3%
	C. F. B		1	33.3%
Total			3	100

Gráfico 2 - Dados biométrico dos Coordenadores do Bairro Eco-campo em relação ao género idade, tempo de serviço, nível académico e área de formação.



Fonte: Experiência própria

Os membros da Coordenação do Bairro Eco-campo que responderam o inquérito apresentam as seguintes categorias: Mediante à distribuição em relação ao género, a tabela e do gráfico acima, a amostra é representada por género masculino, perfazendo 100% dos intervenientes que participaram da pesquisa.

Os membros da Coordenação do Bairro Eco-campo que responderam o questionário apresentam as seguintes idades:

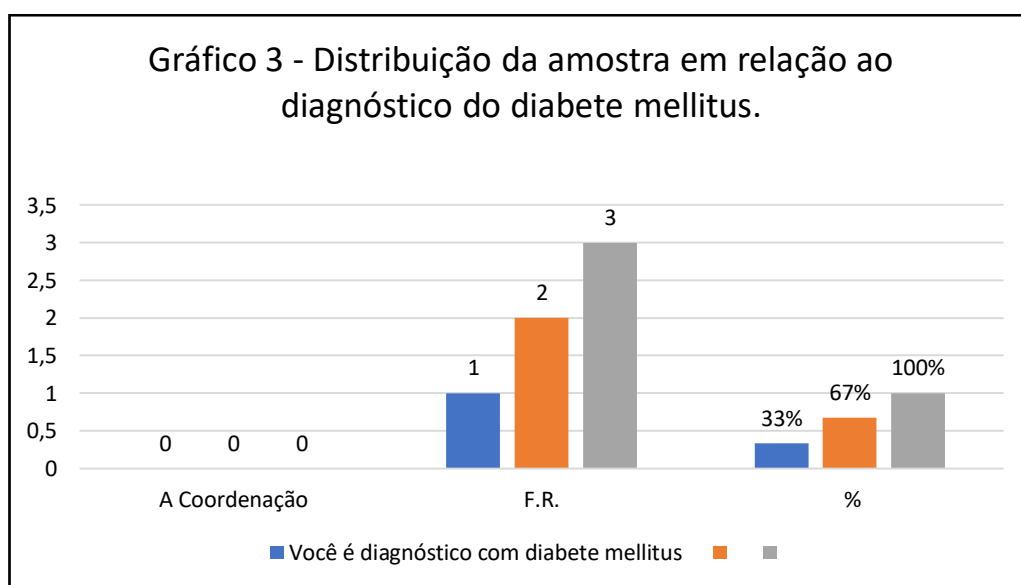
A distribuição da amostra em relação a idade, demonstra que o Presidente da comissão e o Vice-Presidente possuem 60 anos de idade, o que corresponde 67% e o Secretário possui 38 anos de idade, correspondendo a 33% desta forma perfaz o total de 100%.

A distribuição da amostra da Coordenação do Bairro Eco-campo em relação ao nível académico, os dados apresentam-nos que dois (2) Membros da Coordenação do Bairro Eco-campo são Técnicos Médio, correspondendo a 67% e um (1) Licenciado, corresponde a 33%. Com esta abordagem da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Quadro 3 - Distribuição da amostra em relação ao diagnóstico da diabetes mellitus.

Você é diagnóstico com diabetes mellitus?	A Coordenação	F.R.	%
	Sim	1	33%
	Não	2	67%
	Total	3	100%

Gráfico 3 - Distribuição da amostra em relação ao diagnóstico do diabetes mellitus.



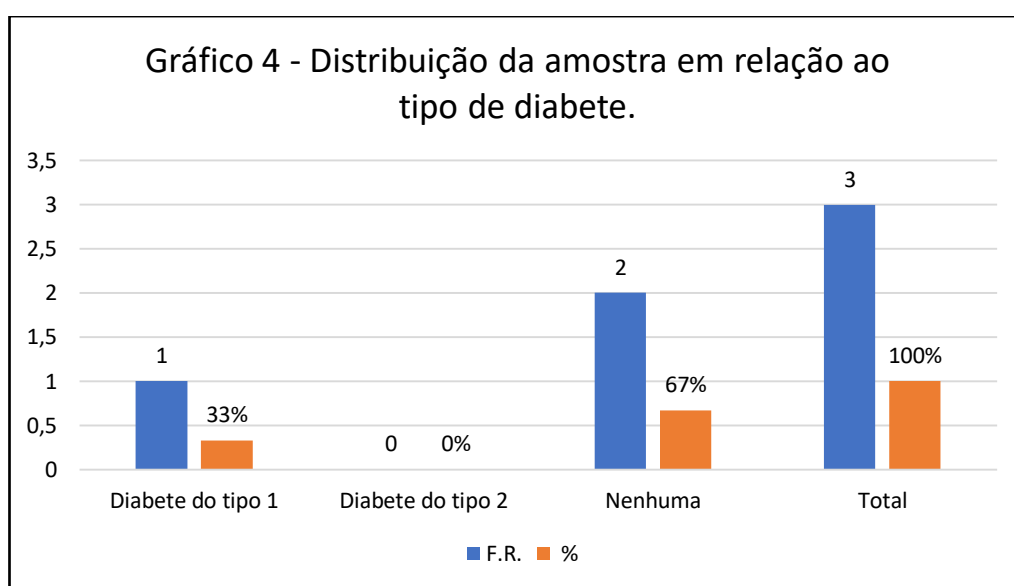
Fonte: Elaboração Própria

A distribuição da amostra da Coordenação do Bairro Eco-campo em relação ao diagnóstico com diabetes mellitus, os dados apresentam-nos que um (1) Membro da Coordenação do Bairro Eco-campo respondeu sim, que foi diagnosticado com a diabetes, correspondendo a 33% e dois (2) disseram não, corresponde a 67%. Com esta análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Quadro 4 - Distribuição da amostra em relação ao tipo de diabetes.

Qual tipo de diabetes que possui?	A Coordenação	F.R.	%
	Diabete do tipo 1	1	33%
	Diabete do tipo 2	0	0%
	Nenhuma	2	67%
	Total	3	100%

Gráfico 4 - Distribuição da amostra em relação ao tipo de diabetes.



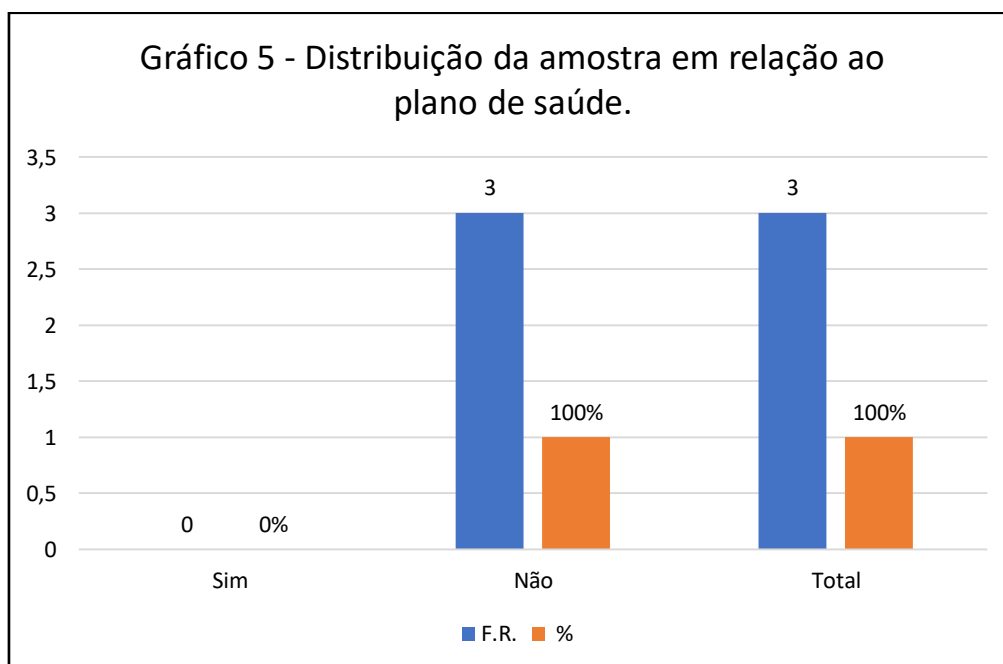
Fonte: Elaboração Própria

A distribuição da amostra da Coordenação do Bairro Eco-campo em relação ao tipo de diabetes, os dados apresentam-nos que um (1) Membros da Coordenação do Bairro Eco-campo respondeu sim, que possui diabetes tipo 1, correspondendo a 33% e dois (2) disseram que, não possuem nenhum tipo, corresponde a 67%. Com esta análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Quadro 5 - Distribuição da amostra em relação ao plano de saúde.

Você possui algum plano de saúde?	A Coordenação	F.R.	%
	Sim	0	0%
	Não	3	100%
	Total	3	100%

Gráfico 5 - Distribuição da amostra em relação ao plano de saúde.



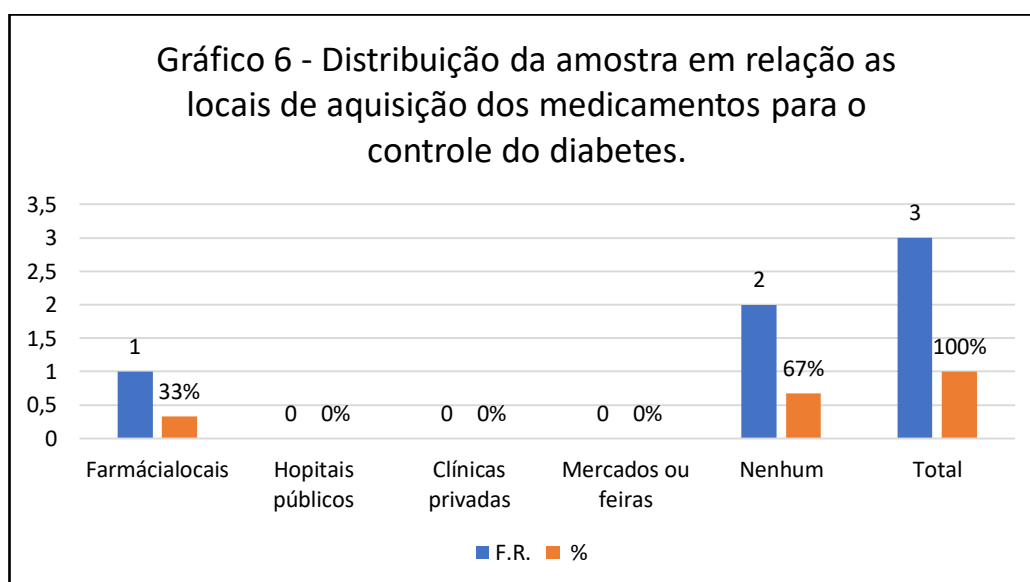
Fonte: Elaboração Própria

As distribuições da amostra da Coordenação do Bairro Eco-campo em relação ao plano de saúde, os dados apresentam-nos que três (3) Membros da Coordenação do Bairro Eco-campo responderam que não possuem um plano de saúde, correspondendo a 100%. Com esta análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Quadro 6 - Distribuição da amostra em relação aos locais de aquisição dos medicamentos para o controle do diabetes.

Onde você costuma adquirir seus medicamentos para o controle do diabetes?	A Coordenação	F.R.	%
	Farmácias locais	1	33%
	Hopitais públicos	0	0%
	Clínicas privadas	0	0%
	Mercados ou feiras	0	0%
	Nenhum	2	67%
	Total	3	100%

Gráfico 6 - Distribuição da amostra em relação as locais de aquisição dos medicamentos para o controle do diabetes.



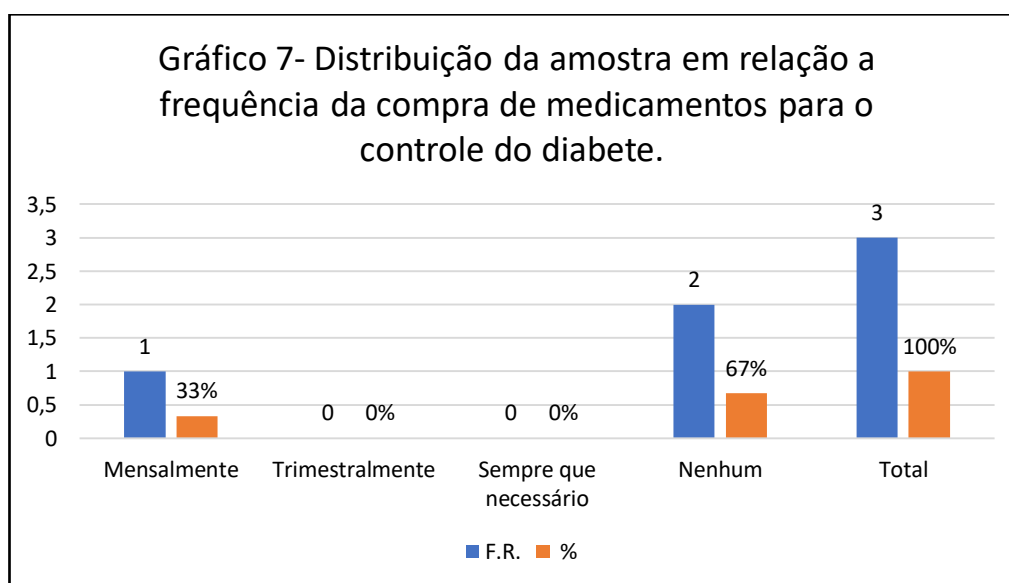
Fonte: Elaboração Própria

A distribuição da amostra da Coordenação do Bairro Eco-campo em relação a aquisição de medicamentos para o controle da diabete, os dados apresentam-nos que um (1) membro da Coordenação do Bairro Eco-campo respondeu que tem adquirido os seus medicamentos para o controle da diabete em farmácias locais, correspondendo a 33%, e dois (2) membros da Coordenação do Bairro Eco-campo responderam que não têm adquirido medicamentos para este fim em local nenhum. De acordo com as respostas da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Quadro 7- Distribuição da amostra em relação a frequência da compra de medicamentos para o controle da diabetes.

Com que frequência você compra os medicamentos para o controle do diabetes?	A Coordenação	F.R.	%
	Mensalmente	1	33%
	Trimestralmente	0	0%
	Sempre que necessário	0	0%
	Nenhum	2	67%
	Total	3	100%

Gráfico 7- Distribuição da amostra em relação a frequência da compra de medicamentos para o controle da diabetes.



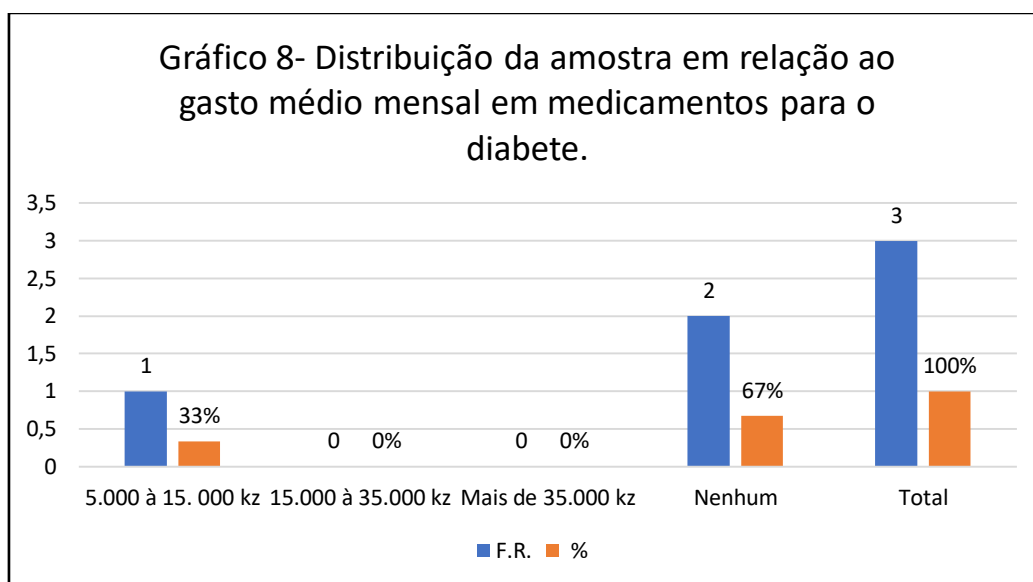
Fonte: Elaboração Própria

A distribuição da amostra da Coordenação do Bairro Eco-campo em relação a frequência da compra de medicamentos para o controle da diabetes, os dados apresentam-nos que um (1) membro da Coordenação do Bairro Eco-campo respondeu que tem comprado os medicamentos para o controle do diabetes mensalmente, correspondendo a 33%, e dois (2) membros da Coordenação do Bairro Eco-campo responderam Nenhum quanto a questão da frequência de compra de medicamentos para o controle da diabetes, correspondendo a 67%. Com esta análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Quadro 8- Distribuição da amostra em relação ao gasto médio mensal em medicamentos para a diabete.

Como tem sido o gasto médio mensal em medicamento para o diabete?	A Coordenação	F.R.	%
	5.000 à 15. 000 kz	1	33%
	15.000 à 35.000 kz	0	0%
	Mais de 35.000 kz	0	0%
	Nenhum	2	67%
	Total	3	100%

Gráfico 8- Distribuição da amostra em relação ao gasto médio mensal em medicamentos para a diabete.



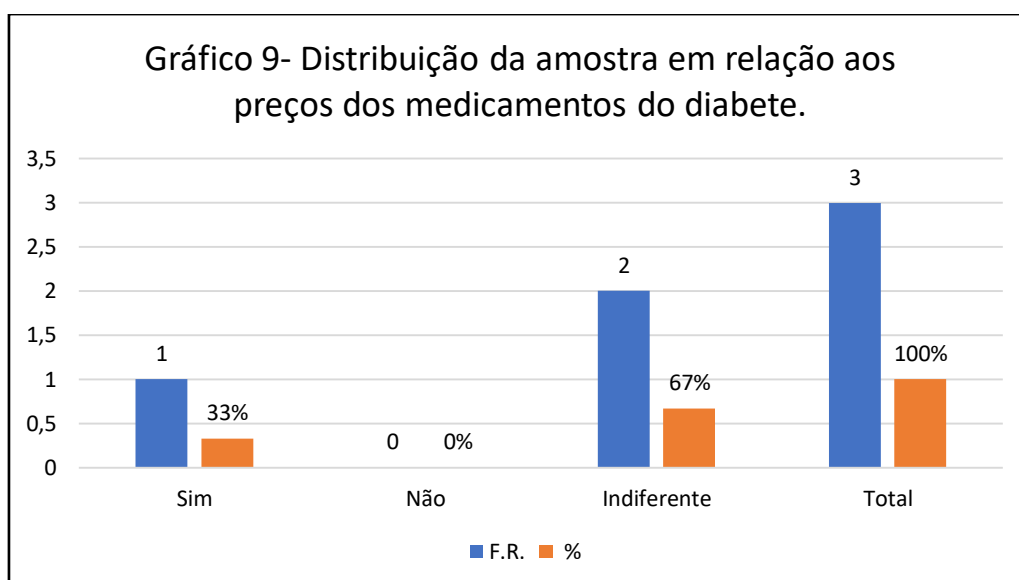
Fonte: Elaboração Própria

A distribuição da amostra da Coordenação do Bairro Eco-campo em relação ao gasto médio mensal em medicamentos para a diabete, os dados apresentam-nos que um (1) membro da Coordenação do Bairro Eco-campo respondeu que tem gastado aproximadamente 5.000 à 15.000 kz mensalmente em medicamentos, correspondendo a 33%, e dois (2) membros da Coordenação do Bairro Eco-campo responderam nenhum quanto a questão dos preços dos gastos médio mensal em medicamentos para a diabete, correspondendo a 67%. Com esta análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Quadro 9- Distribuição da amostra em relação aos preços dos medicamentos do diabetes.

Você considera os preços dos medicamentos do diabetes acessíveis?	A Coordenação	F.R.	%
	Sim	1	33%
	Não	0	0%
	Indiferente	2	67%
	Total	3	100%

Gráfico 9- Distribuição da amostra em relação aos preços dos medicamentos da diabetes.



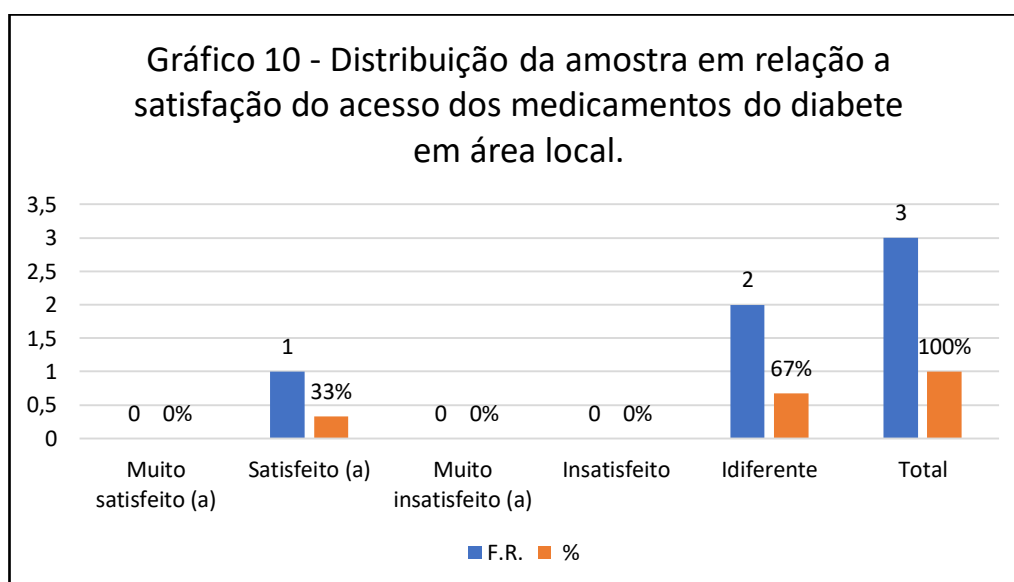
Fonte: Elaboração Própria

A distribuição da amostra da Coordenação do Bairro Eco-campo em relação aos preços dos medicamentos, os dados apresentam-nos que um (1) membro da Coordenação do Bairro Eco-campo respondeu que considera os preços dos medicamentos do diabetes acessíveis, correspondendo a 33%, e dois (2) membros da Coordenação do Bairro Eco-campo responderam indiferente quanto a questão dos preços dos medicamentos do diabetes serem acessíveis ou não, correspondendo a 67%. Com esta análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Quadro 10 - Distribuição da amostra em relação a satisfação do acesso dos medicamentos da diabetes em área local.

Quão satisfeito você está com o acesso dos medicamentos do diabetes em sua área?	A Coordenação	F.R.	%
	Muito satisfeito (a)	0	0%
	Satisfeito (a)	1	33%
	Muito insatisfeito (a)	0	0%
	Insatisfeito	0	0%
	Idiferente	2	67%
	Total	3	100%

Gráfico 10 - Distribuição da amostra em relação a satisfação do acesso dos medicamentos da diabetes em área local.



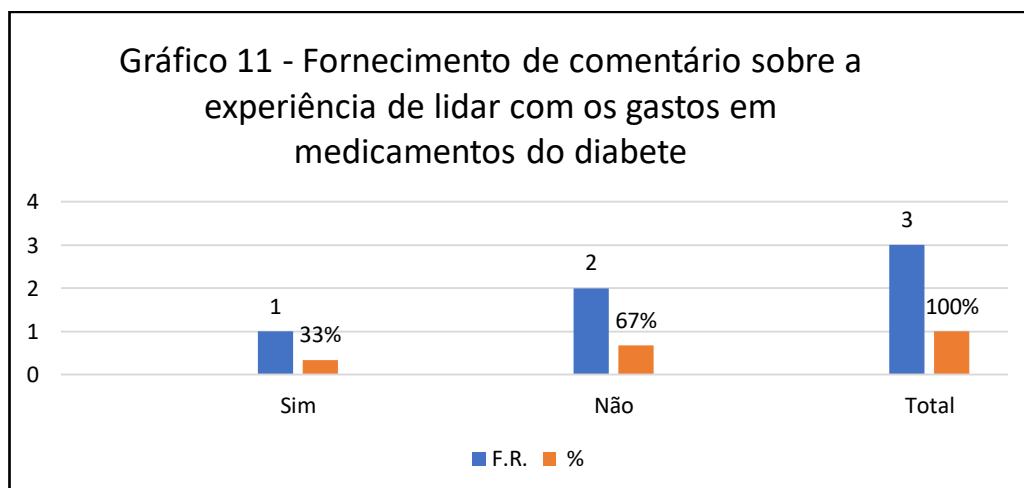
Fonte: Elaboração Própria

A distribuição da amostra da Coordenação do Bairro Eco-campo em relação a satisfação do acesso dos medicamentos da diabetes em área local, os dados apresentam-nos que um (1) membro da Coordenação do Bairro Eco-campo respondeu que sente-se satisfeito quanto ao acesso dos medicamentos da diabetes em área local, correspondendo a 33%, e dois (2) membros da Coordenação do Bairro Eco-campo responderam indiferente quanto a questão da satisfação do acesso dos medicamentos do diabetes em área local, correspondendo a 67%. Com esta análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Quadro 11 - Distribuição da amostra em relação ao fornecimento de comentário sobre a experiência de lidar com os gastos pessoais em medicamentos para controle de diabetes.

Fornecimento de comentário sobre a experiência de lidar com os gastos em medicamentos do diabetes?	A Coordenação	F.R.	%
	Sim	1	33%
	Não	2	67%
	Total	3	100%

Gráfico 11 - Distribuição da amostra em relação ao fornecimento de comentário sobre a experiência de lidar com os gastos pessoais em medicamentos para controle de diabetes.



Fonte: Elaboração Própria

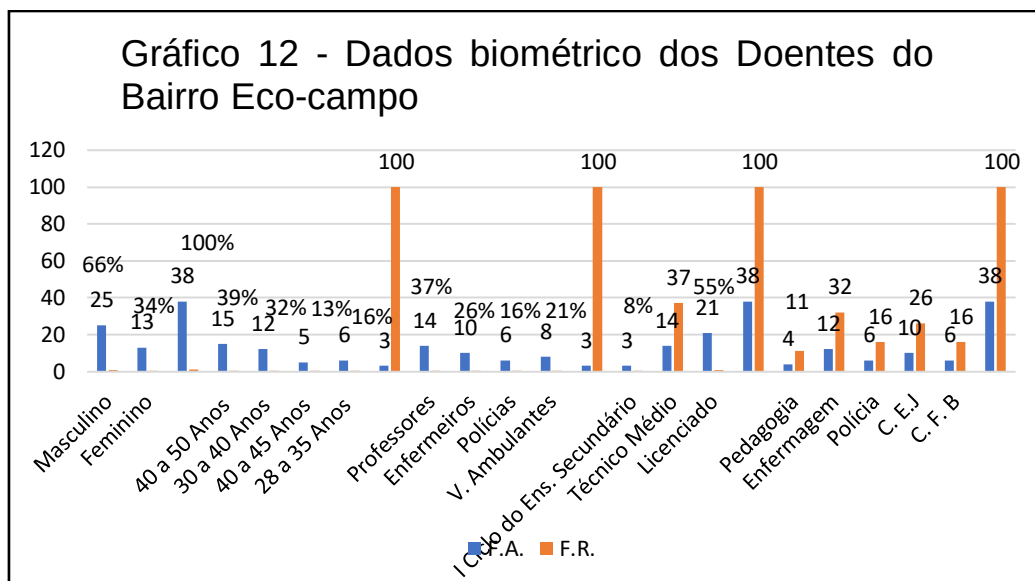
A distribuição da amostra da Coordenação do Bairro Eco-campo em relação ao fornecimento de comentário sobre a experiência de lidar com os gastos pessoais em medicamentos para controle de diabetes, os dados apresentam-nos que um (1) membro da Coordenação do Bairro Eco-campo respondeu sim, especificando que muito bom seria se houvesse mais campanhas de saúde no bairro para mobilizar os residentes a cuidarem sempre de sua saúde, evitando que a doença em causa se propague mais e garantindo a prevenção dos não afetados com a doença, correspondendo a 33% e dois (2) responderam que não têm comentários a fornecer a respeito da experiência de lidar com gastos em medicamentos do diabetes, correspondendo a 67%. Com esta análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

3.2. Análise, interpretação e apresentação dos resultados do questionário aplicado aos Doentes com diabetes mellitus.

Quadro 12 - Dados biométrico dos Doentes do Bairro Eco-campo em relação ao género idade, tempo de serviço, nível académico e área de formação.

Indicador	Sub-indicadores	F.A.	F.R.
Género	Masculino	25	66%
	Feminino	13	34%
Total		38	100%
Idade	40 a 50 Anos	15	39%
	30 a 40 Anos	12	32%
	40 a 45 Anos	5	13%
	28 a 35 Anos	6	16%
Total		3	100
Profissão	Professores	14	37%
	Enfermeiros	10	26%
	Polícias	6	16%
	V. Ambulantes	8	21%
Total		3	100
Nível académico	I Cíclo do Ens. Secundário	3	8%
	Técnico Médio	14	37
	Licenciado	21	55%
Total		38	100
Área de Formação	Pedagogia	4	11
	Enfermagem	12	32
	Polícia	6	16
	C. E.J	10	26
	C. F. B	6	16
Total		38	100

Gráfico 12 - Dados biométrico dos Doentes do Bairro Eco-campo em relação ao género idade, tempo de serviço, nível académico e área de formação.



Fonte: Elaboração Própria

Os membros da Coordenação do Bairro Eco-campo que responderam o inquérito apresentam as seguintes categorias: Mediante à distribuição em relação ao género, da tabela e do gráfico acima, a amostra é representada por género masculino, perfazendo 100% dos intervenientes que participaram da pesquisa.

Os Doentes com diabetes mellitus que responderam o questionário apresentam as seguintes profissões e idades:

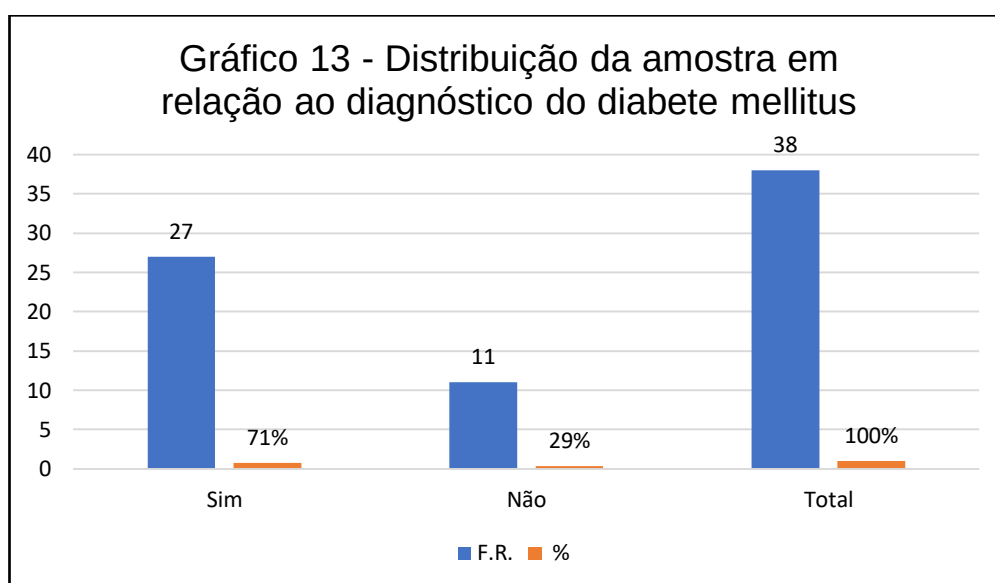
A distribuição da amostra em relação a profissão e idade, demonstra que 14 professores com percentagem de 37%, possuem 40 a 50 anos de idade, o que corresponde 39%, 10 enfermeiros que correspondem a 26%, estes estão na escala de 30 a 40 anos de idade, correspondendo a 32%, 6 policiais que se encontram na escala de 40 a 45 anos, correspondem 13% e 8 vendedores ambulantes na escala de 28 a 35 anos, correspondente a 16%, mediante esta compreensão perfaz o total de 100%

A distribuição da amostra dos Doentes em relação ao nível académico, os dados apresentam-nos que três (3) doentes com diabetes mellitus possuem o I Ciclo do Ensino Secundário, correspondendo a 8%, 14 doentes são Técnicos Médio, correspondendo a 37% e vinte um (21) licenciados, corresponde a 55%. Com este esclarecimento da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Quadro 13 - Distribuição da amostra em relação ao diagnóstico da diabetes mellitus.

Você é diagnóstico com diabetes mellitus	Doentes	F.R.	%
	Sim	27	71%
	Não	11	29%
	Total	38	100%

Gráfico 13 - Distribuição da amostra em relação ao diagnóstico da diabetes mellitus.



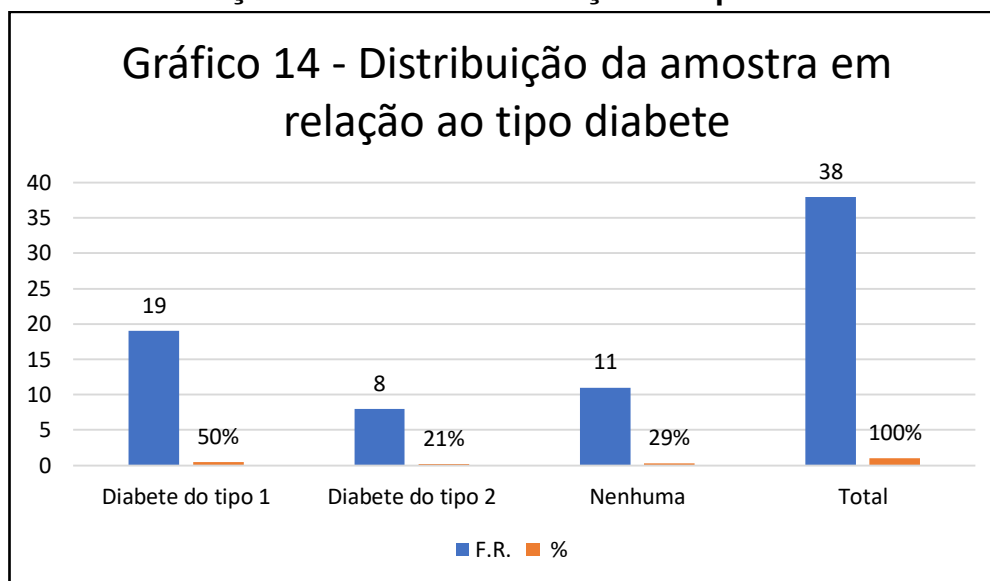
Fonte: Elaboração Própria

A distribuição da amostra dos Doentes em relação ao diagnóstico com diabetes mellitus, os dados apresentam-nos que vinte e sete (27) doentes responderam sim, uns o diagnóstico foi feito no Hospital Geral de Luanda, Hospital Américo Boa Vida e no Hospital Municipal de Cacuaco, correspondendo a 71% e onze (11) disseram não, correspondendo a 29%. De acordo com as respostas da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Quadro 14 - Distribuição da amostra em relação ao tipo diabetes.

		F.R.	%
	Diabete do tipo 1	19	50%
	Diabete do tipo 2	8	21%
	Nenhuma	11	29%
	Total	38	100%

Gráfico 14 - Distribuição da amostra em relação ao tipo diabetes.



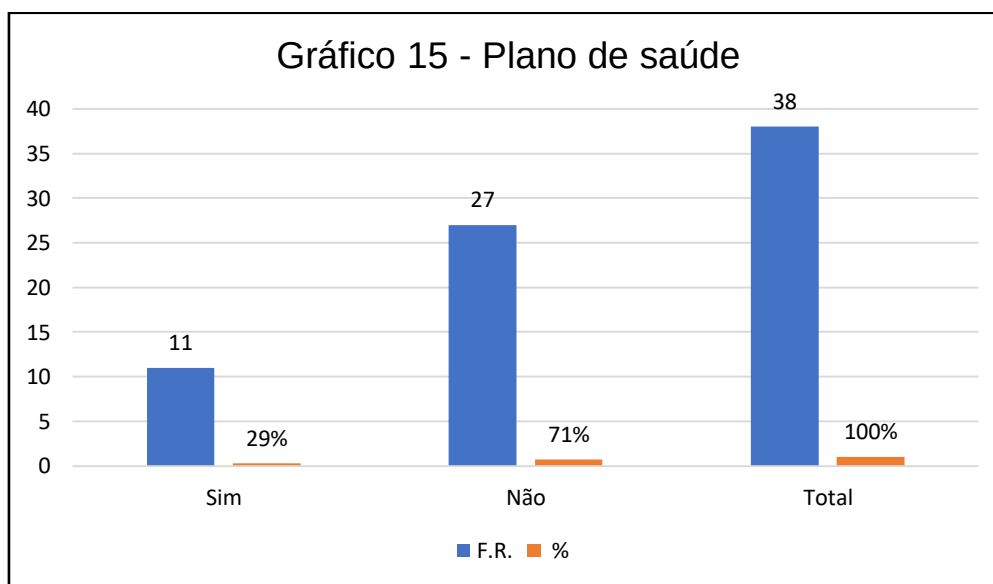
Fonte: Elaboração Própria

A distribuição da amostra dos Doentes em relação ao tipo de diabetes, os dados apresentam-nos que dezanove (19) doentes responderam que possuem diabetes do tipo 1, correspondendo a 50%, oito (8) disseram que possuem diabetes do tipo 2, corresponde a 21% e onze (11) responderam que não possuem nenhum tipo de diabetes, correspondendo a 29%. De acordo com as respostas da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Quadro 15 - Distribuição da amostra em relação ao plano de saúde.

Você possui algum plano de saúde?	Doentes	F.R.	%
	Sim	11	29%
	Não	27	71%
	Total	38	100%

Gráfico 15 - Distribuição da amostra em relação ao plano de saúde.



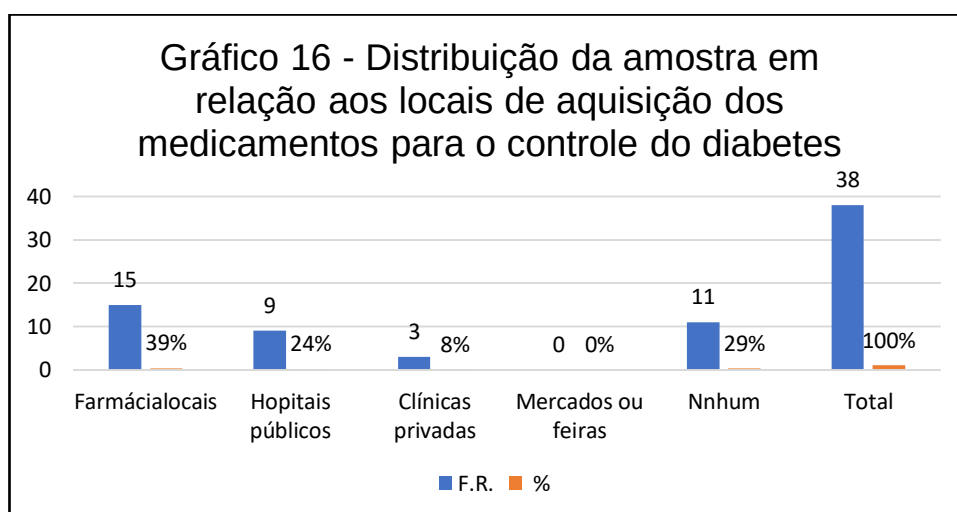
Fonte: Elaboração Própria

As distribuições da amostra dos doentes em relação ao plano de saúde, os dados apresentam-nos que onze (11) doentes responderam que possuem um plano de saúde, correspondendo a 29%, vinte e sete (27) responderam que não possuem um plano de saúde, correspondendo a 71%. Com esta análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Quadro 16 - Distribuição da amostra em relação aos locais de aquisição dos medicamentos para o controle do diabetes.

Onde adquirir os medicamentos para o controle do diabetes?	Doentes	F.R.	%
	Farmácia locais	15	39%
	Hospitais públicos	9	24%
	Clínicas privadas	3	8%
	Mercados ou feiras	0	0%
	Nenhum	11	29%
	Total	38	100%

Gráfico 16 - Distribuição da amostra em relação aos locais de aquisição dos medicamentos para o controle do diabetes.



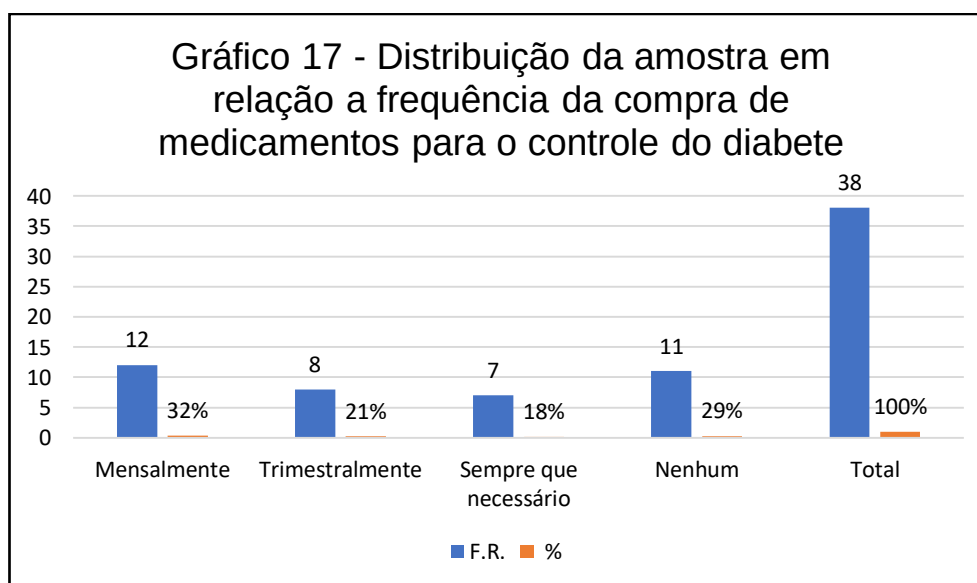
Fonte: Elaboração Própria

A distribuição da amostra dos Doentes em relação ao tipo de diabetes, os dados apresentam-nos que quinze (15) Doentes responderam que têm adquirido seus medicamentos para o controle do diabetes em farmácias locais, correspondendo a 39%, nove (9), Doentes responderam que têm adquirido os seus medicamentos para o controle do diabetes em hospitais públicos, correspondendo a 24%, três (3) Doentes responderam que têm adquirido os seus medicamentos para o controle do diabetes em clínicas privadas, correspondendo a 8% e onze (11) responderam que não têm feito aquisição de medicamentos para este fim em local nenhum, correspondendo a 29%. De acordo com as respostas da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Quadro 17 - Distribuição da amostra em relação a frequência da compra de medicamentos para o controle da diabetes.

Com que frequência você compra os medicamentos para o controle do diabetes?	Doentes	F.R.	%
	Mensalmente	12	32%
	Trimestralmente	8	21%
	Sempre que necessário	7	18%
	Nenhum	11	29%
	Total	38	100%

Gráfico 17 - Distribuição da amostra em relação a frequência da compra de medicamentos para o controle da diabetes.



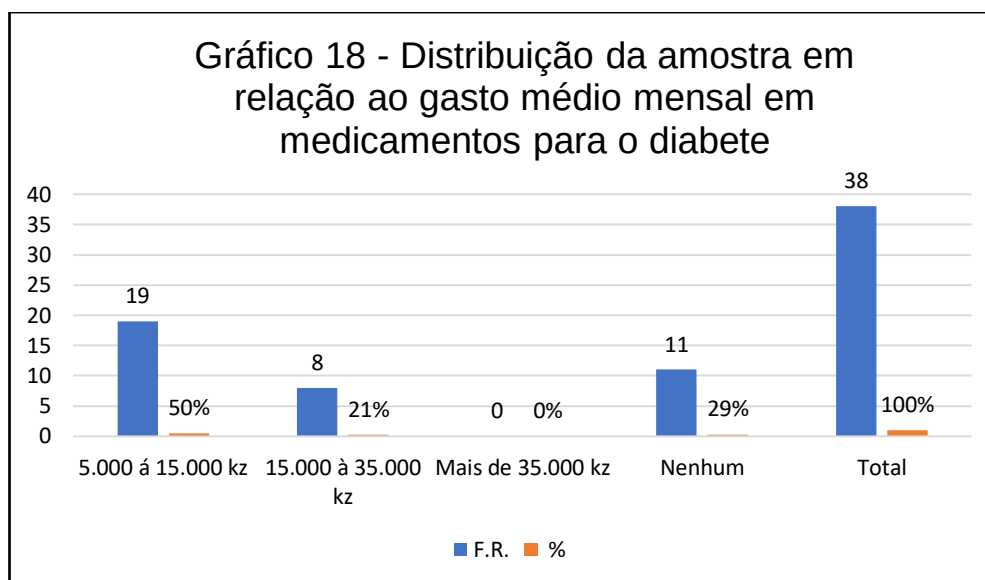
Fonte: Elaboração Própria

A distribuição da amostra dos Doentes em relação a frequência da compra de medicamentos para o controle do diabetes, os dados apresentam-nos que dose (12) Doentes responderam que têm comprado os medicamentos para o controle do diabetes mensalmente, correspondendo a 32%, oito (8) Doentes responderam que têm comprado os medicamentos para o controle do diabetes trimestralmente, correspondendo a 21%, sete (7) Doentes responderam que têm comprado os medicamentos para o controle do diabetes sempre que necessário, correspondendo a 18% e onze (11) responderam nenhum quanto a questão da frequência de compra de medicamentos para o controle do diabetes, correspondendo a 29%. Com esta análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Quadro 18 - Distribuição da amostra em relação ao gasto médio mensal em medicamentos para a diabetes.

Como tem sido o gasto médio mensal em medicamento para o diabetes?	Doentes	F.R.	%
	5.000 á 15.000 kz	19	50%
	15.000 à 35.000 kz	8	21%
	Mais de 35.000 kz	0	0%
	Nenhum	11	29%
	Total	38	100%

Gráfico 18 - Distribuição da amostra em relação ao gasto médio mensal em medicamentos para a diabetes.



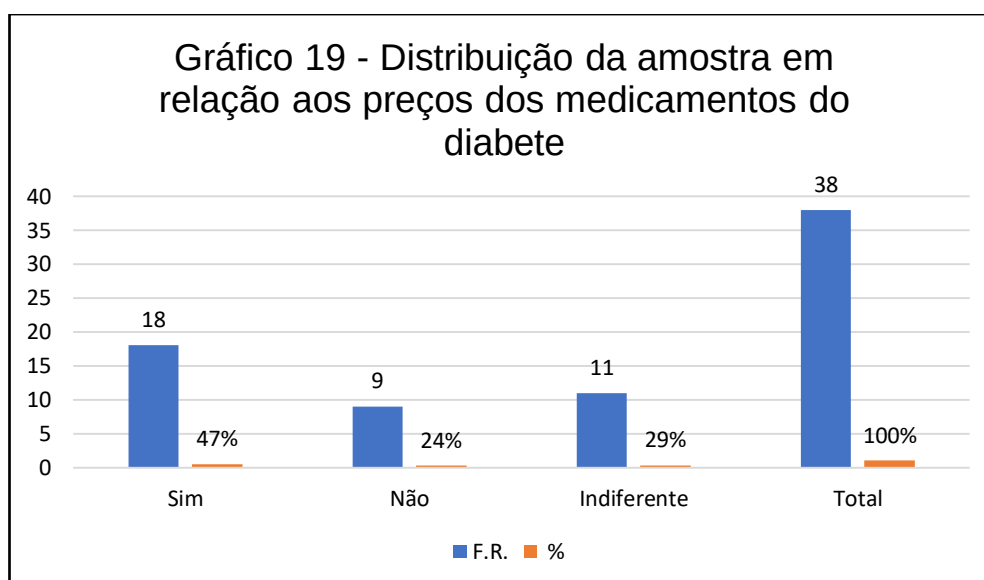
Fonte: Elaboração Própria

A distribuição da amostra dos Doentes em relação ao gasto médio mensal em medicamentos para a diabetes, os dados apresentam-nos que dezanove (19) Doentes responderam que têm gastado aproximadamente 5.000 à 15.000 kz mensalmente em medicamentos, correspondendo a 50%, oito (8) Doentes responderam que têm gastado aproximadamente 15.000 à 35.000 kz mensalmente em medicamentos, correspondendo a 21% e dois (2) responderam nenhum, quanto a questão dos preços dos gastos médio mensal em medicamentos para o diabetes, correspondendo a 29%. Com esta análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Quadro 19 - Distribuição da amostra em relação aos preços dos medicamentos da diabetes.

Você considera os preços dos medicamentos do diabetes acessíveis?	Doentes	F.R.	%
	Sim	18	47%
	Não	9	24%
	Indiferente	11	29%
	Total	38	100%

Gráfico 19 - Distribuição da amostra em relação aos preços dos medicamentos da diabetes.



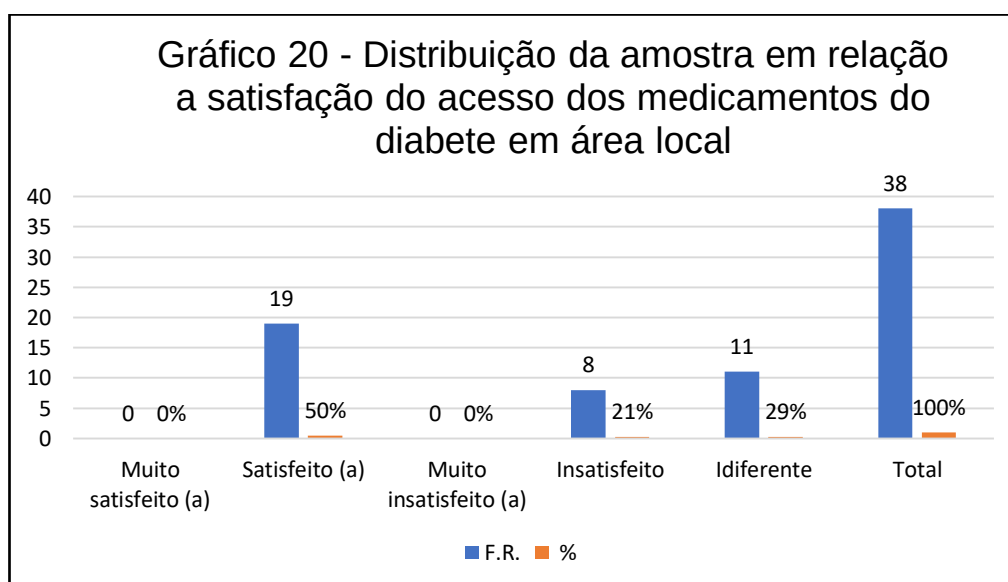
Fonte: Elaboração Própria

A distribuição da amostra dos Doentes em relação aos preços dos medicamentos, os dados apresentam-nos que dezoito (18) doentes responderam que consideram os preços dos medicamentos da diabetes acessíveis, correspondendo a 47%, nove (9) doentes responderam que não consideram os preços dos medicamentos da diabetes acessíveis, correspondendo a 24% e onze (11) responderam que indiferentes quanto a questão dos preços dos medicamentos da diabetes serem acessíveis ou não, correspondendo a 29%. Com esta análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Quadro 20 - Distribuição da amostra em relação a satisfação do acesso dos medicamentos da diabetes em área local.

Quão satisfeito você está com o acesso dos medicamento do diabete em sua área?	Doentes	F.R.	%
	Muito satisfeito (a)	0	0%
	Satisfeito (a)	19	50%
	Muito insatisfeito (a)	0	0%
	Insatisfeito	8	21%
	Idiferente	11	29%
	Total	38	100%

Gráfico 20 - Distribuição da amostra em relação a satisfação do acesso dos medicamentos da diabetes em área local.



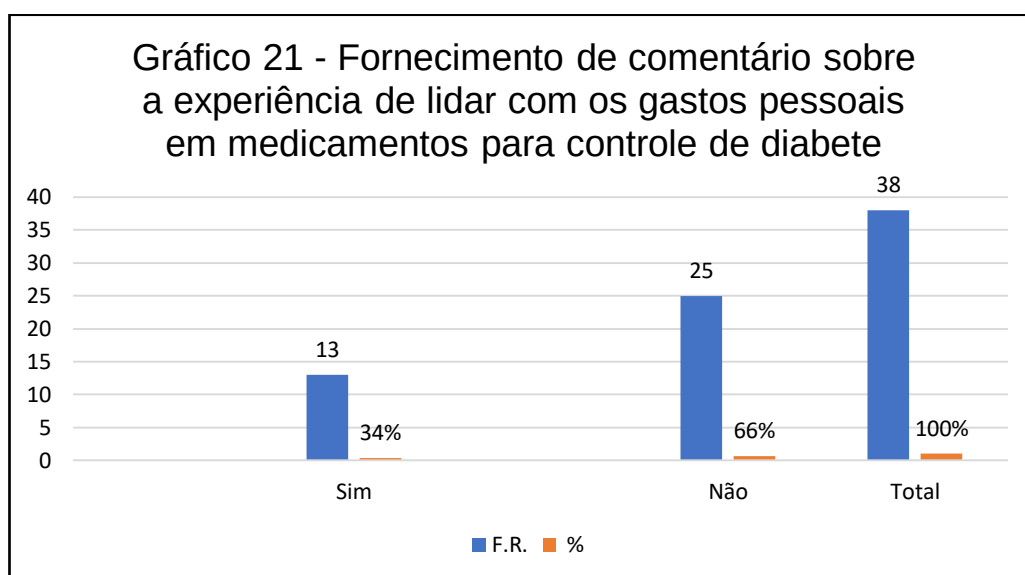
Fonte: Elaboração Própria

A distribuição da amostra dos Doentes em relação a satisfação do acesso dos medicamentos da diabetes em área local, os dados apresentam-nos que dezanove (19) Doentes responderam que sentem-se satisfeito quanto ao acesso dos medicametos do diabete em área local, correspondendo a 50%, e oito (8) Doentes responderam que sentem-se insatisfeito quanto ao acesso de medicamentos do diabete em área local, correspondendo a 21% e onze (11) responderam indifferente quanto a questão da satisfação do acesso dos medicamentos do diabete em área local, correspondendo a 29%. Com esta análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Quadro 21 - Distribuição da amostra em relação ao fornecimento de comentário sobre a experiência de lidar com os gastos pessoais em medicamentos para controle de diabetes.

Fornecimento de comentário sobre a experiência de lidar com os gastos em medicamentos do diabetes ?	Doentes	F.R.	%
	Sim	13	34%
	Não	25	66%
	Total	38	100%

Gráfico 21 - Distribuição da amostra em relação ao fornecimento de comentário sobre a experiência de lidar com os gastos pessoais em medicamentos para controle de diabetes



Fonte: Elaboração Própria

A distribuição da amostra dos Doentes em relação ao fornecimento de comentário sobre a experiência de lidar com os gastos pessoais em medicamentos para controle de diabetes, os dados apresentam-nos que treze (13) Doentes responderam sim, especificando que possuindo um plano de saúde seria muito mais fácil lidar com os gastos em medicamentos, correspondendo a 34% e vinte e cinco (25) responderam que não têm comentários a fornecer a respeito da experiência de lidar com gastos em medicamentos do diabetes, correspondendo a 66%. Com esta análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

CONCLUSÕES

Depois da análise e interpretação dos resultados concluiu-se o seguinte:

Diante da situação problemática levantada, foi possível compreender que, o diabetes mellitus é uma doença merecedora de atenção, que requer um controle constante por alterar os níveis glicémicos no organismo, decorrente pela falta de insulina e/ou da incapacidade da mesma exercer suas funções adequadamente.

Conseguiu-se identificar que, os gastos médios mensais em medicamentos para a diabete, os dados apresentam-nos que dezanove (19) doentes responderam que têm gastado aproximadamente 5.000kzs à 15.000kzs mensal em medicamentos, correspondendo a 50%, oito (8) doentes respondam que têm gastado aproximadamente 15.000kzs à 35.000kzs mensal em medicamentos, correspondendo a 21%, com estes argumentos dos inqueridos, comprovou-se a H1 e H2. Já a H3, não foi comprovada porque, os inqueridos desconhecem os programas de saúde e atenção primária que apoia regularmente os indivíduos com Diabetes Mellitus e que minimiza os custos dos insumos medicamentos.

Descreveu-se as principais categorias de diabetes são: Diabetes do tipo 1, também chamados de diabete mellitus dependente de insulina, é causado pela ausência de secreção da insulina e diabetes tipo 2, chamado de diabetes mellitus não dependente de insulina, é inicialmente causado pela diminuição da sensibilidade dos tecidos-alvo ao efeito metabólico da insulina.

Portanto, os profissionais envolvidos com o tratamento do diabetes devem sensibilizar os diabéticos para compreender a necessidade de alterações pessoais no estilo de vida do paciente. Assim, os objectivos e as hipóteses foram confirmados.

SUGESTÕES

Mediante os resultados da pesquisa, sugere-se as seguintes sugestões:

- Que os moradores façam a revisão médica regular: é crucial incentivar os moradores a realizar consultas regulares com seu médico, pois um acompanhamento adequado pode ajudar a ajustar a dosagem de medicamentos, evitando gastos desnecessários com medicamentos que não sejam mais necessários.
- Que a Direcção Municipal de Saúde de Cacauo proporcione programas governamentais de saúde: procurar se informar sobre alguns programas governamentais e de saúde que possam oferecer medicamentos gratuitos ou subsidiados para pessoas com diabetes.
- Que os moradores façam compras em grupo: os moradores podem se unir para comprar medicamentos em maior quantidade, aproveitando descontos por volume, minimizando assim os gastos.
- Que se implementem programas de educação em saúde: a promoção de workshops ou palestras sobre manejo de diabetes que incluam dicas sobre como economizar nos gastos com medicamentos além da estratégia de dieta e exercícios que podem reduzir a dependência de medicamentos.
- Que haja plano de saúde: os moradores podem verificar se alguma associação de moradores ou cooperativa local oferece planos de saúde que incluam descontos em medicamentos.
- Que se faça controlo da doença através do estilo de vida: incentivar mudanças no estilo de vida, como a dieta equilibrada e atividade física regular, isso pode auxiliar a controlar melhor a glicemia.
- Que os moradores tenham farmacêutico de confiança: ter um farmacêutico de confiança pode ajudar a garantir que os medicamentos sejam usados correctamente e que não haja interações que possam levar a gastos desnecessários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADA - Assocation Diabetes American. (2014). *Standards of Medical Care in Diabetes*. 37ª Edição.
- ADA - American Diabetes Association (2021). *Standards of Medical Care in Diabetes*. Suppl. 39ª Edição.
- Albuquerque, F. J. C. (2019). *Gestão e Planejamento em Saúde*. 4ª edição. São Paulo: Editora Atheneu.
- Almeida, M. A. B. (2012). *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa*. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP.
- Almeida, T. (2008). *Assistência de enfermagem na prevenção e no cuidado do pé diabético: uma revisão de literatura*. Ciência e Consciência. V.1.
- Babbie, E. (2016). *The Practice of Social Research*. 14ª edição. Cengage Learning.
- Bazotte, R. B. (2012). *Paciente Diabético: Cuidados Farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Medbook.
- Brasileiro, J. L. (2005). *Pé diabético: aspectos clínicos*. J. Vasc Br.. v.4. n.1.
- Brunton, L., Knollman, B. & Chabner, B. (2012). *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 12ª Edição.
- Chalmers, A. (2009). *What Is This Thing Called Science?*. Indianapolis: Hackett Publishing Company.
- Chrousos, G. P. (2012). *Endocrinology Especific and Biologic Basis*. 5ª edição.
- Coelho, M. S., Silva, D. M. G. V. & Padilha, M. I. S. (2009). *Representação social do pé do diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v.43. n.1.
- Coelho, M. S. & Silva, D. M. G. V. (2009). *Grupo educação-apoio: visualizando o autocuidado com os pés de pessoas com diabetes mellitus*. Ciência, Cuidado e Saúde. v.5, n.1.

- Corradi, E. M. et.al. (2008). *O programa saúde da família sob a ótica da comunidade*. Faculdades Integradas do Brasil, Caderno da Escola de Saúde de Enfermagem. N.1.
- Cotran, S. R., Kumar, V. & Robbins, S. L. (1994). *Pâncreas*. In: *Patologia básica*. 5ª Edição Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap 17.
- Cotta, R. M. M. et.al. (2009). *Perfil socio sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira*. MG. Ciência Saúde coletiva. v.14. n.4.
- Creswel, J. W. (2014). *Investigação Qualitativa e Projecto de Pesquisa: Escolhendo entre Cinco Abordagens*. 5ª Edição. Porto Alegre.
- Creswell, A. (2014). *Conhecimnto Científico, métodos de pesquisa*. São Paulo. 5ª edição.
- Curcio, R., Lima, M. H. M. & Torres, H. C. (2009). *Protocolo para consulta de enfermagem: assistência a pacientes com diabetes melittus tipo 2 em insulinoterapia*. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre – RS. v.30, n3:
- Datasus, F. (2021). *Histórico / Apresentação Portal da Saúde*, Ministério da Saúde.
- Demo, P. (2002). *Avaliação Qualitativa*. 5ª Edição. Campinas: Autores Associados.
- Diabetes Control and Complications Trial (DCCT-EDIC) (2005). *The diabetes Control and complicaactions TrialIIII and Folloooooo-up study*. New England Journaul of medicine.
- Dicionário de Doenças (2021). *Disease Dictionary*. São Paulo. 1ª edição.
- Dimegio, L. (2018). *1 Diabets*. Lancet, London, England. V. 391-10138.
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (DSBD) (2015). *Assistência de enfermagem na prevenção e no cuidado do pé diabético: uma revisão de literatura*. São Paulo: A.C. Farmacêutica.
- Duarte, C. K. (2012). *Nível de actividade física e exercício físico em pacientes com diabetes mellitus*. Revista da Associação Médica Brasileira. v.58, n.2 .

- Duncan, B. B. (2004). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. 1ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Durkheim, E. (2005). *A divisão do trabalho social*. 1ª Edição.
- Faria, H. T. G. (2013). *Qualidade de vida pacientes com diabetes mellittus antes e após participação de programa educativo*. Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo. v47n2.
- Figueiredo, D. M.; Rabelo, F. L. A. (2009). *Diabetes insipidus: principais aspectos e análise comparativa com diabetes mellitus*. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. v.30, n.2.
- Gamba, M. A. et.al. (2004). *Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle*. Revista de Saúde Pública. v.38, n.3.
- Giddens, A. (2017). *Sociologia, a Evolução Humana*. 8ª Edição.
- Gil, A. C. (2003). *Como Elaborar Projectos de Pesquisa*. 5ª Edição. São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6ª Edição. São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. (2020). *Como Elaborar Projectos de Pesquisa*. 6ª Edição. São Paulo: Atlas.
- Gil, G. P., Haddad, M. C. L., & Guariente, M .H. D. M. (2010). *Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público*. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina. v.29. n. 2.
- Goodman & Gilman (2017). *As Bases da Farmacologia Terapêutica*. 13ª Edição.
- Grossi, S. A. A. (2010). *Prevenção de úlceras nos membros inferiores em pacientes com diabetes mellitus*. Revista Escola de Enfermagem da USP. v.32. n.4.
- Guyton, A. C., Hall, J. E. (2002). *Insulina, glucagon e diabetes mellitus*. In: *Tratado de fisiologia médica*. 10ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Hair, J. F. Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2018). *Multivariate Data Analysis*. 8ª edição. Cengage Learning.

- Hashimoto, I. K.; Haddad, M. C. L. (2009). *Níveis glicêmicos de diabéticos do tipo 2 Cadastrados em uma unidade básica de saúde de Londrina - PR*. Revista Espaço para Saúde. Londrina, v.10, n.2.
- Hirota, C. M. O., Haddad, M. C. L. & Guariente, M. H. D. M. (2008). *Pé diabético: o papel do enfermeiro no contexto das inovações terapêuticas*. Ciência, Cuidado e Saúde. V.7. n.1.
- Hirota, C. M. O. (2008). *Pé diabético: o papel do enfermeiro no contexto das inovações terapêuticas*. Ciência, Cuidado e Saúde. v.7, n.1.
- Kagan, J. (2005). *A estrutura da personalidade*. 1ª Edição. v1.n1.
- Katzung, B. G. (2018). *Farmacologia Básica e Clínica*. 14ª Edição.
- Kosik, K. (2002). *Dialética do Concreto*. São Paulo: Paz e Terra. 1ª edição
- Lakatos E. M., & Marconi, M. A. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª edição. São Paulo: Atlas
- Laurindo. M., Recco. D., Robert. D. & Rodrigues. C. (2006). *Conhecimento das pessoas diabéticas acerca dos cuidados com os pés*.
- Licoln, D. A. & Guba, M. P. (2000). *Métodos de Pesquisa e Investigação Científica*. 11ª edição. São Paulo.
- Lima, M. (2011). *Diabetes Mellitus Tipo 2: Prevenção. Projecto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina*. Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.
- Lima, C. S. A. (2018). *Protocolos Clínicos e Directrizes em Saúde*. 5ª edição. São Paulo: Editora Manole.
- Lima, J. C. (2020). *Administração Financeira Pessoal*, 3ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier.
- Luciano, L. B. Lopes, C. H. A. F. (2006). *Enfermeiro no cuidado do paciente com úlcera de pé diabético*. Revista Baiana de Enfermagem. Salvador. v.20. n.1/2/3.
- Ludícibus, S., & Marion, J. C. (2017). *Contabilidade Introdutória*. 9ª edição. São Paulo: Atlas.

- Malhotra, N. (2001). *Pesquisa de marketing*. 3ª Edição. Porto Alegre: Bookman.
- Marcelino, D. B, & Carvalho, M. D. B. (2005). *Reflexões sobre o diabetes do tipo 1, e sua Relação com o Emocional*. Revista Brasileira da Psicologia da Saúde 17(1).
- Marcon, S. S. (2009). *Estratégias de cuidado a família que convive com a doença crônica em um de seus membros*. Ciência, Cuidado e Saúde. v.8.
- Margolis, E. (2010). *Patterns, Thinking, and Cognition: A Theory off Judgment*. University of Chicago Press.
- Marion, J. C. (2018). *Contabilidade Introdutória*. 11ª edição. São Paulo: Atlas.
- Martins, C. F. (2007). *O que faz a diferença: cuidando da pessoa acometida por ferida – pé diabético*. Ciência, Cuidado e Saúde. v.6.
- McCance, K. L., & Huerther, S. E. (2019). *Pathophyolohy: The Biollogic Basis For Disease in adults and Children*. 8ª Edição.
- Miculis, C. P. (2010). *Actividade Física na Criança com Diabetes Tipo 1*. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. v.86.
- Ministério da Saúde Brasileiro, (2014). *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus, n.16, série A. Normas e manuais técnicos, 1ª edição, Brasília – DF*.
- Ministério de Saúde brasileiro (2014). *Diabetes Mellitus Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica N° 16*.
- Moreira, R. C. (2008). *Vivências em família das necessidades de cuidados referentes à insulinoaterapia e prevenção do pé diabético*. Revista Gaúcha enfermagem. Porto Alegre – RS. v.29. n.2.
- Novato, T. S, Grossi, S. A. A. (2011). *Factores associados à qualidade de vida de jovens com diabetes mellitus tipo 1*. Revista Esc. Enferm. USP. v.45.n.3.
- Organização Mundial da Saúde, (2016). Departamento de Enfermagem, *caderno de atenção primária, sobre diabetes mellitus*. Revista Brasileira de Enfermagem.

- Pace, A. E. (2002). *Factores de risco para complicações em extremidades inferiores de pessoas com diabetes mellitus*. Revista Brasileira de Enfermagem. v.55. n.5.
- Pilger, A. I. S. (2002). *Diabetes mellitus na infância: repercussões no cotidiano da criança e de sua família*. Cogitare Enfermagem. v.12, n.5.
- Pires, A. C. & Charca, A. R. (2008). *A Evolução da insulinoterapia no Diabetes Mellitus tipo 1*. Arq. Bras. Endocrinol Metabol. V.52. n.2.
- Polit, D. F. Beck, C. T. (2011). *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. Porto alegre. Editora Artmed. 7ª edição.
- Poper, k. (2002). *Conjeturas e Refutações: O Desenvolvimento do Conhecimento Científico*. São Paulo: Editora Unesp.
- Portieri. F., & Bachion. M. (2010). *Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento*. Acesso em 5 de out.
- Ramos, C. S. (2009). *Perfil do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família e da Ciência*. Cuidado e Saúde. v.8.
- Rang, H. P. (2016). *Farmacologia e Terapia Medicamentosas*. 8ª Edição.v1. n.3.
- Rocha, R. M., Zanetti, M. L. & Santos, M. A. (2009). *Comportamento e conhecimento: fundamentos para a prevenção do pé diabético*. Acta Paulista de Enfermagem. v.22. n.1.
- Rodrigues, A. N. Szymaniak, N. P. & Andrade S. J. (2010). *Influência das Dermatoses na qualidade de vida do portador de diabetes mellitus*. Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro – RJ. V.15, supl 1.
- Rodrigues, N. M. P. (2021). *Tratamento e Gestão do Diabetes Mellitus*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Rubio.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. 5ª Edição. McGraw. Hall.
- Sartorelli, D. S., Franco, J. L. (2003). *Tendências do diabetes mellitus no Brasil: O papel transição nutricional*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro.

- Schaan, B. D., Harzheim, E., Gus, I. (2004). *Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada*. Revista de Saúde Pública.
- Sociedade Brasileira de Diabetes, (2016). *Diretrizes da Sociedade Brasileira*. São Paulo: AC. Farmaceútica.
- Sociedade Brasileira de Diabetes, (2010). *Diretrizes da Sociedade Brasileira*. São Paulo: AC. Farmaceútica.
- Sousa, D. (2016). *Diabetes Mellito tipo 1 autoimune: aspectos imunológico*. Universitas: Ciências da Saúde, Brasília. 14ª Edição.
- Souza, C. F. (2012). *Pré diabetes: diagnóstico de avaliação de complicações crônicas e tratamento*. Arq Bras Endocrinol Metab. São Paulo. v. 56, n. 5.
- Tavares, D. M. S. (2009). *Perfil de clientes submetidos a amputações relacionadas ao diabetes mellitus*. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 62, n.6.
- Teresinha R. (2021). *Direitos Humanos em Angola*. 1ª Edição.
- Trujillo F. A. (1974). *Metodologia da ciência*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Kennedy.
- Vergara, S. C. (2013). *Projectos e Relatório de pesquisa em administração*. 14ª Edição. São Paulo: Atlas.
- Vieira-Santos, I. C. R. (2005). *Prevalência de pé diabético e fatores associados nas unidades de saúde da família da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil*, Caderno de Saúde Pública. v.24. n.12.
- World Health Organization. (2011). *Use of Glycated Haemoglobin (hba1c) in the diagnosis of diabetes mellitus abbreviated*. Report of a WHO consultation.
- Yin, R. K. (2015). *Metodologia Científica*. 10ª edição. São Paulo. v2. n1.
- Zanetti, M. L. et.al. (2017). *Adesão às recomendações nutricionais e variáveis sócio demográficas v.49, n.4, acesso em 25 em pacientes com diabetes mellitus*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo.

APÊNDICES

APENDICE 1

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS MEMBROS DA COORDENAÇÃO DO BAIRRO ECO-CAMPO.

Paulina Luyindula Domingos Manzinga, estudante finalista do Curso de Enfermagem pelo Instituto Superior de Angola (ISA), e encontrando-me a elaborar meu TFC para a obtenção do título como Licenciada em Enfermagem, com o tema: gastos pessoais em medicamentos mensais dos indivíduos com diabetes mellitus no Bairro Eco-Campo no I Semestre de 2024.

Venho mui respeitosamente a solicitar sua colaboração a fim de responder as única e exclusivamente como fonte de informação para o trabalho, respeitando as normas bioéticas e o anonimato.

1. Nome completo: _____

1.1. Idade:

- ☐ Menos de 18 anos. ☐ 18 a 30 anos. ☐ 31 a 50 anos.
☐ Mais de 50 anos.

1.2. Gênero:

- ☐ Masculino. ☐ Feminino.

1.3.. Estado civil:

- ☐ Solteiro(a). ☐ Casado(a). ☐ Divorciado(a). ☐ Viúvo(a).

2. Renda mensal familiar em Kwanzas (Kz):

- ☐ Menos de 35.000 Kz. ☐ 35.000 a 100.000 Kz. ☐ 100.000 a 250.000 Kz.
☐ Mais de 250.000 Kz.

3. Você é diagnosticado com diabetes mellitus?

- ☐ Sim. ☐ Não.

4. Qual tipo de diabetes você possui?

- ☐ Tipo 1. ☐ Tipo 2. ☐ Gestacional. ☐ Não sei.

5. Com que frequência você compra insumos para controle do Diabetes (fitas, agulhas, insulina etc.)?

- ☐ Mensalmente. ☐ A cada dois meses. ☐ Trimestralmente.
☐ Quando necessário.

6. Qual é o gasto médio mensal com insumos medicamentosos para Diabetes em Kz?

☐ Menos de 5.000 Kz. ☐ 5.000 a 15.000 Kz ☐ 15.001 a 30.000 Kz.

☐ Mais de 30.000 Kz.

7. Você possui algum plano de saúde que cobre os insumos para diabetes, e se possui, os insumos são totalmente cobertos?

☐ Sim. ☐ Não.

8. Como você costuma adquirir seus insumos e medicamentos?

☐ Farmácias locais. ☐ Hospitais públicos. ☐ Clínicas privadas.

☐ Mercados ou feiras. ☐ Outros (especificar): _____

9. Você considera os preços dos insumos acessíveis?

☐ Sim. ☐ Não. ☐ Indiferente.

10. Quão satisfeito você está com o acesso a insumos e medicamentos em sua área?

☐ Muito satisfeito. ☐ Satisfeito. ☐ Indiferente. ☐ Insatisfeito.

☐ Muito insatisfeito.

11. Você gostaria de fornecer algum comentário adicional sobre sua experiência com os gastos em insumos para diabetes?

☐ Sim (especificar): _____ ☐ Não.

Grata pela colaboração.

APENDICE 2

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS DOENTES COM DIABETES MELLITUS DO BAIRRO ECO-CAMPO.

Paulina Luyindula Domingos Manzinga, estudante finalista do Curso de Enfermagem pelo Instituto Superior de Angola (ISA), e encontrando-me a elaborar meu TFC para a obtenção do título como Licenciada em Enfermagem, com o tema: gastos pessoais em medicamentos mensais dos indivíduos com diabetes mellitus no Bairro Eco-Campo no I Semestre de 2024.

Venho mui respeitosamente a solicitar sua colaboração a fim de responder as única e exclusivamente como fonte de informação para o trabalho, respeitando as normas bioéticas e o anonimato.

1. Género:

() Masculino. () Feminino.

1.1. Idade:

() Menos de 18 anos. () 18 a 30 anos. () 31 a 50 anos.
() Mais de 50 anos.

1.2. Profissão:____ **1.3. Nível académico:**____ **1.4. Área de formação:**____

2. Você é diagnosticado com diabetes mellitus?

() Sim. () Não.

3. Qual tipo de diabetes você possui?

() Tipo 1. () Tipo 2. () Gestacional. () Não sei.

4. Com que frequência você compra insumos para controle do Diabetes (fitas, agulhas, insulina etc.)?

() Mensalmente. () A cada dois meses. () Trimestralmente.
() Quando necessário.

5. Qual é o gasto médio mensal com insumos medicamentosos para Diabetes em Kz?

() Menos de 5.000 Kz. () 5.000 a 15.000 Kz () 15.001 a 30.000 Kz.
() Mais de 30.000 Kz.

6. Você possui algum plano de saúde que cobre os insumos para diabetes, e se possui, os insumos são totalmente cobertos?

☐ Sim. ☐ Não.

7. Como você costuma adquirir seus insumos e medicamentos?

☐ Farmácias locais. ☐ Hospitais públicos. ☐ Clínicas privadas.

☐ Mercados ou feiras. ☐ Outros (especificar): _____

8. Você considera os preços dos insumos acessíveis?

☐ Sim. ☐ Não. ☐ Indiferente.

9. Quão satisfeito você está com o acesso a insumos e medicamentos em sua área?

☐ Muito satisfeito. ☐ Satisfeito. ☐ Indiferente. ☐ Insatisfeito.

☐ Muito insatisfeito.

10. Você gostaria de fornecer algum comentário adicional sobre sua experiência com os gastos em insumos para diabetes?

☐ Sim (especificar): _____ ☐ Não.

Grata pela sua colaboração.

ANEXOS

