

**AUTOCUIDADO DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO II EM
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SELF-CARE OF PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS TYPE II IN FAMILY
HEALTH STRATEGY**

Neiva Junkes Hoepers, Grasiela dos Santos Roldão, Priscila Regina Fernandes,
Liliana Maria Dimer, Susane Raquel Périco Pavei

Endereço para correspondência:

Neiva Junkes Hoepers

Departamento de Enfermagem – UNESC

Av. Universitaria, 1105. Criciúma – SC – Bairro Universitario. CEP – 88806-000

E-mail: neivajun@unesc.net

Resumo

Este estudo objetivou avaliar o autocuidado das pessoas atendidas em Unidades de Estratégia de Saúde da Família, em um município do sul de Santa Catarina. O desenvolvimento de complicações agudas e crônicas na Diabetes Mellitus, está associado ao aumento das morbidades e mortalidades por esta patologia. Medidas de autocuidado podem modificar este cenário e variam de acordo com o desenvolvimento de cada pessoa e o aumento das potencialidades no percurso da vida diária por meio da aprendizagem, escolaridade, curiosidade, experiências e supervisão de outras pessoas. Trata-se de um estudo descritivo quantitativo e constituída por 100 sujeitos de 30 anos de idade ou mais, diagnosticados com Diabetes Mellitus tipo II e usam insulina injetável, nos meses de fevereiro a maio de 2017. Utilizaram-se dois questionários, um de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD) e o outro para as variáveis sócio-demográficas das pessoas da amostra. Como resultados podemos avaliar que o grupo estudado, não mostrou adesão as atividades de autocuidado com o Diabetes Mellitus, exceto no que se refere ao tabagismo e a terapia farmacológica. Conclui-se que, a importância de conhecer o autocuidado é imprescindível para a prevenção, promoção, o desenvolvimento e intervenções das complicações, e para o tratamento desta patologia, com o intuito de controlar a doença e promover uma melhor qualidade de vida da pessoa com diabetes.

Palavras-chaves: Enfermagem, Diabetes, Autocuidado, Adesão ao Tratamento.

Abstract

This study aimed to evaluate the self - care of the people served in Family Health Strategy Units in a municipality in the south of Santa Catarina. The development of acute and chronic complications in Diabetes Mellitus is associated with increased morbidity and mortality due to this pathology. Self-care measures can modify this scenario and vary according to the development of each person and increase the potentialities in the course of daily life through learning, schooling, curiosity,

experiences and supervision of other people. This is a quantitative descriptive study and consists of 100 subjects 30 years of age or older diagnosed with Type II Diabetes Mellitus and using injectable insulin from February to May 2017. Two questionnaires were used, one of Activities (QAD) and the other for the sociodemographic variables of the people in the sample. As results we can confirm that the group studied showed no adherence to self-care activities with diabetes Mellitus, except for smoking and pharmacological therapy. It is concluded that the importance of knowing self-care is essential for the prevention, promotion, development and intervention of complications, and for the treatment of this pathology, in order to control the disease and promote a better quality of life for the person with diabetes.

Keywords: Nursing, Diabetes, Self care, Treatment adherence.

INTRODUÇÃO

Presentemente, estima-se que a população mundial com diabetes consiste em 387 milhões e que em 2035, possa atingir 471 milhões. Em torno de 80% desses indivíduos estão inseridos em países em desenvolvimento, com uma epidemia de maior intensidade, onde, grupos etários mais jovens são os mais afetados e crescentes¹.

O crescimento, o envelhecimento populacional, a maior urbanização e a progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo tem contribuindo muito para o aumento do número de casos de Diabetes Mellitus (DM). Sendo que no final dos anos de 1980, no Brasil, estimou-se a prevalência de DM na população adulta em 7,6%. Estimou-se em 2014, que existiriam 11,9 milhões de pessoas com DM no Brasil, na faixa etária de 20 a 79 anos, podendo chegar a 19,2 milhões em 2035¹.

Existem diversas doenças crônico-degenerativas que podem acometer a população em qualquer faixa etária e por diversos motivos, no entanto há alguns fatores relacionados ao estilo de vida, juntamente com a hereditariedade e a idade maior de 40 anos que levam a população a um maior risco de desenvolvimento destas doenças, desta forma destacando-se a DM¹.

Onde, a DM é uma síndrome decorrente da ausência de insulina e da incapacidade de esta exercer adequadamente as suas funções no organismo. A insulina é um hormônio que controla a quantidade de glicose no sangue, o organismo precisa deste hormônio, pois ele tem a função de degradar as moléculas de glicose que ingerimos através dos alimentos. A falta deste hormônio, se caracteriza como um aumento da glicemia plasmática que pode desencadear graves complicações a curto e longo prazo¹.

Estas complicações têm por características a irreversibilidade e o constante agravamento que, diariamente, vão direcionando o indivíduo à incapacitação. Por este motivo Silva et al. (2013) afirmam que se faz necessário a mudança de comportamento relacionado ao estilo de vida e a adesão ao tratamento medicamentoso, sendo estes essenciais na prevenção das complicações.

Hábitos alimentares inadequados, incorporados a níveis de sedentarismo e conseqüentemente ao sobrepeso e à obesidade predisõem a resistência à insulina, caracterizando a síndrome metabólica e DM tipo II².

De modo geral os pacientes com Diabetes Mellitus precisam reconhecer a importância e a necessidade de realizar o autocuidado corretamente. Assim, sendo um dos principais elementos para o tratamento do diabetes e envolve o segmento de um plano alimentar, a monitorização de glicemia capilar, a realização de atividades físicas, o uso correto de medicações e os cuidados com os pés³.

Para um autocuidado eficaz se faz necessárias estratégias de educação, como um dos processos fundamentais da abordagem terapêutica que visem prevenir ou retardar o desencadeamento de complicações crônicas ajudando na promoção para um bom controle da doença.

Diante dessas reflexões tem-se como objetivo deste estudo, avaliar o autocuidado das pessoas com Diabetes Mellitus tipo II, atendidos em Unidades de Estratégia de Saúde da Família, em um município do sul de Santa Catarina.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é de abordagem quantitativa desenvolvida nas Estratégias de Saúde da Família de um município do sul de Santa Catarina, uma cidade de

pequeno porte e que possui aproximadamente 27 mil habitantes. Participaram do presente estudo, todos os pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus tipo II, que fazem uso de insulina injetável e residem no município do estudo, totalizando 100 pessoas, foi desenvolvido nos meses de fevereiro a maio de 2017. A seleção dos participantes foi de acordo com os seguintes critérios de inclusão: Pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus tipo II; com idade mínima de 30 anos, que faz uso de insulina injetável por pelo menos 6 meses; capazes de responder verbalmente e que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a resolução 466/12⁴.

Para a coleta de dados foram utilizados dois questionários, um para avaliar características sociodemográficas, e o outro para avaliar Atividades de Autocuidado como Diabetes.

O Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD), é uma versão traduzida, adaptada e validada para a cultura brasileira a partir do The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA), por Michels⁵.

O mesmo foi denominado de Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). Possui seis dimensões e 15 itens de avaliação do autocuidado com o diabetes: “alimentação geral” (com dois itens), “alimentação específica” (três itens), “atividade física” (dois itens), “monitoramento da glicemia” (dois itens), “cuidado com os pés” (três itens) e “uso da medicação” (três itens, utilizados de acordo com o esquema medicamentoso). Além disso, possuem outros três itens para a avaliação do tabagismo. Quando avaliados com este questionário, os pacientes relatam com que frequência eles realizaram as atividades ou os comportamentos nos sete dias anteriores. As respostas variam de 0 a 7, com os escores indicando as performances das atividades de autocuidado⁶.

Ter um instrumento que permite avaliar e medir a aderência ao tratamento dos diabéticos é muito importante para ser aplicado em pesquisas e para guiar os profissionais em sua avaliação clínica.

O autor do QAD, quando publicou o artigo de validação deste instrumento, coloca que, “para avaliar a aderência ao tratamento em pesquisas, é necessário ter instrumentos confiáveis e válidos”⁵.

Diz ainda que, medidas diversas podem ser utilizadas para tal avaliação e que o autorrelato a partir de perguntas peculiares em questionários mostra abordagens práticas e eficazes para avaliar a maior adesão aos cuidados com o diabetes⁵.

O mesmo, coloca que foi desenvolvido com o intuito de avaliar, de modo sistematizado, a adesão às atividades de autocuidado em pacientes diabéticos. E para a utilização deste instrumento, no ajuizamento da aderência ao autocuidado, os itens são questionados ao paciente individualmente, que responde em quantos dos últimos sete dias concretizou determinada atividade ou comportamento⁵.

Ainda, coloca que se avalia a realização da atividade de autocuidado descrita em cada item, ou, em algumas dimensões, pode-se obter um valor médio de aderência dos itens e, assim, um escore dessas dimensões. As seguintes dimensões, que mostraram ter boas correlações entre os itens, podem ter um escore de aderência: “alimentação geral” (média do número de dias dos itens 1.1 e 1.2), “atividade física” (média do número de dias dos itens 3.1 e 3.2), e “monitorização da glicemia” (média do número de dias dos itens 4.1 e 4.2). As demais dimensões do QAD – “alimentação específica”, “cuidado com os pés” e “medicação” – devem ter cada item avaliado sempre em separado devido à fraca correlação entre eles. Na avaliação por itens, obtém-se a aderência a determinado cuidado em dias por semana⁵.

A análise e interpretação dos dados quantitativos ocorreram através da ordenação, classificação, análise e condensação final dos dados pesquisados, com auxílio do programa Excel, para o Windows.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC pelo parecer nº64789617.4.0000.0119 e aprovação da instituição onde a pesquisa foi realizada, o termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado e assinado pelos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No município da pesquisa foi realizado levantamento de dados junto as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e busca ativa das pessoas com DM nos bairros

do mesmo. O quantitativo de participantes foi composto por 112, desses, 8 não conseguimos contato e 4 não estavam fazendo uso de insulina a mais de seis meses. Deste modo, de acordo com os critérios de inclusão, tivemos um total de 100 pessoas (n=100) com DM II que participariam da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada em 4 meses, nos períodos matutino, vespertino e noturno, devido à dificuldade de encontrar os pacientes nas UBS e a falta de adesão aos grupos terapêuticos, realizamos visitas domiciliares, para conseguirmos alcançar o total da amostra (n=100).

Na caracterização sociodemográfica, a análise dos dados apontou maior prevalência do sexo feminino 69% (n=100), em relação ao masculino 31% (n=100), esse fator pode ser explicado em razão a vários motivos, como por exemplo, estresse, obesidade, fator genético, distúrbios metabólicos durante o período gestacional, sedentarismo, má alimentação, climatério, maior procura pelos serviços por parte delas, pela maior conscientização das mulheres sobre a importância do cuidado com a saúde⁷.

A maior prevalência de diabetes entre as mulheres já foi relatada por outros autores reforçando os resultados, como mostra um estudo realizado por Lima⁸, onde diz que o climatério é uma condição fisiológica do organismo feminino e ocorre, geralmente, por volta dos 40 anos de idade. Durante este fenômeno uma variação hormonal brusca acontece, fazendo com que o organismo não produza adequadamente os hormônios sexuais como no período fértil. Por isso, essa condição reflete diretamente no estilo de vida da mulher, o que sugere um aumento de peso, inatividade física, maus hábitos alimentares, dentre outros⁸.

A idade dos sujeitos da pesquisa variou de 51 a 70 anos com 65% (n=100). Assim como ao que ocorre com outras doenças crônicas, o aumento da prevalência de diabetes com a idade é marcante.

O processo de envelhecimento relacionado à idade é um dos fatores que influenciam a sobrecarga no sistema público de saúde, uma vez que compromete a autonomia do indivíduo. Como também as doenças associadas à incapacidade funcional são determinantes no grau de dependência do idoso⁹.

Além das alterações no metabolismo decorrentes do envelhecimento, o aumento de idade esta associado a redução da atividade física e, em algumas

situações, com hábitos alimentares pouco saudáveis. Mesmo assim, o principal fator relacionado ao aumento do diabetes com o avanço da idade parece se encontrar no aumento das oportunidades de diagnóstico, tendo em vista que o rastreamento da doença é indicado especialmente para pessoas a partir dos 45 anos, onde mostra que é quando aumenta a ocorrência da doença¹⁰.

Quanto o sobrepeso e obesidade, tais resultados mostram que sobrepeso 59% (n=100) e obesidade 23% (n=100), apresentaram alta prevalência em pacientes diabéticos tipo II, desta forma, mostrando que a relação entre obesidade e DM2 é bem expressiva.

Em concordância com esta afirmação um estudo¹¹, onde indivíduos com sobrepeso ou obesidade têm um aumento significativo do risco de desenvolverem diabetes, risco este cerca de três vezes superior ao da população com peso considerado normal. Nos indivíduos portadores de diabetes tipo II uma redução de 11% no peso corporal foi associada a uma diminuição de 28% do risco de morte causada por diabetes.

Quanto a escolaridade, o estudo mostra que o diabetes esta mais prevalente entre as pessoas de menor escolaridade apresentando 53% (n=100), com ensino fundamental incompleto. E na categoria número de pessoas que reside na mesma casa, mostra que 50% (n=100), residem com três a cinco pessoas e com uma renda mensal média de 1,874 reais. Considerando o valor do salário mínimo R\$ 937.00 vigente em 2016, indicando baixo nível socioeconômico do grupo estudado. Estas duas variáveis podem ter uma correlação e vir ao encontro do seguinte estudo¹², o fato de a prevalência do Diabetes Mellitus tipo II ser maior em uma população com menores oportunidades de acesso aos serviços de saúde demonstra não somente a influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença como também o papel do nível educacional no conhecimento e atitudes tomadas pelo indivíduo em relação a sua saúde.

Quanto o tempo de diagnóstico do diabetes, 38% (n=100) dos entrevistados relataram ter sido diagnosticado entre 11 a 20 anos atrás. Quanto ao tratamento não medicamentoso, 48% (n=100) dos entrevistados relataram que fazem dieta para controle do diabetes e apenas 21% (n=100) praticavam exercício físico. Sendo que na maioria dos sujeitos do estudo não realizam Atividade Física

(AF), também evidenciado neste estudo que apresenta, 66,4% (n=100) dos participantes do estudo não praticam atividades físicas¹³. E quanto o tratamento não medicamentoso, podemos dizer que é insatisfatório, se levarmos em consideração que os sujeitos em questão são portadores de doença crônica e necessitam de uma educação para seu autocuidado, como também, na promoção e prevenção de agravos em doenças crônicas.

Assim, o tratamento do diabetes, sendo ele medicamentoso ou não, tem como objetivo normalizar a atividade de insulina e os níveis sanguíneos de glicose para reduzir o desenvolvimento de complicações vasculares e neuropáticas¹⁴, entre outros que podem se desenvolver se as pessoas não ficarem atentas para o seu autocuidado.

Desta forma, podemos destacar o que a Sociedade Brasileira de Diabetes¹, coloca que a atividade física e o planejamento alimentar são de extrema importância para o controle da doença. Há uma grande proporção das pessoas com diabetes que não pratica exercícios físicos regularmente. No entanto o exercício físico pode requerer cuidados especiais e então o papel de todo profissional de saúde é de encorajar, insistir, estimular e capacitar as pessoas com diabetes, de todas as idades, a praticar exercícios físicos regularmente, de maneira constante, progressiva e segura.

Complementando, este estudo coloca que o planejamento alimentar, a adoção de uma dieta balanceada tem por objetivo manter as condições energéticas necessárias ao organismo para manter o peso ideal, proporcionar boa saúde e bem-estar e prevenir as complicações do diabetes. O acompanhamento nutricional deve ser feito por profissional preparado, mas algumas dicas são importantes para o paciente portador de DM2¹⁵.

Esta pesquisa mostrou que a grande maioria 87% (n=100), fazia uso de antiglicêmicos oral acompanhado da insulina injetável. O DM tipo II é uma patologia em que o compromisso e a participação do paciente no processo de controle da sua patologia é fundamental. No tratamento do diabetes os recursos medicamentosos são empregados geralmente em um segundo momento da terapêutica diante da incapacidade de controlar níveis glicêmicos pela prática de dieta e exercícios físicos. Nota-se que os pacientes precisaram utilizar medicação para controle glicêmico pois

só com a priorização de uma dieta adequada e atividade física não é possível este controle¹⁵.

Podemos verificar também, que do total (n = 100) dos pacientes, apenas 12 participam de grupo terapêutico, ou seja, orientação sobre diabetes, esse dado é bem relevante se levarmos em conta que a atenção primária tem como função primordial, realizar a promoção e prevenção a saúde.

Apoiar e planejar grupos educacionais são de suma importância, tendo o objetivo de construir o conhecimento e as atitudes que incentivam as pessoas com diabetes para realizar práticas de autocuidado necessárias para controle metabólico e prevenção de complicações. A educação em grupo é uma estratégia eficaz pois permite a troca de experiência entre os participantes e a discussão de dúvidas e sentimentos sobre viver com essa condição¹⁶.

Considerando que a educação em grupo é uma estratégia que facilita a promoção do autocuidado, é necessário realizar estudos para considerar a percepção dos usuários das Unidades de Saúde Primárias (USP), visando verificar as etapas metodológicas que podem ser melhoradas para que se tenha uma maior adesão desses pacientes.

Neste contexto, os fatores de risco modificáveis constituem a causa expressa de grande parte da carga das doenças. O tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada e o uso prejudicial de álcool são os quatro fatores de risco eleitos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis¹².

Contudo, em relação ao tabagismo, a resposta foi positiva, onde o estudo mostrou que 10% já fizeram ou fazem uso de tabaco, sendo este um importante fator de risco para o Diabetes Mellitus tipo II, o tabagismo é extremamente prejudicial, provocando doenças cardiovasculares e aterosclerose, especialmente em membros inferiores¹⁷.

Os resultados mostram para o etilismo 19% (n=100), fazem uso de álcool ou já fizeram. É sabido que o consumo de álcool está relacionado com o desenvolvimento do diabetes e potencializa suas complicações, de forma que deve ser consumido com cautela pelos pacientes diabéticos dando importância também ao controle metabólico, uma vez que bebidas alcoólicas contêm calorias¹⁸.

Neste estudo foi observada maior prevalência de pacientes sedentários 57% (n=100), possivelmente decorrente das complicações, mas que já não possuíam o hábito do exercício físico antes da entrevista. A ausência de exercício físico de forma regular pelos portadores de Diabetes Mellitus Tipo II prejudica o fluxo sanguíneo da pele dos pés e contribui para ulceração e amputação. O sedentarismo é um dos principais fatores de risco cardiovascular, independentemente da relação com doenças crônicas. Essa situação provavelmente contribuiu para que os mesmos mantenham o peso corporal acima dos padrões normais, colocando-os em risco para desenvolver graus de obesidade no decorrer de suas vidas, piorando o estado de saúde / doença dos mesmos¹⁹.

Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD):

A adesão as atividades de autocuidado foram avaliadas levando em consideração os sete dias anteriores à entrevista, sendo zero a situação menos favorável e sete a mais favorável. Apenas nos itens 4 e 5, que consideram alimentação específica (consumo de alimentos gordurosos e doces) os valores foram invertidos, sendo zero a opção mais desejada e sete a menos desejada.

No item que questiona sobre, “*seguir uma dieta saudável*” obteve-se a média de 2,58 (DP=1,93) dias/semana. Ao traduzir e adaptar culturalmente o QAD⁵, o aplicaram com 105 pacientes diabéticos tipo II obtendo uma média de 5,45 (\pm 2,33) dias, valor superior ao encontrado no presente estudo.

Já em outro estudo²⁰, que teve o objetivo de verificar a adesão ao tratamento e o estado nutricional de adultos com DM tipo II de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Treviso, estado de Santa Catarina (SC) verificou uma média de 4,8 dias/semana que as pessoas seguiam uma alimentação saudável.

Tabela 01 – Avaliação dos itens do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes, na amostra estudada. Sombrio, SC, 2017.

Itens do QAD	Média (dias)* (n=100)
--------------	--------------------------

Itens do QAD	Média (dias)* (n=100)
1.Seguir uma dieta saudável	2,58 (DP = 1,93)
2.seguir a orientação dada por um profissional	1,13 (DP = 1,89)
3.ingerir 5 ou mais porções de frutas ou vegetais	2,38 (DP = 1,96)
4.ingerir carne vermelha ou derivados de leite integral	3,68 (DP = 1,78)
5.ingerir doces	2,54 (DP = 2,00)
6.realizar atividade física por, pelo menos, 30 minutos	2,62 (DP = 2,29)
7.realizar exercício físico específico (caminhar, nadar, etc.)	0,75 (DP = 1,51)
8.avaliar o açúcar no sangue	3,09 (DP = 2,32)
9.avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	2,31 (DP = 2,33)
10.examinar os pés	2,77 (DP = 2,24)
11.examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los	2,53 (DP = 2,56)
12.secar os espaços entre os dedos dos pés, depois de lavá-los	3,84 (DP = 2,55)
13.tomar injeções de insulina conforme o recomendado	6,39 (DP = 1,21)
14.tomar o número indicado de comprimidos para o diabetes	5,23 (DP = 2,60)

*média em dias por semana (DP = Desvio Padrão) para as atividades de autocuidado, nos sete dias anteriores.

O mesmo autor ainda coloca que quanto a alimentação, por representar conceitos amplos ou não avaliar de maneira direta, torna-se de difícil avaliação. Como também, diferenças nos hábitos culturais e crenças podem influenciar o conhecimento que as pessoas têm do que seria uma dieta saudável²⁰.

Para o item sobre “Seguir a orientação alimentar dada por um profissional de saúde”, o presente estudo teve média 1,13 (DP = 1,89) dias/semana. Enquanto que outros estudos mostraram valores superior, como podemos ver nos resultados de Jesus²⁰ média foi 3,8 dias/semana, no de Michels⁵ 3,0 dias /semana e no estudo

de Neta²¹ com média de 2,94 dias/semana. Um estudo com 20 pacientes diabéticos tipo 2 atendidos em consultório de nutrição de um ambulatório de alta complexidade verificou que os pacientes reconhecem que uma alimentação equilibrada é necessária para uma vida saudável, mas apesar disso, todos os participantes não seguem integralmente a prescrição dietética. O autor refere ainda que alguns pacientes seguem adequadamente as recomendações somente quando a glicemia está alterada, e que ao se aproximar dos níveis normais abandonam a prescrição²².

A avaliação do “*consumo de cinco ou mais porções de frutas e vegetais*” neste estudo teve resultado insatisfatório com média de apenas 2,38 (DP=1,96) dias. Melhor resultado foi encontrado no estudo de tradução e adaptação do QAD para a população brasileira⁵, onde foi observada uma média de 4,92 (\pm 2,72) dias. Valores menores foram mostrados em um estudo²¹ realizado em Teresinha (PI)²¹, cuja média foi de 3,38 dias /semana e o outro de Treviso (SC)²⁰, obteve a maior média 2,56 dias/semana. Outra pesquisa realizada com 26 pacientes diabéticos tipo II, atendidos em UBS no município de Várzea Grande-MT, descreveu que 34,6% dos entrevistados consumiam frutas de duas a três vezes por semana, e 38,5% relataram consumir verduras com a mesma frequência²³.

Quanto o “*consumo de carne vermelha ou derivados de leite integral*”, no presente estudo a média foi de 3,68 (DP=1,78) dias, chegando muito próximo a este, mostra o estudo de Michels⁵ obteve uma média de 3,75 (\pm 2,18) dias. Alimentos de origem animal devem ser consumidos com moderação devido ao alto teor de gorduras saturadas e colesterol presentes nestes alimentos que aumentam o risco de obesidade e DCNT. Os embutidos que são produtos derivados das carnes devem ser evitados por conterem grande quantidade de gordura e sal²⁴.

A questão que avalia o “*consumo de doces*” apresentou a média de 2,54 (DP=2,00) dias, tal valor foi mais alto ao encontrado por Michels⁵ que mostra média de 1,53 (\pm 2,00) dias, como também no estudo de Treviso (SC)²⁰ encontrou média de 1,27 dias /semana, sendo que todos utilizaram o mesmo instrumento para coleta de dados.

A média encontrada para a “*prática de atividades físicas por pelo menos 30 minutos diários*” foi de 2,62 (DP=2,29) dias. Os entrevistados relataram que desenvolviam atividades físicas nas suas tarefas ocupacionais, como serviços

domésticos, cuidado com jardins e hortas além de empregos formais relatados por alguns indivíduos. Michels⁵, encontrou média superior com 2,70 (\pm 2,76) dias.

A “adesão aos exercícios físicos específicos”, descrita no questionário como atividades específicas (caminhar, nadar, etc) apresentou média de 0,86 (\pm 1,84) dias, valor este, foi inferior ao relatado por Michels⁵, de 1,24 (\pm 2,78) dias. Levando em consideração as recomendações encontradas na literatura e da SBD1, que recomenda a frequência de três a cinco vezes por semana, pode-se afirmar que a população pesquisada não apresenta uma adesão adequada a prática de atividades físicas, sendo que esta baixa adesão também pode ser confirmada pela alta prevalência de excesso de peso encontrada.

No item sobre “avaliar o açúcar no sangue” a média foi de 3,09 (DP=2,32) dias já Michels⁵, obteve valor um pouco inferior as do presente estudo, com média de 1,76 (\pm 2,59) dias e 1,37 (\pm 2,37) dias, para avaliar a glicemia o número de vezes recomendado, respectivamente.

Com o objetivo de avaliar o conhecimento e a adesão acerca dos “cuidados com os pés”, o presente estudo questionou os participantes em quantos dos últimos sete dias anteriores à entrevista, examinaram seus pés, obtendo-se a média de 2,77 (DP=2,24) dias/semana e Michels⁵, que obtiveram médias de 3,5 (\pm 3,3) e 3,55 (\pm 3,32) dias, respectivamente. Já em outra pesquisa sobre praticas de autocuidado desenvolvidas por diabéticos tipo II em uma Unidade de Saúde da Família (USF)²³, descreveram que 38,5% da sua amostra afirmaram examinar os pés diariamente, porém 18,69% não souberam explicar a importância desta prática.

A média de 2,53 (DP = 2,56) dias foi encontrada na questão “examinar dentro dos sapatos antes de calcá-los”. Deve-se considerar que a coleta de dados foi realizada no mês de fevereiro, período de forte calor o que pode ter influenciado este resultado, pois a maioria dos participantes referiu que não utilizaram calçados fechados na semana anterior a entrevista. Michels⁵, verificou maior adesão a este cuidado com média de 4,55 (\pm 3,23) dias.

Entre as questões relativas aos “cuidados com os pés o hábito de secar entre os dedos após lavá-los” foi o que apresentou maior adesão com média de 3,84 (DP = 2,55) dias. Michels⁵ encontrou resultado bem superior ao do presente estudo com média de 5,50 (\pm 2,78) dias.

O Pé Diabético está entre as complicações mais frequentes do Diabetes Mellitus (DM) e suas consequências podem ser desde feridas crônicas e infecções até amputações de membros inferiores e tem como causa a neuropatia diabética, insuficiência vascular e deformidade óssea. O exame periódico dos pés propicia a identificação precoce e o tratamento, possibilitando assim a prevenção de do Pé Diabético²⁵.

A úlcera ocorre no dorso, dedos ou bordas do pé e, geralmente, está associada ao uso de calçados inadequados. Os diabéticos devem observar diariamente seus pés buscando a presença de edema, eritema, calosidade, descoloração, cortes ou perfurações, e secura excessiva; na impossibilidade de o portador realizar essa observação, um familiar deve procedê-la²⁶.

Além da necessidade de avaliação pelo profissional de saúde, os diabéticos precisam ser educados por equipe multiprofissional para assumirem a responsabilidade do autocuidado. Pois, sabe-se que um bom controle glicêmico e cuidados adequados com os pés como corte adequado das unhas e uso de sapato apropriado, além da prevenção de traumas podem reduzir o risco de complicações e consequentes amputações²⁷.

O exame dos pés é de baixo custo e simples de ser realizado, identifica fatores de risco que podem ser modificados, por isso, é considerado efetivo na prevenção de amputações.

No presente estudo, o “*tratamento medicamentoso com insulina e antiglicemiante oral*” foi o que obtiveram melhores resultados, a aplicação de insulina tem média de 6,39 (DP = 1,21) dia /semana, e “*tomar o numero indicado de antiglicemiante oral*” com média de 5,23 (DP = 2,60) dias /semana.

Michels⁵, que também observou maior adesão referente ao uso de medicamentos. Esses resultados indicam maior dificuldade por parte das pessoas em seguir orientações relacionadas a mudanças de estilo de vida e maior valorização do tratamento medicamentoso.

O DM é considerado um grave problema de saúde pública, devido à alta morbidade e mortalidade decorrentes deste agravo, além das significativas repercussões econômicas.

A conscientização sobre a importância da prática regular de exercícios físicos, dieta balanceada, cuidado com os pés, monitorização da glicemia além da adequada terapia medicamentosa previne as complicações agudas e crônicas decorrentes do diabetes, além de contribuir para a melhora da qualidade de vida. Diante disso deve-se investir em ações educativas direcionadas ao autocuidado que levem em consideração nível de escolaridade, poder aquisitivo entre outros fatores.

De forma geral, a inclusão de informações aos pacientes diabéticos sobre práticas de autocuidado, além da monitorização contínua é uma necessidade primordial nas atividades assistenciais nos diversos níveis do Sistema Único de Saúde (SUS).

Hábitos tabagísticos, conforme itens do questionário de atividades de autocuidado com o diabetes:

O tabagismo constitui um problema de grande amplitude, pois provoca repercussões à saúde, sociais, econômicas e ambientais. No quesito saúde, o tabaco está relacionado com mais de 50 doenças que atingem vários sistemas do organismo entre eles o respiratório, cardiovascular, digestivo e geniturinário²⁸.

Tabela 02 – Hábitos tabagísticos da amostra estudada, conforme itens do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes. Sombrio, SC, 2017.

Itens do QAD	Média (n=100)
Fumou cigarro durante os últimos 7 dias?	
Sim	7 %
Não	90%
Ex-fumante	3%
Número de cigarros por dia	4,5
Quando fumou o seu último cigarro:	
Nunca fumou	90%
Há mais de 2 anos	2%
De 1 a 2 anos atrás	1%

Itens do QAD	Média (n=100)
De 4 a 12 meses atrás	0%
De 1 a 3 meses atrás	0%
No último mês	0%
Hoje	7%

Fonte: Elaborado pelas autoras (2017).

Os resultados da pesquisa foram positivos em relação ao tabagismo, 90% dos entrevistados não fazem e nunca fizeram uso de cigarros.

Devido ao fator de risco cardiovascular o tabagismo acaba agravando esse risco quando associado com o DM, Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), onde seu controle é atualmente um grande desafio.

As DCNT são as causas de mais de 50% dos óbitos no mundo, entre elas as principais são: cardiovasculares, neoplasias, doença crônica e diabetes. Como proposta ao enfrentamento dessas doenças a Organização Mundial da Saúde elege como alvo o controle de seus quatro principais fatores de risco: fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool²⁹.

Ao se tratar do fator de risco específico que é o fumo, a importância é de nível mundial, podendo ser visualizada pelos dados da Organização Mundial da Saúde ao relatar que o tabagismo mata 6 milhões de pessoas no mundo todos os anos²⁹.

Alguns estudos têm demonstrado que o tabagismo aumenta a gordura visceral reduzindo a sensibilidade à insulina, e elevando a concentração glicêmica após teste de tolerância à glicose. Sendo que a quantidade de cigarros e o tempo de duração do tabagismo parecem estar mais relacionados com os fatores de risco. Estima-se que nos Estados Unidos 10% da incidência do diabetes sejam decorrentes do tabagismo¹⁷.

CONCLUSÃO

Diante da pesquisa e dados obtidos com este estudo sabe-se que o diabetes é uma doença crônica não transmissível onde é imprescindível o

autocuidado para prevenir ou retardar complicações e diminuir o número de internações devido ao diabetes.

Porém, mudar hábitos não é tarefa fácil e requer esforço e disciplina. As condições socioeconômicas influenciam bastante, principalmente no consumo de alimentos apropriados. Sendo que, os resultados deste estudo apontaram também pouca adesão nas atividades de autocuidado.

Sabe-se que as pessoas, precisam estabelecer mudanças de hábitos no seu cotidiano e desistir de hábitos anteriores não saudáveis. Neste caso o papel e a colaboração da família e dos profissionais de saúde no sentido de orientar, motivar dando suporte no esclarecimento de dúvidas é muito importante.

O trabalho da equipe multidisciplinar, com práticas holísticas em saúde e integradas com a pessoa, resultará em sucesso terapêutico. Sendo que na equipe multiprofissional de saúde, encontra-se o enfermeiro que pode contribuir muito e desenvolver ações de promoção e prevenção, tendo um papel fundamental: o de educador, através de ações de promoção e prevenção, levando o conhecimento e esclarecimento sobre a doença. E a importância de adaptar-se às mudanças do estilo de vida, incluindo a família como agente transformador para a saúde, qualidade de vida, mudanças de hábitos, atitudes e posturas perante todos.

Um grande diferencial é ter o olhar focalizado na pessoa com diabetes em seu contexto sociocultural, construindo e desenvolvendo de práticas de educação em saúde, através de grupos terapêuticos, disseminando conhecimentos, por meio de estratégias como palestras, oficinas, informações, orientações entre outras ações que contribuem para a promoção da saúde.

Para melhorar no autocuidado é necessário que haja maior participação da pessoa com diabetes nos serviços de saúde, desta forma, resultando na melhoria da sua qualidade de vida e aumentando a capacidade de autocuidado, que nada mais é do que os conhecimentos que a pessoa possui para cuidar de si mesma. E a necessidade a adaptação da informação para a realidade do contexto vivenciado, para que o processo de aprendizagem possa ocorrer de maneira efetiva e com menor interferência possível.

REFERÊNCIAS

1 - **Sociedade Brasileira de Diabetes. Atividade física e diabetes a pratica segura de atividades desportivas.** São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://bibliofarma.com/atividade-fisica-e-diabetes-a-pratica-segura-de-atividades-desportivas/>>.

2 - Ansari RM. Effect of Physical Activity and Obesity on Type 2 Diabetes in a Middle-Aged Population. **Journal Of Environmental And Public Health**, [s.l.], 2009, p.1-5.

3 - Gomides DS et al. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. *Acta Paul enferm* 2013; 26(3):289-293.

4 - Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

5 - Michels MJ et al. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arq bras de endocrin & metab.** 2010;54(7):644-65.

6 - DeGreef K et al. A cognitivebehavioural pedometer-based group intervention on physical activity and sedentary behaviour in individuals with type 2 diabetes. *Health Education Research.* 2010; 25: 724-736.

7 - Iser BPM et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidem serviços Saúde.** 2015; 24(2): 305-314.

8 - Lima TS et al. Perfil dos Pacientes Idosos Portadores de Diabetes Mellitus Tipo II. *Id on Line Multidisciplinary and Psychology Journal.* 2017; 11(35):279-289.

9 - Drummond A, Alves ED. Perfil socioeconômico e demográfico e a capacidade funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Paranoá, Distrito Federal. **Rev bras geriatr gerontol.** 2013; 16(4):727-738.

10 – Brasil. Ministério da Saúde. **Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.** 2014.

11 – Lima LL et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em diabéticos tipo 2 atendidos no ambulatório de Endocrinologia de um Hospital Universitário. **Socied bras Clínica Méd.** 2015; 4(13):251-256.

12 - Segri NJ, Barros MBA. Desigualdades sociodemográficas nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito telefônico em Campinas. **Epidem serviços saúde.** 2015; 24(1):17-18.

13 - Grillo MFF, Gorini MIPC. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Bras enferm.* 2007; 60(1):49-54.

14 – Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 3(10): ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

15 - Winkelmann ER, Fontela PC. Condições de saúde de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Ijuí, Rio Grande do Sul, 2010-2013. **Epidem serviços saúde.** 2014; 23(4):665-674.

16 - Vieira GLC, Cecílio SG, Torres HC. The perception of users with diabetes regarding a group education strategy for the promotion of self-care. **Escola Anna Nery. Rev enferm.** 2017; 21(1).

17 – Barbosa APP. **Tabagismo Coexistindo com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes na comunidade de Paulo Bandeira em Maceió-AL: Projeto de Intervenção.** 2016. 29 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Maceió, 2016.

18 - Almeida FHBN. **Alterações na capacidade funcional em indivíduos com sobrepeso e obesidade portadores de diabetes tipo 2, após 8 semanas de treinamento de força.** 2015. 46 f. TCC (Graduação) - Curso de Educação Física, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

19 – Przysiezny A et al. Características sociodemográficas de pacientes com diabetes mellitus portadores de pé diabético e ou retinopatia diabética atendidos em 16 unidades de Estratégia de Saúde da Família de Blumenau. **Acm Arq Catarinense Medicina.** 2013;1(42):76-84.

20 - Jesus, RAT. **Estado nutricional e adesão ao tratamento de pacientes diabéticos tipo 2 de uma unidade básica de saúde de treviso-sc.** 2012. 99 f. Monografia (Especialização) - Curso de Nutrição, Universidade do Extremo Sul Catarinense - Unesc, Treviso, 2012.

21 - Neta DSR, Silva ARV, Silva GRF. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. **Rev Bras enferm.** 2015; 68(1):111-116.

22 – Santos AFL et al. Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde: desafios para a vigilância em saúde. **Epidem serviços Saúde.** 2011; 20(2):255-263.

23 – Cardoso MI, Moraes MAM, Pereira JG. Práticas de autocuidado desenvolvidas por diabéticos tipo 2 em uma unidade de saúde da família. *Ver eletrônica Gestão & Saúde.* 2011; 2(1):277-290.

24 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

25 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

26 – Cubas MR et al. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. **Fisioterapia em Movimento**. 2013; 26(3):647-655.

27 – Santos ICRV et al. Prevalência de amputações e revascularizações por pé diabético e suas características. **Rev enfermagem UFPE**, Recife. 2016;10(7): 2354-2361.

28 - Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia - SBPT. Tabagismo: parte I. **Rev Associação Médica Brasileira**. 2010; 56(2):134-134.

29 - World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, WHO. 2011.