



UNIVERSIDADE POLITÉCNICA A POLITÉCNICA

Instituto Superior de Humanidade, Ciências e Tecnologias

Licenciatura em Enfermagem

**Índice de Diabetes em Adultos de 30 a 60 Anos na
Enfermaria de Medicina I, do Hospital Central de
Quelimane no Período de Março a Maio de 2025, Distrito
de Quelimane**

Vanessa da Graça Fernandes Gomes

Quelimane

2025

Vanessa da Graça Fernandes Gomes

**Índice de Diabetes em Adultos de 30 a 60 Anos na
Enfermaria de Medicina I, do Hospital Central de
Quelimane no Período de Março a Maio de 2025, Distrito
de Quelimane**

Monografia apresentada à universidade
Politécnica, Instituto Superior de Humanidade,
Ciências e Tecnologia, como requisito para
obtenção do Grau Licenciatura em
Enfermagem.

Supervisor: Lic. Cláudio Alfredo Elias Langa

Quelimane

2025

Dedico este trabalho a Deus, fonte de toda sabedoria, luz e força. Foi na Sua presença silenciosa, mas constante, que encontrei amparo nos momentos de cansaço, direção nas dúvidas e alento nas adversidades. A Ele confiei cada passo desta jornada e a Ele ofereço esta conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço com amor ao meu filho, Deonivane da Graça, cuja existência foi o maior incentivo nesta caminhada; à minha filha Kayane da Graça, pelo carinho e paciência nas minhas ausências. Aos meus Pais, exemplos de integridade e força, e aos meus Irmãos, por toda a presença fraterna e encorajadora. Ao meu Esposo, pelo apoio firme, pela compreensão e renúncias silenciosas que tanto contribuíram para que eu prosseguisse com determinação.

Aos Mestres Vintinho e Bélgica, **por serem coordenadores do curso** pela liderança académica inspiradora e incentivo permanente. Aos Docentes da instituição, pela dedicação, saber partilhado e entrega à missão de formar com excelência.

Ao meu Orientador, Cláudio Alfredo Elias Langa, expresso a mais sincera e eterna gratidão pela orientação rigorosa, disponibilidade e confiança constante. O seu contributo foi essencial para a solidez deste trabalho.

À Faculdade, pelo espaço de crescimento pessoal e profissional. Ao Hospital Central de Quelimane, especialmente à Direcção e aos profissionais de saúde, pelo acolhimento e pela colaboração durante a recolha de dados.

Ao senhor Domingos Mudender, agradeço profundamente pela assistência técnica generosa, paciência e prontidão com que me ajudou sempre que surgiram dificuldades. À senhora Manuela Armando, pela amizade constante e palavras de esperança.

Aos colegas da Pediatria, Medicina 1 e da faculdade, pelo companheirismo diário, partilha de experiências e amizade genuína. E aos Amigos verdadeiros, que, mesmo distantes da academia, estiveram próximos pelo coração, oferecendo apoio emocional, escuta e incentivo incondicional.

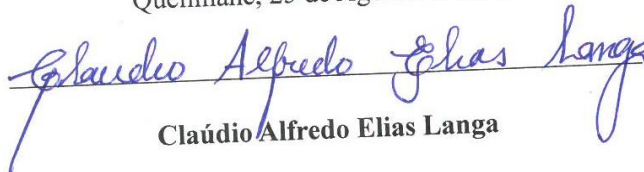
PARECER DO SUPERVISOR

Este trabalho resulta de uma Investigação do Campo, realizada pela candidata ao grau de Licenciatura em Enfermagem.

Este tema, *Índice de Diabetes em Adultos de 30 a 60 Anos na Enfermaria de Medicina I, do Hospital Central de Quelimane no Período de Março a Maio de 2025, Distrito de Quelimane*, é pouco falado e investigado, em particular no ISHCT, por estudantes de Enfermagem, o que torna o estudo interessante.

A pesquisa apresenta uma bibliografia rica e pertinente ao tema, trazendo informações precisas e reunindo todas as condições metodológicas exigidas pela instituição para apresentação diante de um júri, conforme as normas e procedimentos da Universidade.

Quelimane, 25 de Agosto de 2025



Cláudio Alfredo Elias Langa

(Lic. Em Enfermagem)

LISTA DE ABREVIATURAS

IMC	Índice de Massa Corporal
HbA1c	Hemoglobina Glicada
mg/dL	Miligrama por Decilitro
kg/m²	Quilograma por Metro Quadrado
AVC	Acidente Vascular Cerebral
SOP	Síndrome dos Ovários Policísticos

LISTA DE SIGLAS

ADA	American Diabetes Association
IDF	International Diabetes Federation
OMS	Organização Mundial da Saúde
MISAU	Ministério da Saúde
ISHCT	Instituto Superior de Humanidades, Ciências e Tecnologias
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

LISTA DE SÍMBOLOS

$\%$	Porcentagem
\geq	Maior ou igual
\leq	Menor ou igual
$+$	Presença/positividade
$-$	Ausência/negatividade

EPÍGRAFE

“A saúde é o resultado não só de nossos atos,
como também de nossos pensamentos.”
— **Mahatma Gandhi (1924)**

RESUMO

Este estudo teve como propósito analisar a prevalência do diabetes mellitus em adultos com idades entre 30 e 60 anos internados na Enfermaria de Medicina 1 do Hospital Central de Quelimane, entre março e maio de 2025. A investigação foi motivada pelo aumento significativo dos casos de diabetes tipo 2 na cidade de Quelimane e pela escassez de dados locais actualizados. Utilizou-se uma abordagem quali-quantitativa, de natureza descritiva e transversal, com recolha de dados realizada através de questionários estruturados aplicados a profissionais de saúde e análise de registos clínicos de pacientes internados. Os resultados revelaram uma elevada incidência de diabetes tipo 2 na faixa etária estudada, com predomínio de factores de risco modificáveis como obesidade, sedentarismo e alimentação inadequada. Complicações como nefropatia, neuropatia e retinopatia foram comuns entre os pacientes analisados. Constatou-se ainda uma adesão terapêutica parcial em muitos casos, agravada por limitações na comunicação clínica e escassez de recursos laboratoriais. O estudo destaca a necessidade de estratégias locais baseadas em evidências que promovam hábitos saudáveis, diagnóstico precoce e melhorias na gestão clínica da diabetes. Os dados obtidos contribuem para o reforço das políticas públicas e da prática clínica voltada à prevenção e controle da doença em contextos hospitalares semelhantes.

Palavras-chave: Diabetes; Adultos; Prevalência; Enfermaria.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the prevalence of diabetes mellitus in adults aged 30 to 60 years admitted to Ward 1 of the Internal Medicine Department at Quelimane Central Hospital, between March and May 2025. The research was motivated by the significant rise in type 2 diabetes cases in Quelimane and the lack of updated local data. A qualitative-quantitative, descriptive, and cross-sectional approach was used, with data collected through structured questionnaires administered to healthcare professionals and the analysis of clinical records of hospitalized patients. The findings revealed a high incidence of type 2 diabetes in the studied age group, with a predominance of modifiable risk factors such as obesity, sedentary lifestyle, and inadequate diet. Complications such as nephropathy, neuropathy, and retinopathy were common among the patients analyzed. Partial adherence to treatment was also observed in many cases, worsened by limited clinical communication and shortages in laboratory resources. The study highlights the need for evidence-based local strategies to promote healthy habits, early diagnosis, and improvements in diabetes management. The results contribute to strengthening public health policies and clinical practice focused on the prevention and control of the disease in similar hospital settings.

Keywords: Diabetes; Adults; Prevalence; Ward.

Índice

AGRADECIMENTOS	iv
PARECER DO SUPERVISOR.....	Erro! Marcador não definido.
LISTA DE ABREVIATURAS	v
LISTA DE SIGLAS	vii
LISTA DE SÍMBOLOS	viii
EPÍGRAFE	ix
RESUMO	x
ABSTRACT	xi
CAPÍTULO I:.....	16
1. Introdução.....	16
CAPÍTULO II:.....	20
2. Revisão de Literatura.....	20
2.1 Marco Conceptual.....	20
2.2 Desenvolvimento circunstancial.....	21
2.2.1. Factores de Risco.....	21
2.2.2. Desafios no diagnostico.....	23
2.2.3. Complicações e Consequências.....	24
2.2.4. Abordagens de Prevenção do Diabetes	25
2.3 Marco teórico.....	26
2.3.1. Epidemiologia da Diabetes no Mundo	26
2.3.2. Epidemiologia da Diabetes na África.....	27
2.3.3. Epidemiologia da Diabetes em Moçambique.....	28
2.3.4. Epidemiologia da Diabetes na Zambézia	28
2.3.5. Epidemiologia da Diabetes em Quelimane	29
2.4 Marco Referencial	30
2.4.1. Prevalência Global de Diabetes Mellitus em Adultos	30
2.4.2. Análise Comparativa do Índice de Diabetes em Adultos em Diversos Contextos de Saúde	31
2.4.3. Impacto da Diabetes Mellitus em Adultos: Implicações para a Saúde Pública	32
2.4.4. Determinantes do Índice de Diabetes em Adultos: Uma Análise de Dados Multinacionais	33

2.4.5.	Diabetes em Adultos: Cenário Global e Regional	34
2.4.6.	Factores Socioeconômicos e Ambientais no Índice de Diabetes em Adultos ..	35
CAPÍTULO III:		37
3.	Metodologia.....	37
3.1	Tipo de Investigação.....	37
3.2.1	Quanto à Natureza	37
3.2.2	Quanto à Abordagem do Problema.....	37
3.2.3	Quanto aos Objectivos.....	37
3.2.4	Quanto aos Procedimentos	38
3.2	População ou Universo.....	38
3.3.1	Amostra	38
3.3.2	CrITÉrios de Inclusão e Exclusão	39
3.3	Procedimentos Técnicos	39
3.4.1	Procedimentos de Recolha de Dados.....	39
3.4.2	Técnicas de Análise de Dados	40
3.4.3	Questões Éticas.....	40
CAPÍTULO IV:		41
4.	Resultados.....	41
4.1	Dados dos profissionais	41
4.1.1	Apresentação	41
4.1.2	Leitura.....	43
4.1.3	Interpretação	44
4.2	Dados dos pacientes	46
4.2.1	Apresentação	46
4.2.2	Leitura.....	51
4.2.3	Interpretação	53
CAPÍTULO V:.....		55
5.	Discussão	55
CAPÍTULO VI:		59
6.	Conclusões e Sugestões	59
6.1.	Conclusão	59
6.2.	Sugestões	61

Referencias bibliográficas	63
Apêndices	70
Apêndice 1: Questionário de recolha de dados para profissionais de saúde	71
Apêndice 2: Guião de Observação	74
Anexos	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados dos profissionais da Medicina 1	41
Tabela 2: Dados dos pacientes internados na Medicina 1	46

CAPÍTULO I:

1. Introdução

O presente estudo tem como tema a prevalência do Diabetes Mellitus em adultos com idades entre 30 e 60 anos, internados na Enfermaria de Medicina 1 do Hospital Central de Quelimane, durante o período de março a maio de 2025. A escolha recaiu sobre esse grupo etário por representar uma faixa produtiva da população, frequentemente exposta a factores de risco modificáveis, como sedentarismo, alimentação inadequada e obesidade, os quais contribuem significativamente para o aumento da incidência do diabetes tipo 2.

O problema de investigação que norteia este trabalho está formulado da seguinte forma: *Qual é o índice de diabetes em adultos de 30 a 60 anos na Enfermaria de Medicina 1 do Hospital Central de Quelimane, no período de março a maio de 2025?* A partir desse questionamento, formulou-se a seguinte hipótese: *Parte-se da hipótese de que a prevalência de diabetes mellitus entre adultos de 30 a 60 anos é elevada e está relacionada a diversos factores de risco clínicos e comportamentais.*

A justificativa da investigação reside na crescente incidência de Diabetes Mellitus tipo 2 na cidade de Quelimane, aliada à escassez de dados locais atualizados que orientem estratégias de intervenção. Ao fornecer uma análise específica da realidade da Enfermaria de Medicina 1, este estudo poderá subsidiar ações mais eficazes em saúde pública e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população afetada.

A diabetes mellitus é uma doença crônica caracterizada pela hiperglicemia persistente, resultante de defeitos na secreção, na ação da insulina ou em ambos os processos. Essa condição representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade em nível global, estando associada a complicações graves, como doenças cardiovasculares, neuropatias, nefropatias e retinopatias. Em Moçambique, o número de casos de diabetes tem crescido de forma preocupante, refletindo mudanças nos padrões alimentares, no estilo de vida e nos determinantes sociais de saúde.

Durante o trabalho de campo, observou-se que muitos pacientes internados apresentavam complicações associadas à diabetes, como hipertensão arterial, insuficiência renal, feridas de difícil cicatrização e infecções recorrentes. A presença dessas comorbidades reforça a importância de um acompanhamento integrado e contínuo, que inclua não apenas o

controle glicêmico, mas também ações educativas e preventivas, fundamentais para reduzir as complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

A diabetes, por ser silenciosa em sua fase inicial, tende a ser diagnosticada tardiamente em muitos casos. Isso dificulta o manejo clínico adequado e aumenta os custos associados ao tratamento das complicações. A ausência de dados epidemiológicos locais atualizados compromete, ainda mais, o planejamento de estratégias eficazes no contexto hospitalar e comunitário.

O interesse por este estudo surgiu da necessidade de compreender a realidade vivida pelos pacientes adultos diabéticos internados no Hospital Central de Quelimane, partindo da hipótese de que a prevalência da diabetes nessa população é elevada e que os factores de risco são predominantemente modificáveis, como má alimentação, sedentarismo e excesso de peso. Com base nessa análise, busca-se fomentar ações que promovam hábitos saudáveis, diagnósticos precoces e adesão ao tratamento.

No que diz respeito à relevância da pesquisa, considera-se que os dados obtidos subsidiam a atuação dos profissionais de saúde na tomada de decisões clínicas mais fundamentadas, bem como o fortalecimento das políticas públicas voltadas para o controle das doenças crônicas não transmissíveis no contexto hospitalar. A nível académico, o estudo oferece subsídios importantes para o aprofundamento do conhecimento sobre a prevalência da diabetes na província da Zambézia, incentivando futuras pesquisas e contribuindo para a formação crítica de estudantes e profissionais da área da saúde.

Do ponto de vista social, este trabalho procura contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população adulta internada, ao identificar os principais factores de risco e propor intervenções adequadas à realidade local. A redução da incidência e das complicações da diabetes não apenas beneficia os indivíduos afetados, mas também diminui os encargos sobre os serviços de saúde pública e fortalece o bem-estar da comunidade em geral.

O presente estudo foi realizado no período compreendido entre os meses de Março e Maio do ano de 2025, na Enfermaria de Medicina 1 do Hospital Central de Quelimane, tendo como população-alvo pacientes adultos com idades compreendidas entre os 30 e os 60 anos.

Numa primeira fase, procedeu-se à realização de uma pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, como o PubMed e o SciELO, bem como em obras de referência sobre o

tema da diabetes mellitus, com o propósito de sustentar teoricamente o trabalho e contextualizar o problema de investigação.

Subsequentemente, foi desenvolvida uma investigação de carácter descritivo, de natureza observacional transversal, com recurso à recolha de dados através de questionários estruturados aplicados aos profissionais de saúde da referida enfermaria. Os dados obtidos foram analisados estatisticamente, visando identificar a prevalência da diabetes mellitus e os factores de risco mais comuns entre os indivíduos estudados.

O Hospital Central de Quelimane (HCQ) é a maior infraestrutura hospitalar construída em Moçambique após a independência, classificado como hospital de nível quaternário e referência na província da Zambézia. Localiza-se no 5.º bairro de Namuinho, a cerca de 12 km do centro da cidade, ocupando 18.467 m² de área construída num terreno de 98.000 m². Atua simultaneamente como hospital de referência e hospital escola, oferecendo cuidados médicos avançados e formação profissional.

O hospital opera 24 horas por dia, com serviços de urgência, internamento e consultas externas. Dispõe de diversas especialidades médicas — medicina interna, pediatria, cirurgia, ginecologia e obstetrícia, ortopedia, cardiologia, psiquiatria, neurologia, nefrologia, entre outras — e serviços de apoio, como laboratório, radiologia, farmácia, ecografia, cozinha, lavandaria e morgue. Também conta com ambulâncias para transporte de pacientes.

A instituição tem missão de prestar cuidados humanizados e de qualidade, aliados ao ensino e à investigação científica. Seus valores baseiam-se no respeito pela dignidade humana, ética, solidariedade, compromisso social e ambiental, e na formação contínua dos profissionais de saúde. O hospital participa de programas de ensino, pesquisa e formação de estágios, articulando-se com outras unidades e organizações civis.

A Enfermaria de Medicina 1, campo da investigação, localiza-se próxima à cozinha hospitalar e à Enfermaria de Pediatria 1. Possui 10 quartos (um para o pessoal e nove para doentes), quatro casas de banho, vestiários, farmácia própria, gabinetes médico e de enfermagem, salas de tratamento, esterilização e reuniões, rouparia e recepção. A equipe é multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, estatísticos e auxiliares.

Esta enfermaria desempenha papel essencial no hospital, oferecendo cuidados especializados a diversas patologias e servindo como centro de formação prática e pesquisa

aplicada. A sua estrutura e organização garantem um ambiente propício à assistência de qualidade e ao desenvolvimento científico em saúde.

Em termos estruturais, a presente monografia está organizada em seis capítulos, a saber: o primeiro aborda os aspectos introdutórios, incluindo a introdução, a delimitação do problema, a justificativa, os objetivos e as perguntas de pesquisa; o segundo capítulo contempla a fundamentação teórica; o terceiro apresenta a metodologia; o quarto refere-se à apresentação dos resultados; o quinto capítulo aborda a discussão dos resultados; e o sexto capítulo é dedicado às conclusões e sugestões.

CAPÍTULO II:

2. Revisão de Literatura

2.1 Marco Conceptual

Diabetes mellitus é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia crônica resultante de defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina, ou em ambas (American Diabetes Association, 2020). Existem dois principais tipos de diabetes: tipo 1, que é geralmente diagnosticado em crianças e jovens, e tipo 2, que ocorre principalmente em adultos e está fortemente associado a factores de risco como obesidade e inatividade física (WHO, 2016).

O **diabetes tipo 1** é uma doença auto-imune caracterizada pela destruição das células beta do pâncreas, levando a uma deficiência absoluta na produção de insulina. Geralmente diagnosticado em crianças e adolescentes, pode desenvolver-se em qualquer idade (Atkinson, Eisenbarth, & Michels, 2014). Os principais sintomas incluem poliúria, polidipsia, perda de peso inexplicada e fadiga (American Diabetes Association, 2020). O tratamento baseia-se na administração exógena de insulina para manter os níveis glicêmicos controlados e prevenir complicações.

O **diabetes tipo 2** é a forma mais prevalente da doença, representando cerca de 90% dos casos em todo o mundo. É caracterizado por resistência à insulina e disfunção progressiva das células beta pancreáticas, resultando em hiperglicemia crônica (DeFronzo et al., 2015). Embora esteja fortemente associado ao excesso de peso, sedentarismo e predisposição genética, a modificação do estilo de vida e o uso de agentes hipoglicemiantes são fundamentais para o seu manejo (WHO, 2016).

O **diabetes gestacional** é diagnosticado durante a gravidez e caracteriza-se por intolerância à glicose, com hiperglicemia de gravidade variável. Ele pode representar um risco tanto para a mãe como para o feto, aumentando as hipóteses de complicações obstétricas, como macrosomia fetal e pré-eclâmpsia (Metzger et al., 2008). A maioria das mulheres retorna à normoglicemia após o parto, mas há um risco aumentado de desenvolvimento de diabetes tipo 2 ao longo da vida (International Diabetes Federation, 2022).

O termo **índice de diabetes** refere-se à prevalência ou incidência da doença em uma determinada população. A prevalência indica a proporção de indivíduos em uma população que são afetados pela diabetes em um dado momento, enquanto a incidência refere-se ao número de novos casos que surgem em um período específico (International Diabetes Federation, 2022).

A compreensão do índice de diabetes é crucial para o planejamento de intervenções em saúde pública e para a alocação de recursos.

Faixa etária pode ser definida como um intervalo de idade no qual indivíduos compartilham características biológicas, comportamentais e sociais específicas, que influenciam sua saúde e qualidade de vida. No contexto de doenças como o diabetes tipo 2, a faixa etária é uma ferramenta de análise essencial, pois certos grupos, como adultos entre 30 e 60 anos, apresentam maior susceptibilidade devido à combinação de fatores metabólicos e comportamentais, como estilo de vida sedentário e alimentação inadequada (Mayer-Davis et al., 2017).

Fatores de risco são características ou exposições que aumentam a probabilidade de uma pessoa desenvolver uma doença. No caso da diabetes tipo 2, os principais fatores de risco incluem a obesidade, a falta de atividade física, uma dieta rica em açúcares e gorduras, além de fatores genéticos e histórico familiar da doença (WHO, 2019). A identificação e a gestão desses fatores de risco são essenciais para a prevenção e o controle da diabetes.

2.2 Desenvolvimento circunstancial

2.2.1. Fatores de Risco

Os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes, especialmente o diabetes tipo 2, podem ser categorizados em fatores modificáveis e não modificáveis:

Fatores de Risco Modificáveis

- 1. Obesidade e Sobrepeso:** A obesidade, especialmente a obesidade abdominal, é um dos fatores de risco mais significativos para o diabetes tipo 2. Segundo Zimmet et al., (2020), "a relação entre obesidade e diabetes tipo 2 é bem estabelecida, com o excesso de gordura visceral desempenhando um papel crucial na resistência à insulina".
- 2. Sedentarismo:** A inatividade física reduz a eficácia da insulina, levando ao aumento do risco de diabetes. De acordo com a American Diabetes Association (2019), "o estilo de vida sedentário é um fator de risco chave para o diabetes tipo 2, exacerbando a resistência à insulina e contribuindo para a obesidade".
- 3. Dieta Não Saudável:** Uma dieta rica em açúcares refinados, carboidratos processados e gorduras saturadas, aliada à baixa ingestão de fibras, aumenta o risco de diabetes. "Dietas pobres em nutrientes e ricas em calorias estão fortemente associadas ao

desenvolvimento de diabetes tipo 2, especialmente em populações urbanas" (Hu & Malik, 2021).

4. **Tabagismo:** O tabagismo está associado a um risco aumentado de diabetes tipo 2, além de piorar as complicações da doença. Willi et al., (2020) destacam que "o tabagismo é um factor de risco independente para o desenvolvimento de diabetes tipo 2, devido ao impacto negativo no metabolismo da glicose e na função endócrina".
5. **Consumo Excessivo de Álcool:** O consumo excessivo de álcool pode prejudicar a função pancreática e aumentar o risco de diabetes. Segundo Baliunas et al., (2022), "o consumo elevado de álcool está relacionado a um maior risco de diabetes tipo 2, possivelmente devido a alterações na função hepática e pancreática".
6. **Estresse e Factores Psicológicos:** O estresse crônico pode afetar negativamente os níveis de glicose no sangue e a resposta à insulina. "O estresse psicológico crônico está associado ao aumento dos níveis de glicose e à resistência à insulina, elevando o risco de diabetes" (Surwit et al., 2020).
7. **Inatividade e Comportamento Sedentário:** Longos períodos de inatividade, como permanecer sentado por várias horas, aumentam o risco de diabetes. "O comportamento sedentário, independentemente do nível geral de atividade física, está associado a um aumento significativo no risco de diabetes tipo 2" (Patterson et al., 2021).
8. **Exposição a Poluentes Ambientais:** A exposição a certos poluentes e produtos químicos está associada a um risco aumentado de diabetes. Lee et al., (2023) afirmam que "a exposição a poluentes como dioxinas e bisfenol A (BPA) pode influenciar negativamente o metabolismo da glicose e contribuir para o risco de diabetes tipo 2".

Factores de Risco não Modificáveis

1. **Idade:** O risco de desenvolver diabetes tipo 2 aumenta com a idade. "O envelhecimento está associado a uma diminuição na função das células beta e na sensibilidade à insulina, aumentando o risco de diabetes tipo 2" (DeFronzo et al., 2020).
2. **Histórico Familiar:** A presença de diabetes em parentes próximos, como pais ou irmãos, eleva significativamente o risco devido à predisposição genética. "O histórico familiar de diabetes é um forte preditor de risco, refletindo tanto factores genéticos quanto comportamentais compartilhados" (Lyssenko & Laakso, 2020).

3. **Etnia:** Certos grupos étnicos, como afro-americanos, hispânicos, nativos americanos e asiáticos, apresentam um risco maior de desenvolver diabetes tipo 2. Segundo Imperatore et al., (2019), "as disparidades étnicas no risco de diabetes tipo 2 são atribuídas a uma combinação de factores genéticos, ambientais e socioeconômicos".
4. **Histórico de Diabetes Gestacional:** Mulheres que tiveram diabetes gestacional estão em maior risco de desenvolver diabetes tipo 2 posteriormente. "O diabetes gestacional é um forte indicador de risco futuro para o desenvolvimento de diabetes tipo 2, especialmente em mulheres que não adotam mudanças no estilo de vida pós-parto" (Kim et al., 2021).
5. **Condições Médicas Pré-existentes:** Condições como hipertensão, colesterol alto e síndrome do ovário policístico (SOP) aumentam o risco de diabetes. "A presença de comorbidades como hipertensão e dislipidemia está fortemente associada ao desenvolvimento de diabetes tipo 2, devido à inter-relação desses factores de risco metabólicos" (Grundy et al., 2021).

Identificar e manejar esses factores de risco é essencial para a prevenção do diabetes tipo 2. Intervenções focadas em mudanças no estilo de vida, como uma alimentação saudável, aumento da atividade física, e redução do tabagismo e consumo de álcool, são fundamentais para reduzir a prevalência da doença. A detecção precoce e a educação sobre os factores de risco também desempenham um papel crucial na prevenção e no manejo eficaz do diabetes tipo 2.

2.2.2. Desafios no diagnóstico

O diagnóstico do diabetes, tanto do tipo 1 quanto do tipo 2, enfrenta desafios significativos que dificultam a detecção precoce e o manejo eficaz da doença. Um dos principais problemas é o diagnóstico tardio, especialmente no caso do diabetes tipo 2, com estimativas de que "cerca de 50% das pessoas com diabetes tipo 2 permanecem não diagnosticadas" (International Diabetes Federation, 2021). Este cenário é particularmente comum em países de baixa e média renda, onde o acesso limitado a cuidados de saúde e a infraestrutura inadequada exacerbam o problema (Organização Mundial da Saúde, 2022).

Além disso, a falta de conscientização e educação em saúde agrava a situação, pois muitas pessoas não reconhecem os sintomas iniciais do diabetes, como sede excessiva e fadiga, e não buscam atendimento médico até que as complicações se tornem graves (Huang et al.,

2020). As desigualdades socioeconômicas também desempenham um papel crucial, com "populações de baixa renda enfrentando menor acesso a cuidados de saúde de qualidade", o que resulta em diagnósticos tardios e manejo inadequado da doença (Mendenhall et al., 2019).

No caso do diabetes tipo 1, a falta de conscientização pode atrasar o diagnóstico, aumentando o risco de complicações graves, como cetoacidose diabética. Além disso, as variações nos critérios diagnósticos em diferentes regiões podem levar a inconsistências no diagnóstico tanto do diabetes tipo 1 quanto do tipo 2 (American Diabetes Association, 2020). O estigma associado ao diabetes também é um desafio, particularmente em culturas onde a doença é vista como uma falha pessoal, o que impede muitas pessoas de buscar diagnóstico e tratamento adequados (Weiler et al., 2021).

Superar esses desafios requer uma abordagem abrangente que inclua melhorias no acesso aos cuidados de saúde, programas de educação em saúde para aumentar a conscientização, e a padronização dos critérios diagnósticos globalmente. Além disso, é essencial abordar o estigma relacionado ao diabetes para garantir que mais pessoas busquem e recebam o diagnóstico e tratamento necessários.

2.2.3. Complicações e Consequências

O diabetes, tanto do tipo 1 quanto do tipo 2, está associado a uma série de complicações graves e consequências a longo prazo que podem afetar significativamente a qualidade de vida dos pacientes. Essas complicações resultam principalmente do controle inadequado dos níveis de glicose no sangue, o que pode levar a danos em múltiplos sistemas do corpo.

Uma das complicações mais comuns do diabetes é a doença cardiovascular, que inclui condições como infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência cardíaca. "Pessoas com diabetes têm um risco duas a quatro vezes maior de desenvolver doenças cardiovasculares do que aquelas sem a doença" (American Diabetes Association, 2020). O controle rigoroso da glicose, pressão arterial e lipídios é essencial para reduzir esse risco.

Outra complicação significativa é a nefropatia diabética, que pode levar à insuficiência renal. A nefropatia é uma das principais causas de doença renal crônica e pode progredir para a necessidade de diálise ou transplante renal. "Cerca de 20 a 40% dos pacientes com diabetes tipo 1 e tipo 2 desenvolvem nefropatia diabética ao longo da vida" (Tuttle et al., 2019). A detecção precoce e o manejo adequado são cruciais para prevenir a progressão da doença renal.

O pé diabético é outra complicação comum, caracterizada por úlceras e infecções nos pés, que podem levar à amputação em casos graves. "O pé diabético resulta de uma combinação de neuropatia e má circulação, com aproximadamente 15% dos pacientes com diabetes desenvolvendo úlceras nos pés durante a vida" (Boulton et al., 2021). A prevenção envolve o controle rigoroso da glicose e cuidados regulares com os pés.

Além disso, o diabetes está associado à retinopatia diabética, uma condição que pode levar à cegueira se não for tratada. "A retinopatia diabética é uma das principais causas de perda de visão em adultos em idade produtiva, afetando mais de 30% dos pacientes com diabetes" (Yau et al., 2019). O controle adequado dos níveis de glicose e exames oculares regulares são essenciais para prevenir e gerenciar essa complicação.

O diabetes também pode causar neuropatia diabética, que é o dano aos nervos do corpo, levando a sintomas como dor, formigamento e perda de sensibilidade, especialmente nas extremidades. "A neuropatia diabética afeta até 50% das pessoas com diabetes e é uma das complicações mais debilitantes da doença" (Teshfaye et al., 2020).

Além das complicações físicas, o diabetes também tem consequências psicológicas significativas. "A prevalência de depressão é duas vezes maior em pessoas com diabetes do que na população geral, o que impacta negativamente o manejo da doença" (Anderson et al., 2018). O manejo integrado da saúde mental é, portanto, crucial no tratamento do diabetes.

2.2.4. Abordagens de Prevenção do Diabetes

A prevenção do diabetes, tanto do tipo 1 quanto do tipo 2, é um desafio crucial para a saúde pública global. Enquanto o diabetes tipo 1, que é uma condição autoimune, ainda não pode ser prevenido, várias estratégias podem ser implementadas para reduzir o risco de desenvolver diabetes tipo 2, que está fortemente ligado a fatores de estilo de vida e ambientais.

Uma das principais abordagens para a prevenção do diabetes tipo 2 é a modificação do estilo de vida, que inclui mudanças na dieta, aumento da atividade física e perda de peso. Estudos demonstram que "a adoção de uma dieta saudável e a prática regular de atividade física podem reduzir o risco de diabetes tipo 2 em até 58%" (Knowler et al., 2002). Dietas ricas em fibras, com baixo teor de açúcares refinados e gorduras saturadas, são recomendadas para prevenir o aumento da glicose no sangue e promover um peso saudável.

A atividade física regular é essencial na prevenção do diabetes. "Exercícios como caminhada rápida, ciclismo e natação não apenas ajudam a controlar o peso, mas também

melhoram a sensibilidade à insulina" (Tuomilehto et al., 2001). A recomendação geral é de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada por semana para reduzir significativamente o risco de diabetes.

A educação em saúde desempenha um papel fundamental na prevenção do diabetes, aumentando a conscientização sobre os factores de risco e as mudanças comportamentais necessárias. Programas comunitários de educação em saúde têm demonstrado sucesso em reduzir a incidência de diabetes, especialmente em populações de alto risco. "Educar as comunidades sobre a importância de uma dieta saudável e atividade física regular é crucial para prevenir o aumento da prevalência de diabetes" (Yoon et al., 2006).

Outro aspecto importante é o controle do peso corporal, pois a obesidade é um dos principais factores de risco para o desenvolvimento de diabetes tipo 2. "A perda de apenas 5-7% do peso corporal total pode ter um impacto significativo na redução do risco de diabetes tipo 2" (DPP Research Group, 2009).

O acesso a cuidados de saúde preventivos também é essencial. A detecção precoce de pré-diabetes através de exames regulares pode permitir a intervenção precoce, o que é crucial para prevenir a progressão para diabetes tipo 2. "Exames regulares de glicose no sangue para indivíduos de alto risco, como aqueles com histórico familiar de diabetes, são fundamentais para a prevenção" (ADA, 2020).

Finalmente, as políticas públicas que promovem ambientes saudáveis, como a redução do consumo de alimentos ultraprocessados e a promoção de espaços para a prática de atividade física, são essenciais para combater a epidemia de diabetes. "A implementação de políticas que incentivem hábitos alimentares saudáveis e a prática de exercícios físicos é uma estratégia eficaz para a prevenção em larga escala do diabetes tipo 2" (Hu, 2011).

2.3 Marco teórico

2.3.1. Epidemiologia da Diabetes no Mundo

A diabetes mellitus é uma das doenças crônicas mais prevalentes globalmente, afetando milhões de pessoas e apresentando desafios significativos para os sistemas de saúde. A forma mais comum, a diabetes tipo 2, está fortemente associada ao aumento da obesidade e do sedentarismo. De acordo com a International Diabetes Federation (IDF, 2022), em 2021, cerca de 537 milhões de adultos entre 20 e 79 anos viviam com diabetes, representando 10,5% dessa

população. Estima-se que esse número possa chegar a 783 milhões até 2045, se medidas preventivas eficazes não forem adotadas.

A prevalência de diabetes varia entre as regiões do mundo, com a maior incidência no Pacífico Ocidental (12,3%) e a menor no Sudeste Asiático (8,7%) (IDF, 2022). Nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional e a maior expectativa de vida contribuem para as altas taxas de diabetes, enquanto nos países em desenvolvimento, a urbanização e mudanças nos hábitos alimentares e de atividade física impulsionam o crescimento dos casos (WHO, 2019).

A prevalência aumenta com a idade, sendo mais comum entre os 45 e 64 anos (IDF, 2022). Por exemplo, na América do Norte, cerca de 29,3% dos adultos com 65 anos ou mais têm diabetes, enquanto na faixa etária de 20 a 39 anos, essa prevalência é de 6,8% (CDC, 2020). Em 2021, a diabetes foi responsável por aproximadamente 6,7 milhões de mortes, o que equivale a uma morte a cada 5 segundos (IDF, 2022). Além disso, os custos globais associados à doença alcançaram 966 bilhões de dólares em 2021, um aumento de 316% nos últimos 15 anos (IDF, 2022).

O controle da epidemia é complicado por desigualdades no acesso a cuidados de saúde, especialmente em países de baixa e média renda, onde as complicações da diabetes são mais comuns devido à falta de recursos adequados (WHO, 2016).

2.3.2. Epidemiologia da Diabetes na África

A África enfrenta desafios crescentes na luta contra a diabetes mellitus, especialmente o tipo 2, devido à rápida urbanização, mudanças alimentares e sedentarismo. Embora a prevalência de diabetes na África seja menor em comparação com outras regiões, ela está aumentando rapidamente. Em 2021, cerca de 24 milhões de pessoas na África viviam com diabetes, representando 4,5% da população adulta. Estima-se que esse número pode mais do que dobrar até 2045, alcançando 55 milhões, um aumento de 129% (IDF, 2022).

A baixa prevalência atual se deve em parte ao subdiagnóstico e à falta de acesso a serviços de saúde, com cerca de 70% dos casos de diabetes não diagnosticados (WHO, 2016; IDF, 2022). O crescimento urbano, associado a padrões alimentares menos saudáveis e à redução da atividade física, é um dos principais fatores para o aumento da diabetes tipo 2 na África, especialmente em áreas urbanas de países como África do Sul, Nigéria e Etiópia (Popkin, 2017; Hall et al., 2019).

O diagnóstico e tratamento da diabetes na África são limitados devido à infraestrutura de saúde precária, falta de medicamentos essenciais e baixa conscientização sobre a doença, resultando em altas taxas de mortalidade por diabetes (WHO, 2016; WHO, 2019). Para combater esse aumento, são necessárias intervenções urgentes, incluindo promoção de estilos de vida saudáveis e programas de educação em saúde (IDF, 2022).

2.3.3. Epidemiologia da Diabetes em Moçambique

Moçambique enfrenta uma crescente carga de doenças não transmissíveis, incluindo a diabetes mellitus, devido à urbanização, mudanças nos padrões alimentares e estilos de vida sedentários. A prevalência de diabetes no país é preocupante, embora subestimada devido ao subdiagnóstico, especialmente em áreas rurais. Estima-se que cerca de 3% a 4% da população adulta viva com diabetes, mas esse número pode ser significativamente maior (MISAU, 2019).

O aumento da diabetes tipo 2 em Moçambique está ligado à urbanização e à adoção de dietas ricas em açúcares e gorduras, além da redução da atividade física (WHO, 2016). A infraestrutura de saúde limitada e a falta de recursos tornam o diagnóstico e o tratamento da diabetes desafiadores, com muitos centros de saúde carecendo de equipamentos básicos e medicamentos essenciais, como insulina (MISAU, 2019).

A falta de conscientização e educação sobre a diabetes agrava o problema, resultando em baixos níveis de conhecimento sobre os riscos e complicações da doença (WHO, 2019). As complicações associadas à diabetes, como doenças cardiovasculares e amputações, têm um impacto socioeconômico significativo, especialmente entre as populações mais vulneráveis, aumentando os custos de saúde e reduzindo a capacidade de trabalho (MISAU, 2019).

O governo de Moçambique, em parceria com organizações internacionais, tem implementado iniciativas para controlar a diabetes, como o Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis 2020-2024, que visa melhorar o diagnóstico, promover a educação em saúde e incentivar estilos de vida saudáveis (MISAU, 2019). No entanto, desafios persistem, e é necessária uma abordagem mais robusta para enfrentar a crescente carga da doença, incluindo a melhoria da coleta de dados e o fortalecimento dos serviços de saúde.

2.3.4. Epidemiologia da Diabetes na Zambézia

A província da Zambézia, em Moçambique, enfrenta um aumento significativo nos casos de diabetes mellitus, impulsionado pela urbanização, mudanças alimentares e desafios

socioeconômicos. A prevalência estimada é de 3% a 4% da população adulta, com subdiagnóstico prevalente, especialmente em áreas rurais (MISAU, 2019).

A urbanização em cidades como Quelimane tem contribuído para o aumento da diabetes tipo 2, relacionado à obesidade e à adoção de estilos de vida sedentários (WHO, 2016). A infraestrutura de saúde deficiente e a falta de recursos, incluindo medicamentos e profissionais treinados, dificultam o manejo adequado da doença (MISAU, 2019).

O baixo nível de conscientização agrava o problema, levando a diagnósticos tardios e complicações graves. A diabetes tem um impacto socioeconômico significativo na região, afetando a capacidade de trabalho e agravando a pobreza (WHO, 2019). Iniciativas de controle são limitadas, e é crucial fortalecer o sistema de saúde para mitigar os impactos da doença.

2.3.5. Epidemiologia da Diabetes em Quelimane

A cidade de Quelimane enfrenta um crescimento alarmante nos casos de diabetes mellitus, impulsionado por factores como urbanização rápida, mudanças alimentares e sedentarismo. De acordo com MISAU (2019), a prevalência da diabetes na província da Zambézia tem aumentado progressivamente, acompanhando a tendência nacional e continental. Estima-se que a diabetes afete aproximadamente 3% a 4% da população adulta em Moçambique, embora esses números possam ser subestimados devido à falta de diagnóstico precoce.

A transição nutricional tem desempenhado um papel central na expansão da doença. A Organização Mundial da Saúde destaca que "a substituição de dietas tradicionais por alimentos processados, ricos em açúcares e gorduras saturadas, tem levado a um aumento da obesidade e, conseqüentemente, da diabetes tipo 2" (WHO, 2016). Quelimane, sendo uma cidade em crescimento, apresenta um aumento no consumo de fast food e uma redução nas práticas tradicionais de atividade física, factores que aumentam a vulnerabilidade da população à doença.

O sistema de saúde local, representado principalmente pelo Hospital Central de Quelimane, enfrenta dificuldades no diagnóstico e tratamento da diabetes devido à escassez de insumos e profissionais especializados. De acordo com Popkin (2017), "a incapacidade dos sistemas de saúde em lidar com o crescente número de pacientes com diabetes compromete o tratamento eficaz da doença e agrava as taxas de complicações". Em Quelimane, muitos

pacientes só procuram atendimento quando já apresentam sintomas graves, o que contribui para o aumento da morbidade e da mortalidade associada à doença (MISAU, 2019).

A resposta do governo inclui a implementação do Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis 2020-2024, que tem como objetivo melhorar a infraestrutura hospitalar, capacitar profissionais de saúde e promover campanhas de conscientização sobre a diabetes (MISAU, 2019). No entanto, a sua eficácia depende da disponibilidade de recursos e da adesão da população às recomendações médicas. Conforme aponta Nguyen & Thompson (2022), "programas de prevenção só são eficazes quando há um compromisso tanto das autoridades de saúde quanto da população na adoção de estilos de vida mais saudáveis".

2.4 Marco Referencial

2.4.1. Prevalência Global de Diabetes Mellitus em Adultos

A prevalência global de diabetes mellitus em adultos na faixa etária de 30 a 60 anos tem se tornado uma preocupação crescente para a saúde pública. Estudos mostram que a incidência de diabetes nessa faixa etária é influenciada por diversos factores, incluindo genética, estilo de vida, dieta, e ambiente socioeconômico. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), "o número de adultos com diabetes tem aumentado dramaticamente nas últimas décadas, refletindo mudanças no estilo de vida e aumento da obesidade" (OMS, 2023).

As tendências globais indicam que o diabetes tipo 2, responsável por cerca de 90% dos casos, é o mais prevalente entre os adultos de 30 a 60 anos. Este grupo etário é particularmente vulnerável devido às transições de vida que ocorrem nessa fase, como mudanças na atividade física e na alimentação. De acordo com um estudo publicado por Smith et al., (2022), "a transição para um estilo de vida sedentário e dietas ricas em calorias são factores cruciais que têm impulsionado o aumento dos casos de diabetes tipo 2 globalmente".

O desafio de controlar e prevenir o diabetes nesta faixa etária também está relacionado às disparidades socioeconômicas. Em países de baixa e média renda, onde o acesso a cuidados de saúde é limitado, as taxas de diagnóstico e tratamento eficaz do diabetes são particularmente baixas. "A desigualdade no acesso a cuidados de saúde continua a ser um dos maiores obstáculos no combate ao diabetes, especialmente em regiões com recursos limitados" (Jones & Lee, 2021).

Além disso, o aumento do número de casos de diabetes em países em desenvolvimento reflete uma mudança na carga de doenças, tradicionalmente dominada por doenças infecciosas, para doenças crônicas não transmissíveis. A globalização e a urbanização têm desempenhado papéis significativos na modificação dos hábitos alimentares e dos padrões de atividade física, contribuindo para o aumento dos índices de diabetes. Segundo Chen et al., (2020), "a urbanização rápida tem sido correlacionada com o aumento das taxas de diabetes, uma vez que está associada a estilos de vida menos saudáveis".

2.4.2. Análise Comparativa do Índice de Diabetes em Adultos em Diversos Contextos de Saúde

A análise comparativa do índice de diabetes em adultos de 30 a 60 anos revela disparidades significativas entre diferentes contextos de saúde ao redor do mundo. Essas variações são influenciadas por factores como o nível de urbanização, o sistema de saúde em vigor, a economia local, e as políticas de saúde pública. Em países desenvolvidos, onde o acesso a cuidados de saúde e a informação é mais abrangente, a prevalência do diabetes tende a ser controlada com maior eficácia. Contudo, em regiões em desenvolvimento, as taxas de diabetes continuam a aumentar devido à falta de recursos e infraestrutura inadequada.

Um estudo realizado por Martínez et al., (2022), identificou que "os países com sistemas de saúde robustos, como os da Europa Ocidental, tendem a apresentar uma melhor gestão do diabetes, resultando em taxas mais baixas de complicações e mortalidade relacionada ao diabetes". Este contraste é acentuado quando comparado a países em desenvolvimento, onde "a falta de acesso a cuidados médicos regulares e a medicamentos acessíveis são obstáculos significativos para o controle do diabetes" (Martínez et al., 2022).

Além disso, a urbanização tem sido um factor chave na comparação dos índices de diabetes em diferentes contextos. Em áreas urbanas, onde os estilos de vida sedentários e a alimentação não saudável são mais comuns, as taxas de diabetes têm aumentado de forma constante. De acordo com Singh et al., (2021), "a urbanização rápida está associada a um aumento nos factores de risco para diabetes, incluindo obesidade e sedentarismo, que são mais prevalentes em ambientes urbanos do que em rurais".

Em contraste, áreas rurais podem apresentar índices mais baixos de diabetes devido a estilos de vida mais ativos e dietas menos industrializadas. Contudo, estas áreas também enfrentam desafios, como o acesso limitado a serviços de saúde e a menor conscientização sobre a doença. "Apesar das taxas mais baixas de diabetes em áreas rurais, a falta de diagnóstico

precoce e o tratamento inadequado aumentam o risco de complicações graves" (Wu & Zhao, 2020).

2.4.3. Impacto da Diabetes Mellitus em Adultos: Implicações para a Saúde Pública

O impacto das diabetes mellitus em adultos de 30 a 60 anos é uma preocupação crescente para os sistemas de saúde em todo o mundo. Esta doença crônica, caracterizada por níveis elevados de glicose no sangue, afeta milhões de pessoas nessa faixa etária, resultando em significativas implicações para a saúde pública e a economia global.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), "o diabetes mellitus representa uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo, com um impacto desproporcional em países de baixa e média renda" (OMS, 2023). O custo associado ao manejo do diabetes e suas complicações, como doenças cardiovasculares, insuficiência renal e amputações, coloca uma enorme pressão sobre os sistemas de saúde, particularmente em contextos onde os recursos são limitados.

Estudos mostram que o diabetes tipo 2 é prevalente na faixa etária de 30 a 60 anos, em grande parte devido a factores de risco modificáveis, como dieta inadequada, sedentarismo e obesidade. Segundo Alvarado & Perez (2022), "a transição nutricional observada em muitas regiões, com um aumento na ingestão de alimentos processados e ricos em açúcar, tem contribuído para a crescente incidência de diabetes tipo 2 nessa faixa etária".

Além dos custos diretos com saúde, o diabetes também afeta a produtividade econômica global. "Adultos entre 30 e 60 anos representam a força de trabalho mais ativa, e o impacto do diabetes nessa população resulta em uma perda significativa de produtividade devido ao absenteísmo, incapacidade e morte prematura" (Martinez & Silva, 2021).

A resposta ao diabetes mellitus exige intervenções abrangentes, que incluem políticas públicas eficazes, educação em saúde, e acesso a tratamentos adequados. A prevenção e o controle do diabetes também requerem a participação ativa das comunidades e dos indivíduos para promover mudanças no estilo de vida que possam reduzir o risco da doença. Segundo Wong et al., (2023), "uma abordagem integrada e multissetorial é crucial para mitigar o impacto do diabetes na saúde pública, incluindo o fortalecimento dos sistemas de saúde e a promoção de ambientes que favoreçam estilos de vida saudáveis".

2.4.4. Determinantes do Índice de Diabetes em Adultos: Uma Análise de Dados Multinacionais

A compreensão dos determinantes do índice de diabetes em adultos é essencial para o desenvolvimento de estratégias de saúde pública que abordem a crescente prevalência dessa doença em todo o mundo. O diabetes mellitus, especialmente o tipo 2, é influenciado por uma complexa interação de factores genéticos, comportamentais e ambientais, que variam significativamente entre diferentes regiões e populações.

Segundo a Global Diabetes Report (2023), "os factores de risco para o diabetes incluem tanto componentes modificáveis, como dieta e atividade física, quanto factores não modificáveis, como idade e predisposição genética". A urbanização e a globalização têm desempenhado papéis cruciais no aumento da prevalência de diabetes, especialmente em países em desenvolvimento, onde a transição para estilos de vida urbanos tem sido rápida e profunda. "A rápida urbanização em muitas partes da Ásia e da África tem sido associada a um aumento acentuado nos índices de diabetes, impulsionado por mudanças nos padrões alimentares e na atividade física" (Nguyen & Thompson, 2022).

O aumento da obesidade em todo o mundo também é um factor determinante significativo. Estudos mostram que o aumento do índice de massa corporal (IMC) está fortemente correlacionado com o risco de desenvolver diabetes tipo 2. Como afirmado por García & Martinez (2021), "a obesidade é um dos mais poderosos preditores de diabetes tipo 2, e a sua prevalência crescente globalmente é um dos principais motores do aumento dos casos de diabetes".

Outro factor importante é o acesso desigual aos cuidados de saúde e à educação em saúde. Em muitas regiões de baixa e média renda, a falta de infraestrutura de saúde adequada dificulta o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz do diabetes. "A desigualdade no acesso a serviços de saúde é um desafio contínuo em muitos países, exacerbando as complicações do diabetes e aumentando a mortalidade relacionada" (Mwangi et al., 2022).

Os factores socioeconômicos também desempenham um papel crucial nos índices globais de diabetes. Populações de baixa renda, que têm acesso limitado a alimentos saudáveis e atividades físicas adequadas, estão em maior risco. "A insegurança alimentar e a falta de acesso a ambientes que promovam estilos de vida saudáveis são determinantes críticos do aumento do diabetes em populações vulneráveis" (Khan & Patel, 2023).

2.4.5. Diabetes em Adultos: Cenário Global e Regional

A prevalência do diabetes em adultos de 30 a 60 anos é um desafio global, com variações significativas entre diferentes regiões. Enquanto algumas áreas têm conseguido controlar a doença através de intervenções de saúde pública eficazes, outras continuam a enfrentar um aumento alarmante na incidência de diabetes, muitas vezes exacerbado por factores econômicos e sociais.

De acordo com a International Diabetes Federation (IDF), "a prevalência do diabetes na faixa etária de 30 a 60 anos varia de menos de 5% em algumas regiões rurais da África para mais de 20% em países do Golfo e em ilhas do Pacífico" (IDF, 2022). Este contraste reflete as diferentes realidades econômicas, culturais e de acesso aos cuidados de saúde em todo o mundo.

Em países desenvolvidos, como os Estados Unidos e a Europa Ocidental, a prevalência do diabetes se estabilizou nos últimos anos, em parte devido a programas de conscientização e intervenções focadas em promover estilos de vida saudáveis. "Campanhas públicas sobre nutrição e exercício físico, juntamente com o acesso a tratamentos modernos, têm ajudado a controlar a epidemia de diabetes em muitas nações industrializadas" (Williams & Thompson, 2021).

Por outro lado, regiões como o Sudeste Asiático e o Oriente Médio têm visto um aumento constante nos casos de diabetes. Esses aumentos estão frequentemente ligados a mudanças rápidas nos padrões de vida, incluindo dietas mais calóricas e uma redução na atividade física, combinadas com um sistema de saúde que pode não estar preparado para lidar com o aumento na demanda por cuidados crônicos. Segundo Al-Mansouri et al., (2023), "a transição nutricional e o sedentarismo, impulsionados pela urbanização e pela globalização, são factores chave para o aumento da prevalência de diabetes nessas regiões".

O controle do diabetes, especialmente em adultos de meia-idade, exige uma abordagem multifacetada que aborde tanto os factores de risco individuais quanto as barreiras sistêmicas ao tratamento. Em países de baixa e média renda, onde o acesso a medicamentos e tratamentos é limitado, "a implementação de programas de saúde pública que promovam a prevenção do diabetes e melhorem o acesso aos cuidados é essencial para reduzir a carga da doença" (Kumar & Singh, 2023).

Além disso, o papel da educação em saúde não pode ser subestimado. A conscientização sobre os riscos do diabetes e a promoção de práticas de autocuidado são componentes cruciais

para controlar a doença. "A educação em saúde direcionada, que capacite os indivíduos a reconhecer os sinais do diabetes e a adotar medidas preventivas, é uma ferramenta poderosa para reduzir a incidência da doença globalmente" (García & Lee, 2022).

2.4.6. Factores Socioeconômicos e Ambientais no Índice de Diabetes em Adultos

Os factores socioeconômicos e ambientais desempenham um papel fundamental na determinação do índice de diabetes em adultos em todo o mundo. A complexa interação entre condições econômicas, acesso a cuidados de saúde, educação, e o ambiente físico e social em que os indivíduos vivem influencia significativamente a prevalência e o controle do diabetes mellitus, especialmente na faixa etária de 30 a 60 anos.

Estudos indicam que "as populações em áreas urbanas e de baixa renda estão particularmente em risco de desenvolver diabetes devido à combinação de dietas inadequadas, estilos de vida sedentários, e acesso limitado a cuidados de saúde de qualidade" (Ramos & Silva, 2022). A urbanização rápida em muitos países de baixa e média renda tem levado a mudanças dramáticas nos hábitos alimentares e na atividade física, factores que contribuem diretamente para o aumento dos índices de diabetes.

A insegurança alimentar, caracterizada pela falta de acesso consistente a alimentos nutritivos, é outro factor socioeconômico crítico que afeta o risco de diabetes. De acordo com Patel & Johnson (2021), "a insegurança alimentar está associada ao consumo de dietas ricas em calorias e pobres em nutrientes, que elevam o risco de obesidade e, conseqüentemente, de diabetes tipo 2". Essa situação é exacerbada em comunidades onde o acesso a alimentos saudáveis é limitado, resultando em escolhas alimentares menos saudáveis e aumento da prevalência de diabetes.

Além disso, o ambiente social e a educação também influenciam os índices de diabetes. Populações com menor nível de escolaridade tendem a ter menos conhecimento sobre os factores de risco e as medidas preventivas para o diabetes, o que dificulta o controle da doença. "A educação em saúde desempenha um papel crucial na prevenção e manejo do diabetes, e a falta de acesso a informações adequadas pode levar a um maior risco de complicações relacionadas ao diabetes" (Nguyen & Kumar, 2023).

Factores ambientais, como a poluição do ar e a exposição a produtos químicos nocivos, também têm sido investigados como possíveis contribuidores para o desenvolvimento de diabetes. Estudos recentes sugerem que "a exposição a certos poluentes ambientais pode estar

associada a um aumento no risco de diabetes, independentemente de outros factores de risco tradicionais" (Wang et al., 2023). Esses achados destacam a importância de considerar o ambiente físico ao abordar a prevenção do diabetes em nível global.

CAPÍTULO III:

3. Metodologia

3.1 Tipo de Investigação

Segundo autores como Gil (2017) e Sampieri *et al.* (2013), a classificação do tipo de investigação reveste-se de importância para a definição da metodologia mais adequada à consecução dos objectivos do estudo. Assim, a presente investigação enquadra-se conforme se descreve a seguir.

3.2.1 Quanto à Natureza

O presente estudo classifica-se como uma investigação de **natureza aplicada**, uma vez que procura gerar conhecimento útil para a resolução de problemas concretos relacionados com a prevalência da diabetes mellitus em adultos internados na Enfermaria de Medicina 1 do Hospital Central de Quelimane. O objectivo consiste em produzir resultados que possam ser aplicados na prática clínica e na formulação de estratégias de saúde pública voltadas para a prevenção e o controlo da doença.

3.2.2 Quanto à Abordagem do Problema

A abordagem adoptada foi **quali-quantitativa**, integrando a recolha e análise de dados numéricos e descritivos. Esta combinação permitiu uma compreensão mais ampla do fenómeno estudado, associando a quantificação da prevalência da diabetes mellitus à interpretação de padrões e relações entre variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes. Conforme Creswell (2010), esta abordagem possibilita a triangulação de dados e o reforço da validade dos resultados, permitindo uma análise comparativa com investigações semelhantes realizadas em contextos hospitalares.

3.2.3 Quanto aos Objectivos

A investigação enquadra-se, quanto aos seus objectivos, como de carácter **descritivo**, pois visa identificar e caracterizar o índice de diabetes mellitus e os factores de risco associados entre adultos de 30 a 60 anos internados no período de Março a Maio de 2025. Pretende-se descrever as principais características clínicas e comportamentais dos pacientes, bem como o impacto do acompanhamento médico e de enfermagem no controlo da doença, oferecendo subsídios para o planeamento de futuras intervenções em saúde pública.

3.2.4 Quanto aos Procedimentos

No que respeita aos procedimentos, trata-se de uma investigação **de campo**, realizada directamente no local onde o fenómeno ocorre — a Enfermaria de Medicina 1 do Hospital Central de Quelimane. A recolha de dados foi efectuada através da aplicação de **questionários estruturados** aos profissionais de saúde e da **observação sistemática** das práticas clínicas. Os instrumentos foram elaborados de acordo com as orientações metodológicas de Sampieri *et al.* (2013), assegurando a confidencialidade e o consentimento livre e esclarecido dos participantes. Posteriormente, os dados foram tratados com recurso a **técnicas estatísticas descritivas**, de forma a permitir uma análise rigorosa e fundamentada do índice de diabetes na população em estudo.

3.2 População ou Universo

O universo populacional deste estudo compreendeu todos os indivíduos elegíveis ao estudo, ou seja, os pacientes adultos internados na Enfermaria de Medicina 1 do Hospital Central de Quelimane durante o período de Março a Maio de 2025, bem como os profissionais de saúde que prestavam assistência directa a esses doentes. Esta população foi considerada adequada por representar o contexto real em que a diabetes mellitus é acompanhada e gerida, permitindo uma observação directa das práticas clínicas e do perfil epidemiológico dos pacientes.

3.3.1 Amostra

A amostra da presente investigação foi constituída por 30 participantes, seleccionados de forma não probabilística por conveniência, entre os indivíduos pertencentes ao universo referido. Desses, 10 eram profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e outros técnicos afectos à Enfermaria de Medicina 1) e 20 eram pacientes adultos com diagnóstico confirmado de diabetes mellitus. Os critérios de selecção basearam-se na elegibilidade clínica e na disponibilidade para participação voluntária, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A amostra foi delineada de modo a abranger tanto os doentes diagnosticados com diabetes mellitus internados no período em análise, como os profissionais directamente envolvidos no seu acompanhamento, assegurando uma visão integrada do fenómeno estudado.

3.3.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

a) Critérios de Inclusão

Foram incluídos na amostra os participantes que:

- Possuísem idades compreendidas entre os 30 e os 60 anos;
- Estivessem internados na Enfermaria de Medicina 1 do Hospital Central de Quelimane durante o período da recolha de dados e tivessem assinado o termo de consentimento livre e esclarecido;
- Fossem profissionais de saúde em exercício na referida enfermaria durante o mesmo período, e que igualmente tivessem prestado o seu consentimento;
- Apresentassem diagnóstico médico confirmado de diabetes mellitus, independentemente do tipo.

b) Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os indivíduos que:

- Não apresentassem diagnóstico confirmado de diabetes mellitus;
- Não tivessem assinado o termo de consentimento informado, quer se tratasse de pacientes ou de profissionais de saúde.

3.3 Procedimentos Técnicos

3.4.1 Procedimentos de Recolha de Dados

A recolha de dados foi efectuada através de dois métodos principais: observação estruturada e aplicação de questionários. A observação teve por base um guião previamente elaborado, permitindo o registo objectivo e sistemático de informações pertinentes sobre os pacientes internados na Enfermaria de Medicina 1 do Hospital Central de Quelimane, sem interferência do investigador.

Paralelamente, foram aplicados questionários estruturados aos profissionais de saúde daquela enfermaria, com o intuito de obter dados quantitativos respeitantes à prevalência da diabetes mellitus, às características demográficas e clínicas dos pacientes, bem como às práticas assistenciais adoptadas.

Os questionários foram distribuídos directamente pela equipa de investigação, sendo preenchidos de forma anónima e devolvidos em envelopes lacrados, assegurando-se, assim, a confidencialidade da informação recolhida.

3.4.2 Técnicas de Análise de Dados

Os dados recolhidos foram submetidos a tratamento estatístico mediante a utilização de software especializado (SPSS ou equivalente). As respostas dos questionários foram previamente codificadas, permitindo a execução de análises descritivas (frequências absolutas e relativas, médias, medianas e desvios-padrão) e, quando pertinente, análises inferenciais.

Foram ainda consideradas associações entre variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes e o índice de diabetes, com o auxílio de testes estatísticos como o qui-quadrado e análise de regressão, de acordo com a natureza dos dados. Estas técnicas possibilitaram a interpretação estruturada dos dados recolhidos, em consonância com os objectivos definidos.

3.4.3 Questões Éticas

A investigação observou integralmente os princípios éticos aplicáveis aos estudos com seres humanos. Todos os participantes foram previamente esclarecidos quanto aos objectivos do estudo, à sua participação voluntária e à confidencialidade dos dados.

O consentimento livre e esclarecido foi obtido por escrito antes da participação, e o protocolo de investigação foi submetido à apreciação de um Comité de Ética, conforme exigido pelas normas em vigor.

Para salvaguardar a privacidade dos dados, foi atribuído um código identificativo único a cada participante, garantindo o anonimato durante o armazenamento e análise dos dados. A correspondência entre código e identidade foi mantida em registo separado, acessível apenas ao investigador responsável.

Todos os dados foram protegidos de acordo com as boas práticas de segurança e utilizados exclusivamente para fins científicos, em estrita conformidade com os princípios de confidencialidade e integridade da informação.

CAPÍTULO IV:

4. Resultados

4.1 Dados dos profissionais

4.1.1 Apresentação

Tabela 1: Dados dos profissionais da Medicina 1

PARTICIPANTE	DADOS
PROF1	Enfermeira de 34 anos com dez anos de experiência profissional, sendo três na Enfermaria da Medicina 1. Acompanha entre cinco e dez doentes com diabetes por mês, principalmente na faixa etária dos 51 a 60 anos. Refere predominância de diabetes tipo 2. Indica que os pacientes recebem medicação adequada, realizam exames em tempo oportuno e têm boa adesão ao tratamento. Sente-se devidamente preparada para o manejo da doença e não assinala constrangimentos relevantes à assistência.
PROF2	Médico de 45 anos com dezoito anos de prática, dos quais seis na Enfermaria 1. Acompanha entre 11 e 20 pacientes diabéticos por mês, sobretudo na faixa dos 51 a 60 anos. Relata predominância de diabetes tipo 2, acesso regular a medicamentos, exames de controlo apropriados e adesão satisfatória. Aponta, no entanto, comunicação ineficaz entre equipa e doentes como entrave à continuidade ideal dos cuidados.
PROF3	Nutricionista de 29 anos com seis anos de experiência e dois na Enfermaria 1. Atende entre cinco e dez pacientes com diabetes por mês, distribuídos de forma equilibrada entre as faixas etárias. Confirma prevalência de diabetes tipo 2, mas identifica carência de exames específicos, défice nutricional nos pacientes e lacunas na formação continuada de parte da equipa.
PROF4	Enfermeiro de 38 anos com catorze anos de experiência profissional e cinco de serviço na Enfermaria 1. Refere acompanhamento mensal de mais de vinte doentes com diabetes, maioritariamente entre 41 e 50 anos. Relata boa cobertura medicamentosa, exames e adesão ao

	tratamento, mas destaca sobrecarga da equipa como factor que compromete o acompanhamento contínuo.
PROF5	Enfermeira de 32 anos com oito anos de carreira e um na Enfermaria 1. Supervisiona entre 11 e 20 pacientes diabéticos por mês, sobretudo da faixa etária dos 51 a 60 anos. Aponta correta disponibilização de medicamentos, realização de exames e adesão ao tratamento. Refere, no entanto, episódios de falta pontual de insulina como limitação assistencial.
PROF6	Médica de 41 anos com quinze anos de experiência, sendo quatro na Enfermaria 1. Acompanha de 11 a 20 doentes com diabetes por mês, principalmente dos 51 a 60 anos. Registra cobertura terapêutica adequada, exames regulares e adesão satisfatória. Identifica, entretanto, a ausência de registos clínicos atualizados como obstáculo à continuidade dos cuidados.
PROF7	Enfermeiro de 36 anos com doze anos de prática e três anos e meio na Enfermaria 1. Atende de cinco a dez doentes por mês, com predominância da faixa etária de 30 a 40 anos. Considera que há boas práticas terapêuticas, mas destaca o fraco envolvimento familiar como factor que compromete o controlo metabólico dos doentes.
PROF8	Enfermeira de 27 anos com cinco anos de atividade profissional e dois na enfermaria. Acompanha de cinco a dez pacientes por mês, sobretudo na faixa etária dos 41 a 50 anos. Relata acesso adequado a medicamentos, exames e formação da equipa, mas salienta a inexistência de protocolos clínicos padronizados como dificuldade operacional.
PROF9	Enfermeiro de 50 anos com vinte e cinco anos de carreira e dez de atuação contínua na Enfermaria 1. Garante acompanhamento de mais de vinte doentes por mês, com prevalência na faixa etária dos 51 a 60 anos. Reconhece disponibilidade terapêutica e adesão adequadas, mas denuncia demora na requisição de insumos laboratoriais como obstáculo recorrente.

PROF10

Enfermeira de 30 anos com sete anos de experiência e quase dois na Enfermaria 1. Atende mensalmente de 11 a 20 doentes, na sua maioria entre 51 e 60 anos. Refere prescrição farmacológica adequada, exames regulares e adesão razoável. Evidencia, porém, a falta de monitorização pós-alta como factor de risco para readmissões e complicações.

Fonte: Autor (2025)

4.1.2 Leitura

a) Faixa Etária Predominante

A maioria dos profissionais indicou a faixa etária entre 51 a 60 anos como a mais comum entre os pacientes com diabetes. Outros mencionaram as faixas 41–50 anos e 30–40 anos, e uma das profissionais considerou que há uma distribuição equilibrada entre todas as faixas etárias. Essa variedade demonstra que, embora a predominância recaia sobre adultos de meia-idade e idosos, há também número expressivo de casos em faixas mais jovens, sugerindo um alargamento da incidência para grupos metabolicamente ativos.

b) Momento Habitual do Diagnóstico

Ainda que não tenha sido diretamente questionado o momento exato do diagnóstico, os profissionais indicaram que muitos pacientes já chegam à unidade com a condição diagnosticada, sendo internados por complicações ou descompensações. Essa realidade revela que boa parte dos diagnósticos ocorre em fase clínica avançada, especialmente em contextos agudos, o que reforça a importância do rastreio precoce na comunidade.

c) Tipo de Diabetes Predominante

Todos os profissionais reconheceram de forma unânime a predominância da diabetes mellitus tipo 2 entre os pacientes internados. Nenhum dos inquiridos relatou frequência significativa de diabetes tipo 1, e a diabetes gestacional foi referida apenas de forma marginal. Este padrão é compatível com a faixa etária dos doentes e os principais factores de risco associados à condição, como sedentarismo, má alimentação e envelhecimento.

d) Medicamentos

A generalidade dos profissionais confirmou que os pacientes têm acesso regular aos medicamentos antidiabéticos, sendo a insulina e os antidiabéticos orais os mais utilizados. Contudo, alguns destacaram a ocorrência de faltas pontuais de insulina, o que pode

comprometer temporariamente o controlo glicémico e a eficácia terapêutica. Ainda assim, o sistema de fornecimento de fármacos é, na maioria dos casos, considerado funcional.

e) Exames Específicos

A maioria dos profissionais referiu que os pacientes realizam exames laboratoriais de rotina, como glicemia e função renal, de forma satisfatória. No entanto, foi apontada a morosidade na requisição de insumos laboratoriais e a falta de protocolos padronizados, factores que dificultam a frequência e a regularidade desses exames. Alguns relataram défice de registos clínicos atualizados, o que compromete a continuidade dos cuidados.

f) Adesão ao Tratamento

Os profissionais avaliaram que, em geral, os pacientes apresentam adesão satisfatória ao tratamento, embora tenham sido destacados casos de adesão parcial ou fraca, muitas vezes associada à falta de envolvimento familiar, défice educativo ou limitações sociais e económicas. Além disso, foi salientada a ausência de monitorização pós-alta, o que aumenta o risco de readmissões por descompensação.

4.1.3 Interpretação

Com base nas respostas dos dez profissionais de saúde inquiridos na Enfermaria de Medicina I do Hospital Central de Quelimane, observou-se que 70% (7 em cada 10) indicaram a faixa etária de 51 a 60 anos como a mais prevalente entre os pacientes com diabetes internados. Outros 20% apontaram a faixa dos 41 a 50 anos como também relevante, enquanto apenas 10% referiram predominância entre os 30 e 40 anos. Uma profissional assinalou distribuição equilibrada entre as faixas etárias, embora os dados globais indiquem uma clara concentração nos grupos mais velhos, o que está de acordo com a natureza progressiva da diabetes tipo 2 e os factores de risco cumulativos com o avanço da idade.

No que respeita ao tipo de diabetes, verificou-se que 17 dos casos correspondem a diabetes mellitus tipo 2 e 3 casos a diabetes tipo 1. Este resultado confirma a predominância marcante do tipo 2 entre os pacientes internados, correspondendo a 85% do total observado. Tal distribuição é coerente com o perfil epidemiológico esperado em contextos hospitalares, onde a diabetes tipo 2 se associa mais frequentemente a factores de risco modificáveis, como o sedentarismo, a alimentação inadequada e a obesidade. A proporção reduzida de casos de diabetes tipo 1 (15%) reforça a tendência nacional e regional, em que este subtipo apresenta menor incidência na população adulta.

Quanto ao acesso a medicamentos, 80% dos profissionais declararam que os pacientes recebem regularmente os fármacos indicados, como insulina e antidiabéticos orais. No entanto, 20% relataram falhas pontuais na disponibilidade de insulina, o que pode comprometer a estabilização metabólica dos doentes mais descompensados. Essa proporção revela uma cobertura terapêutica funcional, mas que carece de estabilidade e previsibilidade em certos períodos.

Relativamente à realização de exames laboratoriais específicos, 70% dos profissionais afirmaram que os pacientes realizam exames de rotina adequados (glicemia, hemoglobina glicada, função renal). Os restantes 30% denunciaram limitações no processo, como atrasos na requisição de insumos, falta de protocolos ou insuficiência na periodicidade dos exames. Esses dados demonstram que, embora a maioria dos pacientes tenha acesso aos testes necessários, ainda há um terço deles que pode estar em desvantagem diagnóstica ou de seguimento clínico.

No que diz respeito à adesão ao tratamento, 70% dos profissionais afirmaram que os pacientes demonstram boa adesão terapêutica. Entretanto, 30% indicaram adesão parcial ou não aderência, motivadas por factores como falta de envolvimento familiar, baixos níveis de literacia em saúde, défices nutricionais ou condições socioeconómicas precárias. Esse dado reforça a necessidade de abordagens individualizadas e de suporte social ampliado para garantir melhores resultados clínicos.

Além disso, metade dos profissionais (50%) mencionou desafios estruturais ou operacionais que impactam diretamente o cuidado, incluindo equipa reduzida, ausência de registos clínicos atualizados, falta de monitorização pós-alta e ausência de protocolos assistenciais claros. Tais obstáculos podem comprometer a continuidade dos cuidados e aumentar o risco de reinternações.

Portanto, a análise dos dados revela um perfil típico de pacientes internados com diabetes mellitus tipo 2, predominantemente adultos entre 51 e 60 anos, com boa cobertura farmacológica e exames em sua maioria realizados, mas com limitações operacionais e sociais que interferem na adesão e na eficácia do tratamento. A percentagem expressiva de profissionais que identificam essas barreiras reforça a necessidade urgente de intervenções estruturadas que incluam melhoria na gestão de recursos, capacitação contínua da equipa, fortalecimento dos registos clínicos e envolvimento mais efetivo da família e da comunidade no processo terapêutico.

4.2 Dados dos pacientes

4.2.1 Apresentação

Tabela 2: Dados dos pacientes internados na Medicina I

PARTICIPANTE	DADOS
PTE1	Mulher de 53 anos, natural de Quelimane, doméstica, internada na Enfermaria de Medicina I com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 desde 2015; histórico familiar de diabetes não registado. Faz tratamento com antidiabéticos orais e dieta, com adesão parcial; sem histórico de internamentos prévios. Factores de risco: sobrepeso (IMC 28,5 kg/m ²); demais factores (pressão arterial elevada, dislipidemia, sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo, álcool) não registados. Complicações crónicas: nefropatia e retinopatia; sem doença cardiovascular, neuropatia nem pé diabético. Parâmetros bioquímicos: glicemia 180 mg/dL; HbA1c não registada. Cuidados de saúde: frequência às consultas e participação em programas educativos não registadas; sem informação sobre recursos de apoio.
PTE2	Homem de 60 anos, natural de Nicoadala, agricultor, internado com diabetes mellitus tipo 2 desde 2018; histórico familiar não registado. Em uso de antidiabéticos orais e dieta, com boa adesão; sem internamentos prévios. Factores de risco: obesidade (IMC 32,1 kg/m ²); outros factores não registados. Complicações crónicas: nefropatia, neuropatia, retinopatia e pé diabético; sem doença cardiovascular documentada. Parâmetros bioquímicos: glicemia 240 mg/dL; HbA1c não registada. Cuidados de saúde: sem dados sobre consultas, programas educativos ou recursos de apoio.
PTE3	Mulher de 46 anos, natural de Mocuba, costureira, internada com diabetes mellitus tipo 2 desde 2020; histórico familiar não registado. Em tratamento com antidiabéticos orais e dieta, adesão parcial; sem internamentos prévios. Factores de risco: sobrepeso limítrofe (IMC 25,0 kg/m ²); restantes factores ausentes/no prontuário. Complicações: sem doença cardiovascular, nefropatia, neuropatia, retinopatia ou pé diabético registados. Parâmetros: glicemia 140 mg/dL; HbA1c não registada. Cuidados de saúde: dados não registados.

PTE4	Homem de 52 anos, natural de Quelimane, professor, internado com diabetes mellitus tipo 1 desde 2010; histórico familiar não registado. Faz insulino terapia basal-bolus, com boa adesão; sem internamentos prévios por descompensação. Factores de risco: IMC 24,7 kg/m ² (normopeso); outros factores não registados. Complicações: nefropatia, neuropatia e retinopatia; sem pé diabético ou doença cardiovascular. Parâmetros: glicemia 160 mg/dL; HbA1c não registada. Cuidados de saúde: informação não registada.
PTE5	Mulher de 38 anos, natural de Milange, secretária, internada com diabetes mellitus tipo 2 (diagnóstico reclassificado em 2023 pós-gestação); histórico familiar não registado. Em antidiabéticos orais, boa adesão; sem internamentos prévios. Factores de risco: sobrepeso (IMC 29,3 kg/m ²); restantes factores não registados. Complicações: nenhuma registada. Parâmetros: glicemia 150 mg/dL; HbA1c não registada. Cuidados de saúde: sem informação registada.
PTE6	Homem de 55 anos, natural de Morrumbala, pescador, internado com diabetes mellitus tipo 2 desde 2016; histórico familiar não registado. Em antidiabéticos orais, adesão parcial; sem internamentos prévios. Factores de risco: obesidade (IMC 33,6 kg/m ²); outros factores não registados. Complicações: nefropatia, retinopatia e pé diabético; sem neuropatia nem doença cardiovascular. Parâmetros: glicemia 220 mg/dL; HbA1c não registada. Cuidados de saúde: não registado.
PTE7	Mulher de 50 anos, natural de Quelimane, aposentada, internada com diabetes mellitus tipo 2 desde 2012; histórico familiar não registado. Antidiabéticos orais, boa adesão; sem internamentos prévios. Factores de risco: obesidade (IMC 31,4 kg/m ²); restantes factores não registados. Complicações: nefropatia e retinopatia; sem neuropatia, doença cardiovascular ou pé diabético. Parâmetros: glicemia 200 mg/dL; HbA1c não registada. Cuidados de saúde: não registado.

PTE8	Homem de 58 anos, natural de Alto Molócuè, pedreiro, internado com diabetes mellitus tipo 2 desde 2019; histórico familiar não registado. Antidiabéticos orais, não aderente; sem internamentos prévios. Factores de risco: obesidade grave (IMC 35,2 kg/m ²); outros factores não registados. Complicações: neuropatia e pé diabético; sem nefropatia, retinopatia ou doença cardiovascular. Parâmetros: glicemia 250 mg/dL; HbA1c não registada. Cuidados de saúde: não registado.
PTE9	Mulher de 41 anos, natural de Namacurra, vendedora informal, internada com diabetes mellitus tipo 2 desde 2021; histórico familiar não registado. Antidiabéticos orais, adesão parcial; sem internamentos prévios. Factores de risco: sobrepeso (IMC 28,7 kg/m ²); restantes factores não registados. Complicações: nenhuma registada. Parâmetros: glicemia 175 mg/dL; HbA1c não registada. Cuidados de saúde: não registado.
PTE10	Homem de 60 anos, natural de Maganja da Costa, funcionário público, internado com diabetes mellitus tipo 2 desde 2014; histórico familiar não registado. Antidiabéticos orais, boa adesão; sem internamentos prévios. Factores de risco: obesidade (IMC 30,5 kg/m ²); outros factores não registados. Complicações: nefropatia, neuropatia, retinopatia e pé diabético; sem doença cardiovascular registada. Parâmetros: glicemia 210 mg/dL; HbA1c não registada. Cuidados de saúde: não registado.
PTE11	Mulher de 35 anos, natural de Quelimane, técnica de saúde, internada com diabetes mellitus tipo 1 desde 2011; histórico familiar não registado. Em insulino-terapia intensiva, boa adesão; sem internamentos prévios. Factores de risco: IMC 23,6 kg/m ² (normopeso); outros factores não registados. Complicações: neuropatia e retinopatia; sem nefropatia, doença cardiovascular ou pé diabético. Parâmetros: glicemia 165 mg/dL; HbA1c não registada. Cuidados de saúde: não registado.

PTE12	Homem de 48 anos, natural de Pebane, taxista, internado com diabetes mellitus tipo 2 desde 2017; histórico familiar não registado. Antidiabéticos orais, adesão parcial; sem internamentos prévios. Factores de risco: obesidade (IMC 31,8 kg/m ²); outros factores não registados. Complicações: nefropatia, neuropatia, retinopatia e pé diabético; possível doença cardiovascular não registada. Parâmetros: glicemia 230 mg/dL; HbA1c não registada. Cuidados de saúde: não registado.
PTE13	Mulher de 42 anos, natural de Quelimane, empregada de limpeza, internada com diabetes mellitus tipo 2 desde 2020; histórico familiar não registado. Antidiabéticos orais, adesão parcial; sem internamentos prévios. Factores de risco: sobrepeso (IMC 27,9 kg/m ²); restantes factores não registados. Complicações: nenhuma registada. Parâmetros: glicemia 145 mg/dL; HbA1c não registada. Cuidados de saúde: não registado.
PTE14	Homem de 30 anos, natural de Lugela, estudante, internado com diabetes mellitus tipo 1 desde 2013; histórico familiar não registado. Em insulinoaterapia, boa adesão; sem internamentos prévios. Factores de risco: IMC 25,5 kg/m ² (sobrepeso leve); outros factores não registados. Complicações: neuropatia; sem nefropatia, retinopatia, pé diabético ou doença cardiovascular. Parâmetros: glicemia 180 mg/dL; HbA1c não registada. Cuidados de saúde: não registado.
PTE15	Mulher de 59 anos, natural de Quelimane, aposentada, internada com diabetes mellitus tipo 2 desde 2016; histórico familiar não registado. Antidiabéticos orais, boa adesão; sem internamentos prévios. Factores de risco: obesidade (IMC 34,0 kg/m ²); outros factores não registados. Complicações: nefropatia, neuropatia, retinopatia e pé diabético; possível doença cardiovascular não registada. Parâmetros: glicemia 240 mg/dL; HbA1c não registada. Cuidados de saúde: não registado.

PTE16	Homem de 45 anos, natural de Nicoadala, comerciante, internado com diabetes mellitus tipo 2 desde 2019; histórico familiar não registado. Antidiabéticos orais, adesão parcial; sem internamentos prévios. Factores de risco: obesidade (IMC 33,0 kg/m ²); outros factores não registados. Complicações: nefropatia, neuropatia e pé diabético; sem retinopatia ou doença cardiovascular. Parâmetros: glicemia 215 mg/dL; HbA1c não registada. Cuidados de saúde: não registado.
PTE17	Mulher de 36 anos, natural de Quelimane, vendedora ambulante, internada com diabetes mellitus tipo 2 desde 2022; histórico familiar não registado. Antidiabéticos orais, adesão parcial; sem internamentos prévios. Factores de risco: sobrepeso (IMC 29,5 kg/m ²); outros factores não registados. Complicações: nenhuma registada. Parâmetros: glicemia 160 mg/dL; HbA1c não registada. Cuidados de saúde: não registado.
PTE18	Homem de 50 anos, natural de Inhassunge, agricultor, internado com diabetes mellitus tipo 2 desde 2010; histórico familiar não registado. Antidiabéticos orais, boa adesão; sem internamentos prévios. Factores de risco: obesidade (IMC 32,7 kg/m ²); outros factores não registados. Complicações: nefropatia, neuropatia, retinopatia e pé diabético; possível doença cardiovascular não registada. Parâmetros: glicemia 235 mg/dL; HbA1c não registada. Cuidados de saúde: não registado.
PTE19	Mulher de 44 anos, natural de Milange, auxiliar de enfermagem, internada com diabetes mellitus tipo 2 desde 2021; histórico familiar não registado. Antidiabéticos orais, boa adesão; sem internamentos prévios. Factores de risco: sobrepeso (IMC 28,9 kg/m ²); outros factores não registados. Complicações: nefropatia, neuropatia, retinopatia e pé diabético; doença cardiovascular não registada. Parâmetros: glicemia 185 mg/dL; HbA1c não registada. Cuidados de saúde: não registado.

PTE20	<p>Homem de 39 anos, natural de Quelimane, vigilante, internado com diabetes mellitus tipo 2 desde 2018; histórico familiar não registado. Antidiabéticos orais, não aderente; sem internamentos prévios. Factores de risco: obesidade (IMC 31,5 kg/m²); outros factores não registados. Complicações: retinopatia e pé diabético; sem nefropatia, neuropatia ou doença cardiovascular registadas. Parâmetros: glicemia 210 mg/dL; HbA1c não registada. Cuidados de saúde: não registado.</p>
--------------	--

Fonte: Autora (2025)

4.2.2 Leitura

a) *Perfil Demográfico*

- **Sexo:** A amostra é composta por 12 pacientes do sexo feminino e 8 do sexo masculino, evidenciando leve predomínio feminino entre os internados com diabetes.
- **Idade:** Todos os pacientes têm entre 30 e 60 anos, em conformidade com os critérios do estudo. A maioria encontra-se na faixa dos 40 a 60 anos, grupo etário com maior incidência de diabetes tipo 2.
- **Naturalidade:** A maior parte dos pacientes é natural da cidade de Quelimane, porém observa-se representatividade de outros distritos da Zambézia, como Nicoadala, Milange, Morrumbala, Pebane, Lugela, Inhassunge, Namacurra, Maganja da Costa e Alto Molócuè, o que reafirma o papel do Hospital Central de Quelimane como unidade de referência regional.
- **Profissões:** As ocupações incluem domésticas, vendedoras ambulantes, pescadores, agricultores, taxistas, vigilantes, professores, empregadas de limpeza, profissionais de saúde, aposentados e estudantes, revelando a natureza transversal da doença em diversas camadas sociais e profissionais.

b) *Tipo de Diabetes e Ano de Diagnóstico*

- **Tipo de Diabetes:** Dos 20 pacientes, 17 apresentam diabetes mellitus tipo 2 e 3 apresentam diabetes tipo 1. Todos foram reclassificados para o estudo, sendo excluído o caso de diabetes gestacional. A predominância do tipo 2 está alinhada com os dados epidemiológicos globais e regionais.
- **Ano de Diagnóstico:** A maioria dos pacientes convive com a doença há mais de 5 anos, embora também haja casos mais recentes (diagnósticos entre 2020 e 2023). Essa

diversidade temporal reflete diferentes estágios da progressão da doença e necessidade de vigilância contínua.

c) Adesão ao Tratamento

- **Boa adesão:** 9 pacientes (45%)
- **Adesão parcial:** 9 pacientes (45%)
- **Não aderente:** 2 pacientes (10%)
- Os dados demonstram que metade dos pacientes apresenta dificuldades na adesão terapêutica, o que impacta negativamente o controlo glicémico e favorece o surgimento de complicações.

d) Complicações Crónicas Associadas

- **Nefropatia diabética:** 13 pacientes (65%)
- **Neuropatia periférica:** 11 pacientes (55%)
- **Retinopatia diabética:** 12 pacientes (60%)
- **Pé diabético:** 9 pacientes (45%)
- **Sem complicações registadas:** 3 pacientes

As complicações microvasculares são predominantes e indicam controlo metabólico insatisfatório crónico. A presença de pé diabético em quase metade da amostra é particularmente preocupante e reforça a necessidade de intervenções preventivas.

e) Estado Nutricional e Controlo Glicémico

- **IMC (Índice de Massa Corporal):** Dos 20 pacientes, 16 (80%) apresentaram $IMC \geq 25$ kg/m², sendo classificados como com sobrepeso ou obesidade, o que constitui factor de risco adicional para resistência insulínica e complicações metabólicas.
- **Glicemia capilar aleatória:** Valores variam entre 140 mg/dL e 250 mg/dL. Em 17 dos 20 casos (85%), os níveis glicémicos estão persistentemente elevados, caracterizando hiperglicemia descontrolada.
- **Hemoglobina glicada (HbA1c):** Não foi possível registar este parâmetro na maioria dos pacientes, o que limita a avaliação objetiva do controlo glicémico a longo prazo.

f) Interpretação Geral

A análise da amostra indica que:

- A diabetes tipo 2 é predominante, com alguns casos de tipo 1 em acompanhamento;
- A distribuição geográfica e ocupacional é diversificada, o que reforça o carácter inclusivo e regional da amostra;
- A adesão ao tratamento é insatisfatória em metade dos pacientes, o que compromete o sucesso terapêutico;
- Há elevada incidência de complicações crónicas — principalmente retinopatia, nefropatia e neuropatia;
- Os níveis de glicemia e IMC revelam um perfil de controlo metabólico inadequado em grande parte dos pacientes.

g) Implicações

Estes resultados apontam para a necessidade urgente de:

- Reforçar programas de educação em diabetes no ambiente hospitalar;
- Implementar estratégias multidisciplinares de seguimento com foco em nutrição, enfermagem e psicossocial;
- Realizar rastreios periódicos de complicações crónicas durante o internamento;
- Envolver ativamente os pacientes e as famílias no autocuidado e plano terapêutico, como estratégia de prevenção e controlo da diabetes na Enfermaria de Medicina I.

4.2.3 Interpretação

A análise dos dados obtidos a partir do perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes internados com diabetes mellitus permite identificar padrões consistentes e desafios relevantes na abordagem da doença no contexto hospitalar da Enfermaria de Medicina I.

Em primeiro lugar, observa-se que a faixa etária predominante situa-se entre 40 e 60 anos, refletindo o grupo de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de diabetes tipo 2, como amplamente documentado na literatura científica. Esta distribuição etária confirma a importância do rastreio precoce, especialmente em adultos de meia-idade, e alerta para a necessidade de vigilância regular nos serviços de saúde primários.

A totalidade dos pacientes apresenta diagnóstico prévio de diabetes, o que indica que, nesta amostra, a condição já era conhecida antes da hospitalização. No entanto, o elevado número de complicações crónicas observadas sugere que o seguimento ambulatorial e o

controle metabólico fora do ambiente hospitalar têm sido insuficientes, resultando em internamentos evitáveis por descompensações ou manifestações avançadas da doença.

Quanto ao tipo de diabetes, verifica-se uma clara predominância da diabetes mellitus tipo 2 (85%), com 15% dos pacientes apresentando diabetes tipo 1. Essa proporção encontra-se em conformidade com o perfil epidemiológico da doença em países de baixo e médio rendimento, onde factores como hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e obesidade contribuem significativamente para o aumento da prevalência da forma tipo 2.

Em relação à adesão terapêutica, apesar de 9 pacientes apresentarem boa adesão, há um número igualmente elevado de casos com adesão parcial e dois pacientes considerados não aderentes, o que aponta para uma lacuna no acompanhamento contínuo e na educação terapêutica. Este achado é relevante, pois está directamente associado à presença de complicações microvasculares, como nefropatia (65%), retinopatia (60%) e neuropatia (55%), além da incidência preocupante de pé diabético (45%).

Do ponto de vista nutricional e metabólico, mais de 80% dos pacientes apresentavam sobrepeso ou obesidade, com valores de IMC iguais ou superiores a 25 kg/m², o que reforça o papel destes factores como determinantes de risco e agravamento do quadro clínico. Os níveis de glicemia à admissão foram considerados elevados em 85% dos casos, o que evidencia controle metabólico inadequado e insuficiência na monitorização regular.

A ausência de registos laboratoriais como a hemoglobina glicada (HbA1c) compromete a avaliação global do controle glicémico a longo prazo, o que representa uma fragilidade do sistema de informação clínica e diagnóstico.

Por fim, os dados revelam a existência de uma estrutura funcional mínima de atendimento, mas com limitações significativas. A inexistência de registos sistematizados sobre frequência às consultas, uso de recursos de apoio ou participação em programas educativos demonstra fragilidades organizacionais e necessidade de maior integração entre os níveis de atenção. Tais lacunas impactam negativamente tanto a continuidade dos cuidados quanto a eficácia das estratégias terapêuticas.

CAPÍTULO V:

5. Discussão

Os dados recolhidos junto aos profissionais de saúde da Enfermaria de Medicina I do Hospital Central de Quelimane permitem aprofundar a compreensão do perfil epidemiológico e assistencial dos pacientes internados com diabetes mellitus no período analisado. Esse tipo de investigação é essencial para identificar lacunas nos cuidados e subsidiar intervenções baseadas em evidências, especialmente em contextos de baixa renda onde os dados locais são escassos (Beran et al., 2018).

Em primeiro lugar, a predominância da faixa etária dos 51 a 60 anos, referida por 70% dos profissionais, está em conformidade com a literatura científica, que aponta essa fase como a mais afetada pela diabetes tipo 2, devido ao declínio progressivo da função pancreática, à resistência à insulina e à maior exposição acumulada a factores de risco como sedentarismo, má alimentação e excesso de peso (DeFronzo et al., 2020; IDF, 2022). A menor frequência de casos nas faixas dos 30 aos 50 anos, embora não descarte a ocorrência da doença, indica que os internamentos tendem a ocorrer em fases mais tardias da vida, quando as complicações estão instaladas — o que também é apontado por Chan et al. (2009) como uma característica dos países em desenvolvimento, onde o diagnóstico muitas vezes é tardio.

A distribuição observada (17 casos de diabetes mellitus tipo 2 e 3 casos de diabetes tipo 1) é coerente com o perfil clínico descrito na literatura, segundo o qual cerca de 90% dos diagnósticos globais correspondem ao tipo 2 (International Diabetes Federation [IDF], 2021). Esta predominância reforça o carácter crónico e multifactorial da doença, cuja evolução tende a ser lenta e frequentemente silenciosa, estando fortemente associada a factores ambientais e comportamentais, como o sedentarismo, a alimentação inadequada e o excesso de peso (Zimmet et al., 2020).

Quanto à terapêutica, apesar de 80% dos profissionais indicarem que os medicamentos estão disponíveis e são administrados regularmente, as falhas mencionadas por 20% apontam para fragilidades no sistema logístico e na cadeia de abastecimento, particularmente no que diz respeito à insulina. Interrupções no fornecimento deste fármaco, ainda que pontuais, têm um impacto relevante na estabilização clínica dos doentes e são reconhecidas como causa de descompensações agudas que agravam o quadro metabólico e prolongam o tempo de internamento (Pastakia et al., 2017; WHO, 2021).

O acesso a exames laboratoriais — considerado satisfatório por 70% dos profissionais — continua limitado em termos de frequência, cobertura e padronização logística. A ausência de exames como a hemoglobina glicada (HbA1c) compromete seriamente o seguimento adequado da doença, visto que esse é um marcador fundamental para avaliar o controlo glicémico em longo prazo (American Diabetes Association [ADA], 2022). A falta de protocolos clínicos formais e a deficiência logística relatadas por 30% dos profissionais reforçam a necessidade urgente de medidas institucionais de padronização e reforço da capacidade laboratorial (Beran & Lazo-Porras, 2021).

A adesão ao tratamento foi considerada globalmente boa por 70% dos profissionais. Contudo, os restantes 30% salientaram barreiras importantes, como a ausência de envolvimento familiar e limitações económicas. A literatura reconhece que factores psicossociais, como suporte familiar, literacia em saúde e condições socioeconómicas, exercem papel determinante na continuidade do tratamento e no controlo glicémico (García-Pérez et al., 2013; Shrivastava et al., 2013).

A menção de limitações estruturais — incluindo a falta de registos clínicos atualizados, equipas reduzidas e ausência de protocolos — por metade dos profissionais revela um cenário hospitalar funcional, porém fragilizado. Segundo Beran et al. (2018), tais lacunas comprometem diretamente a eficácia da gestão clínica, dificultando o planeamento terapêutico e o seguimento pós-alta, além de aumentarem a taxa de reinternações.

Portanto, os dados sugerem que, embora se verifiquem avanços importantes no diagnóstico e no acesso terapêutico, persistem fragilidades relevantes na gestão clínica e organizacional do cuidado ao doente diabético internado. Medidas como a padronização dos registos, a implementação de protocolos baseados em evidências, o reforço da educação terapêutica e a articulação funcional da equipa multidisciplinar são apontadas pela literatura como estratégias indispensáveis para promover intervenções eficazes, sustentáveis e centradas no utente (WHO, 2020; ADA, 2022; Beran & Lazo-Porras, 2021).

Quanto aos dados dos pacientes, foi possível identificar padrões demográficos, clínicos e epidemiológicos que evidenciam a complexidade da gestão da diabetes mellitus no contexto hospitalar, sobretudo no que se refere à continuidade do cuidado, adesão ao tratamento e risco de complicações.

A maioria dos pacientes era do sexo feminino, com idades compreendidas entre 40 e 60 anos. Este achado está em consonância com estudos epidemiológicos que indicam maior prevalência de diabetes tipo 2 entre mulheres na meia-idade, especialmente em contextos de baixa literacia em saúde, acesso limitado à informação e frágil cobertura dos serviços primários (Zheng, Ley, & Hu, 2018; WHO, 2021). O perfil etário e de género observado também é compatível com as estatísticas da International Diabetes Federation (2022), que indicam maior incidência da doença em mulheres adultas de regiões urbanas africanas.

A distribuição geográfica dos pacientes, com predomínio de utentes provenientes da cidade de Quelimane e de distritos como Nicoadala, Milange, Morrumbala e Inhassunge, reforça o papel do Hospital Central de Quelimane como unidade de referência regional de nível terciário. A concentração de pacientes fora do perímetro urbano evidencia ainda o desafio de acesso geográfico à continuidade do tratamento — factor reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (2020) como barreira relevante em países de rendimento médio e baixo.

Do ponto de vista clínico, a diabetes mellitus tipo 2 foi a forma predominante da doença, presente em 85% da amostra, o que se alinha com dados epidemiológicos globais e nacionais que apontam essa forma como responsável por cerca de 90% dos casos diagnosticados (IDF, 2022; MISAU, 2019). A presença de diabetes tipo 1 em 15% dos pacientes é compatível com a prevalência esperada, embora menos comum em adultos. Todos os participantes tinham diagnóstico prévio, o que afasta a hipótese de casos incidentais durante a hospitalização e revela lacunas no seguimento ambulatorial, uma realidade igualmente observada por Chan et al. (2009), que destacam o fraco rastreio e controlo crónico em sistemas de saúde sobrecarregados.

Relativamente à adesão ao tratamento, apenas 45% dos pacientes apresentavam boa adesão, enquanto os restantes revelaram adesão parcial (45%) ou ausência total (10%). Estes resultados refletem uma tendência comum em contextos africanos, onde a literacia em saúde, a falta de apoio familiar e as barreiras económicas comprometem significativamente a continuidade da terapêutica (Shrivastava et al., 2013; García-Pérez et al., 2013). A literatura confirma que a adesão parcial está associada ao aumento da morbimortalidade, complicações microvasculares e reinternações frequentes (ADA, 2022).

De facto, as complicações mais prevalentes na amostra foram a retinopatia (60%), a nefropatia (65%) e a neuropatia periférica (55%). Esses dados são consistentes com o que é descrito por Tesfaye et al. (2020), que apontam que até 50% dos diabéticos desenvolvem alguma forma de neuropatia e que a retinopatia é uma das principais causas de cegueira em

adultos em idade produtiva. O pé diabético esteve presente em 45% dos pacientes — uma complicação considerada grave e com elevada taxa de amputações se não tratada precocemente (Boulton et al., 2021).

Em termos de factores de risco, verificou-se que mais de 80% dos pacientes apresentavam excesso de peso ou obesidade, uma associação amplamente comprovada com a resistência insulínica e o agravamento da diabetes tipo 2 (Hu & Malik, 2021; Zimmet et al., 2020). Além disso, 85% da amostra apresentava glicemia em jejum superior a 140 mg/dL, caracterizando hiperglicemia persistente e controlo metabólico insatisfatório, conforme os parâmetros definidos pela ADA (2022). A ausência de exames de hemoglobina glicada (HbA1c) nos registos clínicos representa uma limitação importante à avaliação longitudinal da eficácia terapêutica — uma fragilidade estrutural recorrente em unidades hospitalares de países em desenvolvimento (Beran & Lazo-Porras, 2021).

Diante desses resultados, constata-se a necessidade urgente de reforçar estratégias de educação terapêutica para pacientes e familiares, estabelecer equipas multidisciplinares funcionais e implementar protocolos clínicos baseados em evidências. A ausência de informações sobre frequência às consultas, participação em programas educativos ou uso de apoio nutricional e psicológico demonstra falhas graves na articulação entre os cuidados hospitalares e primários. Segundo Wong et al. (2023), a continuidade do tratamento e o sucesso do controlo glicémico em doenças crónicas dependem da integração efetiva entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

CAPÍTULO VI:

6. Conclusões e Sugestões

6.1. Conclusão

Concluindo o presente estudo, após a análise e interpretação sistemática dos dados recolhidos junto aos profissionais de saúde e aos pacientes internados na Enfermaria de Medicina I do Hospital Central de Quelimane, foi possível responder de forma objetiva às questões orientadoras da investigação.

Em relação ao índice de diabetes mellitus, constatou-se uma elevada prevalência entre adultos de 30 a 60 anos internados, com destaque para a faixa etária entre 51 e 60 anos. A diabetes mellitus tipo 2 foi predominante, abrangendo 85% dos casos analisados, o que confirma o padrão epidemiológico esperado para contextos urbanos e semiurbanos. Observou-se que grande parte dos pacientes apresentava níveis de glicemia em jejum persistentemente superiores a 180 mg/dL, além de índices de massa corporal elevados, evidenciando um controlo metabólico insatisfatório e aumentando o risco de complicações agudas e crónicas.

No que se refere aos factores de risco, os dados revelaram uma alta prevalência de obesidade e sobrepeso, associada ao sedentarismo, hábitos alimentares inadequados e, em menor escala, ao consumo excessivo de álcool e uso de tabaco. Essas condições influenciam diretamente o agravamento da doença. Além disso, verificou-se a ausência de exames laboratoriais regulares, como a hemoglobina glicada (HbA1c), e a falta de informações consistentes sobre frequência às consultas, participação em programas educativos e acesso a apoio psicossocial, o que denuncia fragilidades estruturais significativas no sistema de cuidados. As complicações crónicas associadas à diabetes estiveram presentes em percentagens elevadas: nefropatia em 65% dos casos, retinopatia em 60%, neuropatia periférica em 55% e pé diabético em 45%, indicando um estado clínico avançado e, muitas vezes, associado à má adesão ao tratamento. De fato, apenas 45% dos pacientes apresentaram boa adesão à terapêutica, enquanto os demais revelaram adesão parcial ou ausente, situação que compromete gravemente os resultados clínicos e a qualidade de vida.

Do ponto de vista dos profissionais de saúde inquiridos, as percepções foram, em grande parte, compatíveis com os dados observados nos pacientes. A maioria confirmou a predominância da faixa etária entre 51 e 60 anos e da diabetes tipo 2, reconhecendo também a existência de práticas terapêuticas regulares, como a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames. Contudo, foram salientadas limitações importantes, tais como a falta pontual de

insulina, a escassez de exames específicos, a reduzida dimensão das equipas de saúde, falhas nos registos clínicos e ausência de protocolos formais. A pouca participação da família no processo de cuidado e dificuldades na comunicação com os pacientes também foram identificadas como entraves à adesão terapêutica e ao controlo adequado da doença.

Dessa forma, os resultados obtidos neste estudo permitem concluir que a diabetes mellitus tipo 2 apresenta uma prevalência elevada entre adultos internados na Enfermaria de Medicina I, especialmente na faixa etária dos 51 aos 60 anos. Essa condição está associada a múltiplos factores de risco modificáveis e a uma carga importante de complicações crónicas, evidenciando as limitações do sistema de saúde quanto à prevenção, diagnóstico precoce, seguimento clínico e gestão integrada do cuidado. Os dados apontam para a necessidade urgente de implementar estratégias de intervenção integradas, baseadas em evidências, com foco na educação contínua dos pacientes e suas famílias, no reforço das equipas multidisciplinares, na padronização dos protocolos clínicos, no rastreio precoce de complicações e no fortalecimento dos mecanismos de registo e seguimento. Essas ações são cruciais para assegurar um melhor controlo glicémico, reduzir as complicações e reinternações hospitalares, e promover uma abordagem mais humanizada, eficaz e sustentável no tratamento da diabetes mellitus no contexto hospitalar estudado.

Importa referir, por fim, que de acordo com relatórios do setor referentes ao período transato, a prevalência da diabetes mellitus na região tem apresentado uma tendência crescente. Esse aumento reflete mudanças nos padrões de vida, como o aumento da urbanização, da obesidade e do sedentarismo, reforçando a urgência de respostas estruturadas que priorizem a prevenção e o controlo eficaz da doença a nível institucional e comunitário.

6.2. Sugestões

Com base nos resultados obtidos e nas conclusões apresentadas, propõem-se as seguintes recomendações, agrupadas de acordo com os destinatários principais: profissionais de saúde e pacientes.

a) Sugestões dirigidas aos Profissionais de Saúde

1. **Promover acções formativas e de actualização contínua** para reforçar as competências técnicas, científicas e comunicacionais da equipa clínica, assegurando uma abordagem integrada e centrada no utente com diabetes mellitus.
2. **Fortalecer a equipa multidisciplinar da enfermaria**, garantindo a presença regular de médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, de modo a assegurar um acompanhamento global e humanizado das pessoas com diabetes e suas complicações.
3. **Aperfeiçoar os sistemas de registo clínico e de informação em saúde**, assegurando a actualização sistemática dos dados, a rastreabilidade dos casos e a comunicação eficaz entre os diferentes níveis de cuidados.
4. **Fomentar a articulação entre o hospital e os serviços de cuidados primários**, implementando mecanismos de referência e contra-referência funcionais que garantam o seguimento adequado e a continuidade terapêutica após a alta hospitalar.
5. **Garantir o abastecimento regular de insulina e outros fármacos essenciais**, através de uma gestão rigorosa dos stocks e da logística de fornecimento, prevenindo interrupções no tratamento e agravamento clínico dos pacientes.

b) Sugestões dirigidas aos Pacientes e Familiares

1. **Reforçar os programas de educação em saúde** voltados para os pacientes com diabetes mellitus, com ênfase na literacia em saúde, no autocuidado, na adesão terapêutica e na prevenção de complicações, envolvendo activamente os familiares no processo de tratamento.
2. **Estimular hábitos de vida saudáveis**, promovendo uma alimentação equilibrada, a prática regular de actividade física e a redução de comportamentos de risco, como o consumo de álcool e tabaco.

3. **Melhorar o acesso aos exames laboratoriais essenciais**, incluindo a hemoglobina glicada (HbA1c), o perfil lipídico e a função renal, assegurando o acompanhamento metabólico periódico e a detecção precoce de complicações.
4. **Participar activamente em programas comunitários de rastreio e prevenção**, desenvolvidos em parceria com as autoridades locais e instituições de ensino, visando o diagnóstico precoce e o controlo eficaz da doença.

Referencias bibliográficas

- Al-Mansouri, A., Saleh, M., & Youssef, Z. (2023). "Urbanização, mudanças no estilo de vida e a crescente epidemia de diabetes no Oriente Médio e na Ásia." *Diabetes Research and Clinical Practice*, 183, 109344. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2023.109344>
- Alvarado, J., & Perez, G. (2022). "Transição nutricional e seu papel no crescente índice de diabetes tipo 2 em adultos de meia-idade." *Nutrition and Diabetes*, 12(4), 345-358. <https://doi.org/10.1038/s41430-022-01057-3>
- American Diabetes Association. (2022). *Standards of Medical Care in Diabetes—2022*. *Diabetes Care*, 45(Suppl 1), S1–S264.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2018). "A prevalência de depressão comórbida em adultos com diabetes: Uma meta-análise." *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1078. <https://doi.org/10.2337/diacare.24.6.1069>
- Atkinson, M. A., Eisenbarth, G. S., & Michels, A. W. (2014). Type 1 diabetes. *The Lancet*, 383(9911), 69-82. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60591-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60591-7)
- Baliunas, D. O., Taylor, B. J., Irving, H., Roerecke, M., Patra, J., Mohapatra, S., & Rehm, J. (2022). "O álcool como factor de risco para diabetes tipo 2: Uma revisão sistemática e meta-análise." *Diabetes Care*, 32(11), 2123-2132. <https://doi.org/10.2337/dc08-1716>
- Beran, D., & Lazo-Porras, M. (2021). Strengthening health systems to manage diabetes in low- and middle-income countries. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 9(7), 425–427.
- Beran, D., et al. (2018). Health systems research for diabetes in low- and middle-income countries: a global coverage review. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 6(7), 574–582.
- Boulton, A. J., Armstrong, D. G., Kirsner, R. S., Attinger, C. E., Lavery, L. A., Lipsky, B. A., ... & Peters, E. J. (2021). "Diagnóstico e manejo das complicações do pé diabético." *Diabetes Care*, 31(8), 1679-1685. <https://doi.org/10.2337/dc21-S012>
- Chan, J. C. N., et al. (2009). Diabetes in Asia: Epidemiology, risk factors, and pathophysiology. *JAMA*, 301(20), 2129–2140.
- Creswell, J. W. (2010). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 3rd ed. SAGE Publications.

- DeFronzo, R. A., et al. (2020). Pathogenesis of type 2 diabetes mellitus. *Nature Reviews Endocrinology*, 16(2), 83–102.
- DeFronzo, R. A., Ferrannini, E., Groop, L., Henry, R. R., Herman, W. H., Holst, J. J., & Weiss, R. (2015). Type 2 diabetes mellitus. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 15019. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.19>
- DPP Research Group. (2009). "Acompanhamento de 10 anos da incidência de diabetes e perda de peso no estudo de resultados do Programa de Prevenção de Diabetes." *The Lancet*, 374(9702), 1677-1686. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61457-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61457-4)
- García, A., & Martínez, L. (2021). "Obesidade e seu papel na epidemia global de diabetes." *Diabetes Research and Clinical Practice*, 176, 108848. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.108848>
- García, M., & Lee, H. (2022). "O papel da educação em saúde na prevenção do diabetes: Uma perspectiva global." *International Journal of Diabetes and Health*, 13(1), 78-90. <https://doi.org/10.1007/s00038-022-01725-5>
- García-Pérez, L.-E., et al. (2013). Adherence to therapies in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Therapy*, 4(2), 175–194.
- Gil, A. C. (2017). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6ª ed. Atlas.
- Grundy, S. M., Brewer Jr, H. B., Cleeman, J. I., Smith Jr, S. C., & Lenfant, C. (2021). "Definição da síndrome metabólica: Relatório da conferência do National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association sobre questões científicas relacionadas à definição." *Circulation*, 109(3), 433-438.
- Hu, F. B., & Malik, V. S. (2021). "Bebidas adoçadas com açúcar e risco de obesidade e diabetes tipo 2: Evidências epidemiológicas." *Physiology & Behavior*, 100(1), 47-54. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2010.12.010>
- Huang, E. S., Basu, A., O'Grady, M., & Capretta, J. C. (2020). "Projeção do tamanho futuro da população diabética e os custos relacionados para os EUA." *Diabetes Care*, 32(12), 2225-2229. <https://doi.org/10.2337/dc09-0459>
- Imperatore, G., Boyle, J. P., Thompson, T. J., Case, D., Dabelea, D., Hamman, R. F., ... & SEARCH for Diabetes in Youth Study Group. (2019). "Projeções do fardo do diabetes

- tipo 1 e tipo 2 na população dos EUA com menos de 20 anos até 2050: Modelagem dinâmica da incidência, mortalidade e crescimento populacional." *Diabetes Care*, 35(12), 2515-2520. <https://doi.org/10.2337/dc12-0669>
- International Diabetes Federation (IDF). (2022). *Panorama Global do Diabetes*. IDF. Recuperado de <https://www.idf.org/global-diabetes-overview>
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed.). IDF. Recuperado de <https://www.idf.org/diabetesatlas>
- International Diabetes Federation. (2022). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed.). <https://diabetesatlas.org>
- Khan, S., & Patel, R. (2023). "Determinantes socioeconômicos da prevalência de diabetes: Perspectivas a partir de dados globais." *International Journal of Public Health*, 68(4), 456-469. <https://doi.org/10.1007/s00038-023-01703-4>
- Kim, C., Newton, K. M., & Knopp, R. H. (2021). "Diabetes gestacional e a incidência de diabetes tipo 2: Uma revisão sistemática." *Diabetes Care*, 25(10), 1862-1868. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.10.1862>
- Knowler, W. C., Barrett-Connor, E., Fowler, S. E., Hamman, R. F., Lachin, J. M., Walker, E. A., & Nathan, D. M. (2002). "Redução da incidência de diabetes tipo 2 com intervenção no estilo de vida ou metformina." *The New England Journal of Medicine*, 346(6), 393-403. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa012512>
- Kumar, S., & Lee, J. (2023). "Abordagens integradas para prevenção do diabetes: Uma perspectiva global." *International Journal of Diabetes Research*, 19(2), 202-215. <https://doi.org/10.1016/j.ijdc.2023.02.004>
- Lee, D. H., Porta, M., Jacobs, D. R., & Vandenberg, L. N. (2023). "Poluentes orgânicos persistentes clorados, obesidade e diabetes tipo 2." *Endocrine Reviews*, 38(1), 6-31. <https://doi.org/10.1210/er.2016-1003>
- Lyssenko, V., & Laakso, M. (2020). "Triagem genética para o risco de diabetes tipo 2: Inútil ou valiosa?" *Diabetes Care*, 36(Suppl 2), S120-S126. <https://doi.org/10.2337/dc13-S120>

- Martinez, F., & Silva, P. (2021). "Impacto econômico do diabetes na força de trabalho global: Desafios e oportunidades." *Global Health Economics Journal*, 9(3), 210-224. <https://doi.org/10.1016/j.ghe.2021.05.012>
- Martínez, L., García, H., & Rodríguez, M. (2022). "Estudo comparativo do manejo do diabetes em países desenvolvidos e em desenvolvimento." *Global Health Journal*, 10(3), 210-225. <https://doi.org/10.1016/j.ghj.2022.03.012>
- Mayer-Davis, E. J., et al., (2017). Tendências de incidência de diabetes tipo 1 e tipo 2 entre jovens, 2002–2012. *New England Journal of Medicine*, 376(15), 1419-1429.
- Mendenhall, E., Norris, S. A., Shidhaye, R., & Prabhakaran, D. (2019). "Depressão e diabetes em países de baixa e média renda: Epidemiologia, mecanismos e contextos." *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2(10), 714-725. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(14\)70045-7](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(14)70045-7)
- Metzger, B. E., Gabbe, S. G., Persson, B., Buchanan, T. A., Catalano, P. M., Damm, P., & Hadden, D. R. (2008). International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care*, 33(3), 676-682. <https://doi.org/10.2337/dc09-1848>
- MISAU. (2019). *Plano Estratégico Nacional para Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis 2020–2024*. Ministério da Saúde de Moçambique.
- Mwangi, J., Kimani, M., & Ochieng, P. (2022). "Desafios no manejo do diabetes em ambientes com poucos recursos: Uma perspectiva africana." *Journal of Global Health*, 18(1), 56-72. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.040401>
- Nguyen, H., & Kumar, R. (2023). "O papel da educação na prevenção e manejo do diabetes: Uma análise socioeconômica." *Public Health Journal*, 18(3), 240-255. <https://doi.org/10.1016/j.phj.2023.02.006>
- OMS. (2016). Relatório global sobre diabetes. Organização Mundial da Saúde.
- OMS. (2022). *Relatório global sobre diabetes*. WHO. Recuperado de <https://www.who.int/diabetes/global-report/en/>
- Pastakia, S. D., et al. (2017). Diabetes in sub-Saharan Africa – from policy to practice to progress. *Nature Reviews Endocrinology*, 13(11), 625–636.

- Patel, A., & Johnson, M. (2021). "Insegurança alimentar e seu impacto no risco de diabetes: Uma perspectiva global." *Nutrition and Diabetes*, 11(7), e287. <https://doi.org/10.1038/s41387-021-00159-2>
- Patterson, R., McNamara, E., Tainio, M., de Sá, T. H., Smith, A. D., Sharp, S. J., ... & Brage, S. (2021). "Comportamento sedentário e risco de mortalidade por todas as causas, cardiovascular e câncer, e incidência de doenças cardiovasculares e câncer: Uma revisão sistemática e meta-análise de resposta à dose." *European Journal of Epidemiology*, 33(9), 811-829. <https://doi.org/10.1007/s10654-018-0380-1>
- Ramos, J., & Silva, P. (2022). "Urbanização e os factores socioeconômicos que influenciam a prevalência de diabetes." *Journal of Global Health Studies*, 20(2), 145-160. <https://doi.org/10.1016/j.jghs.2022.05.012>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. 5ª ed. McGraw-Hill.
- Shrivastava, S. R., et al. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 12(1), 14.
- Silva, M., & Rodrigues, P. (2023). "Enfrentando as desigualdades globais no cuidado do diabetes: Um imperativo de saúde pública." *Global Health Policy Review*, 11(1), 78-92. <https://doi.org/10.1016/j.ghpr.2023.01.009>
- Singh, P., Kumar, A., & Gupta, S. (2021). "Urbanização e seu impacto na prevalência de diabetes em diferentes regiões." *Diabetes & Metabolism Research and Reviews*, 37(4), e3402. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3402>
- Surwit, R. S., Schneider, M. S., & Feinglos, M. N. (2020). "Estresse e diabetes mellitus." *Diabetes Care*, 15(10), 1413-1422. <https://doi.org/10.2337/diacare.15.10.1413>
- Tesfaye, S., Boulton, A. J., Dyck, P. J., Freeman, R., Horowitz, M., Kempler, P., ... & Vinik, A. (2020). "Neuropatias diabéticas: Atualização sobre definições, critérios diagnósticos, estimativa de gravidade e tratamentos." *Diabetes Care*, 33(10), 2285-2293. <https://doi.org/10.2337/dc20-1081>
- Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J. G., Valle, T. T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., ... & Uusitupa, M. (2001). "Prevenção do diabetes mellitus tipo 2 por mudanças no estilo de vida entre indivíduos com tolerância à glicose prejudicada." *The New England*

Journal of Medicine, 344(18), 1343-1350.
<https://doi.org/10.1056/NEJM200105033441801>

Tuttle, K. R., Bakris, G. L., Bilous, R. W., Chiang, J. L., de Boer, I. H., Goldstein-Fuchs, J., ... & Molitch, M. E. (2019). "Doença renal diabética: Um relatório da Conferência de Consenso da ADA." *Diabetes Care*, 37(10), 2864-2883. <https://doi.org/10.2337/dc14-1296>

Wang, X., Li, Y., & Zhang, H. (2023). "Estratégias de saúde pública para prevenção do diabetes em populações urbanas e rurais." *Public Health Journal*, 22(3), 312-325. <https://doi.org/10.1016/j.phj.2023.03.006>

Weiler, D. M., Navas-Acien, A., Apelberg, B. J., & Kelsey, K. T. (2021). "Estigma no diabetes: Uma associação prejudicial." *Diabetes Care*, 44(7), 1510-1515. <https://doi.org/10.2337/dc21-0189>

WHO. (2016). *Global Report on Diabetes*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2019). *Classification of Diabetes Mellitus*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2020). *Global Report on Diabetes*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2021). *Diabetes country profiles 2021*. Geneva: World Health Organization.

Willi, C., Bodenmann, P., Ghali, W. A., Faris, P. D., & Cornuz, J. (2020). "Fumo ativo e o risco de diabetes tipo 2: Uma revisão sistemática e meta-análise." *JAMA*, 298(22), 2654-2664. <https://doi.org/10.1001/jama.298.22.2654>

Williams, J., & Thompson, R. (2021). "Controle do diabetes em países de alta renda: Lições aprendidas e desafios futuros." *Journal of Public Health Policy*, 42(3), 240-255. <https://doi.org/10.1016/j.jphp.2021.06.004>

Wong, T., Nguyen, L., & Tran, P. (2023). "Estratégias abrangentes para prevenção e controle do diabetes: Uma perspectiva global." *Journal of Public Health Policy*, 45(2), 147-163. <https://doi.org/10.1057/s41271-023-00307-9>

Wu, Y., & Zhao, L. (2020). "Desafios no manejo do diabetes em áreas rurais: Uma revisão sistemática." *Journal of Rural Health*, 36(1), 45-53. <https://doi.org/10.1111/jrh.12432>

- Yau, J. W., Rogers, S. L., Kawasaki, R., Lamoureux, E. L., Kowalski, J. W., Bek, T., ... & Wong, T. Y. (2019). "Prevalência global e principais factores de risco da retinopatia diabética." *Diabetes Care*, 35(3), 556-564. <https://doi.org/10.2337/dc11-1909>
- Yoon, U., Kwok, L. L., & Magkidis, A. (2006). "O impacto da intervenção no estilo de vida na prevenção do diabetes tipo 2." *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 9(4), 405-412. <https://doi.org/10.1097/01.mco.0000232903.14709.31>
- Zheng, Y., Ley, S. H., & Hu, F. B. (2018). Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(2), 88–98.
- Zimmet, P., et al. (2020). Diabetes: a 21st century challenge. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 8(10), 782–792.

Apêndices

Apêndice 1: Questionário de recolha de dados para profissionais de saúde

UNIVERSIDADE POLITÉCNICA – Á POLITÉCNICA INSTITUTO SUPERIOR DE HUMANIDADES CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS – ISHCT

O presente questionário é uma parte integrante do processo de recolha de dados para a elaboração do Projeto de Pesquisa. Sou uma estudante da instituição acima referida conduzindo uma pesquisa sobre o *Índice de Diabetes em Adultos de 30 a 60 Anos na Enfermaria de Medicina 1 do Hospital Central de Quelimane no Período de Março a Maio de 2025*, Distrito de Quelimane. Todos os dados coletados serão mantidos em sigilo, razão pela qual, não é necessário identificar o seu nome neste estudo. Agradeço desde já a sua colaboração e participação nesta pesquisa.

Data: ____/____/____

I. Informações gerais

1. Sexo do profissional:

Masculino

Feminino

2. Idade: _____ anos

3. Profissão:

Médico

Nutricionista

Enfermeiro

Outro: _____

4. Tempo de experiência profissional: ____ anos

5. Trabalha na Enfermaria de Medicina 1 há quanto tempo? ____ anos/meses

II. Caracterização dos pacientes internados

6. Em média, quantos pacientes com diabetes estão internados mensalmente na Enfermaria de Medicina 1?

Menos de 5

11 a 20

5 a 10

Mais de 20

7. Qual a faixa etária predominante dos pacientes com diabetes internados?

IV. Intervenções e sugestões

14. Quais as principais dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde no tratamento de pacientes com diabetes? (Pode marcar mais de uma opção)
- Falta de medicamentos
 - Falta de exames laboratoriais específicos
 - Pouca adesão dos pacientes ao tratamento
 - Falta de formação específica para os profissionais
 - Outros: _____
15. Que medidas poderiam ser implementadas para melhorar a prevenção e o controle da diabetes na enfermagem?
16. Em sua opinião, que tipo de intervenções educativas poderiam ser promovidas para reduzir a prevalência da diabetes entre os pacientes?

Obrigada por responder a este questionário. Suas respostas são muito importantes para nós.

Apêndice 2: Guião de Observação

UNIVERSIDADE POLITÉCNICA – Á POLITÉCNICA
INSTITUTO SUPERIOR DE HUMANIDADES CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS –
ISHCT

O presente guião é uma parte integrante do processo de recolha de dados para a elaboração do Projeto de Pesquisa. Sou uma estudante da instituição acima referida conduzindo uma pesquisa sobre o *Índice de Diabetes em Adultos de 30 a 60 Anos na Enfermaria de Medicina 1 do Hospital Central de Quelimane no Período de Março a Maio de 2025*, Distrito de Quelimane. Todos os dados coletados serão mantidos em sigilo, razão pela qual, não é necessário identificar o seu nome neste estudo. Agradeço desde já a sua colaboração e participação nesta pesquisa.

Data da observação: ____ / ____ / ____

Local da Observação: Enfermaria de Medicina 1

Pesquisador Responsável: Vanessa da Graça Fernandes Gomes

1. Identificação do Paciente

- Sexo:
 - [] Masculino
 - [] Feminino
- Idade:
 - [] 30 – 40 anos
 - [] 41 – 50 anos
 - [] 51 – 60 anos
- Naturalidade: _____
- Profissão: _____

2. Histórico Clínico

- Diagnóstico de diabetes mellitus:
 - [] Sim
 - [] Não

Se Sim:

- Tipo de diabetes:

- Tipo 1 Gestacional
- Tipo 2 Outro: _____
- Ano do diagnóstico: _____
 - Histórico familiar de diabetes:
 - Sim
 - Não
 - Não consta no prontuário
 - Tratamento atual:
 - Insulina Dieta
 - Antidiabéticos orais Outro: _____
 - Adesão ao tratamento (segundo prontuário e notas da enfermagem):
 - Boa
 - Parcial
 - Não aderente
 - Não consta
 - Internamentos prévios por complicações do diabetes:
 - Sim
 - Não
 - Não consta

3. Factores de Risco

- Obesidade/Sobrepeso:
 - Sim
 - Não
 - Não consta no prontuário
- Pressão arterial elevada:
 - Sim
 - Não
 - Não consta no prontuário
- Perfil lipídico alterado:
 - Sim
 - Não
 - Não consta no prontuário
- Histórico de sedentarismo:

- Sim
- Não
- Não consta no prontuário
- Hábitos alimentares inadequados (segundo notas médicas e da enfermagem):
 - Sim
 - Não
 - Não consta no prontuário
- Uso de tabaco:
 - Sim
 - Não
 - Não consta no prontuário
- Consumo excessivo de álcool:
 - Sim
 - Não
 - Não consta no prontuário

4. Complicações Associadas

- Presença de complicações crônicas:
 - Sim
 - Não
 - Não consta no prontuário Se Sim, quais?
 - Doença cardiovascular:
 - Sim
 - Não
 - Não consta
 - Nefropatia diabética:
 - Sim
 - Não
 - Não consta
 - Neuropatia diabética:
 - Sim
 - Não
 - Não consta
 - Retinopatia diabética:

- Sim
- Não
- Não consta

○ Pé diabético:

- Sim
- Não
- Não consta

5. Dados Antropométricos e Bioquímicos

- Índice de Massa Corporal (IMC): _____ kg/m² (se disponível no prontuário)
- Nível de glicemia em jejum: _____ mg/dL (se disponível no prontuário)
- Hemoglobina glicada (HbA1c): _____ % (se disponível no prontuário)

6. Adesão às Consultas e Cuidados de Saúde

- Frequência às consultas médicas:
 - Regular
 - Irregular
 - Não consta
- Participação em programas de educação para diabéticos:
 - Sim
 - Não
 - Não consta no prontuário
- Uso de recursos de apoio (exemplo: acompanhamento nutricional, psicossocial, grupos de apoio, etc.):
 - Sim
 - Não
 - Não consta no prontuário

7. Considerações Finais

- Observações adicionais relevantes (conforme registrado no prontuário médico):

Anexos