Revista de Enfermagem UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ARTIGO ORIGINAL

AUTOCUIDADO DE USUÁRIOS COM DIABETES TIPO 1 EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

SELF-CARE OF USERS WITH TYPE 1 DIABETES IN A BASIC HEALTH UNIT

AUTOCUIDADO DE USUARIOS CON DIABETES TIPO 1 EN UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD

Angelita Visentin[1], Maria de Fátima Mantovani[2], Cristiano Caveião[3], Ana Paula Hey[4], Eliane Pereira Scheneider[5], Valdiana Paulino[6]

RESUMO

Objetivo: identificar as atividades de autocuidado dos pacientes insulinodependentes de uma Unidade Básica de Saúde. ***Método***: estudo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa, realizado com 46 pacientes. Aplicou-se o Questionário de Atividades de Autocuidado com o diabetes que abordou a adesão terapêutica. ***Resultados*:** a média de idade dos participantes foi de 62 anos, renda familiar de 1 a 3 salários mínimos e com hipertensão arterial e dislipidemia. ***Conclusão*:** demonstrou-se baixa aderência à automonitorização glicêmica, à prática de exercícios físicos e boa aceitação ao uso da medicação. Há evidências que no momento do atendimento de enfermagem a informação é compreendida, entretanto não seguida posteriormente. ***Descritores*:** Diabetes Mellitus; Autocuidado; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to identify the self-care activities of insulin-dependent patients of a Basic Health Unit. ***Method:*** descriptive exploratory study with a quantitative approach, carried out with 46 patients. Authors applied the Diabetes Self-Care Activities Questionnaire that addressed the therapeutic adherence. ***Results:*** the mean age of participants was 62 years old, family income from one to three minimum wages and with hypertension and dyslipidemia. ***Conclusion:*** there was low adherence to blood glucose self-monitoring, to the practice of physical exercise and good acceptance of the use of medication. There is evidence that, at the time of nursing care, the information is understood, however it is not followed further. ***Descriptors:*** Diabetes Mellitus; Self-Care; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: identificar las actividades de autocuidado de los pacientes insulinodependientes de una Unidad Básica de Salud. ***Método***: estudio descriptivo exploratorio, con enfoque cuantitativo, realizado con 46 pacientes. Se aplicó el Cuestionario de Actividades de Autocuidado con la diabetes que enfocó la adherencia terapéutica. ***Resultados*:** **l**a media de edad de los participantes fue de 62 años, renda familiar de 1 a 3 salarios mínimos y con hipertensión arterial y dislipidemia. ***Conclusión*: se** demostró baja adherencia al auto monitoreo glicémica, a la práctica de ejercicios físicos y buena aceptación al uso de la medicación. Hay evidencias que en el momento del atendimiento de enfermera la información es comprendida, sin embargo no seguida posteriormente. ***Descriptores*:** Diabetes Mellitus; Autocuidado; Enfermería.

[1]Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná/UFPR. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: angevisentin24@gmail.com; [2]Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal do Paraná/UFPR. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: mfatimamantovani@ufpr.br; [3]Enfermeiro, Doutorando em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná/UFPR. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: cristiano_caveiao@hotmail.com; [4]Enfermeira, Mestre em Cirurgia. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: anapaulahey@hotmail.com; [5]Enfermeira. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: nani-schneider@hotmail.com; [6]Enfermeira. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: paulinovaldiana20@hotmail.com

ISSN: 1981-8963 DOI: 10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201607

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) se configura como um dos principais problemas de saúde pública e é um dos transtornos crônicos mais frequentes do mundo[1]. Estima-se que a prevalência do diabetes tenha chegado a 120 milhões de pessoas no ano 2000 e que a metade dos portadores da doença ignora seu diagnóstico. A previsão para o ano 2025 acusa a assustadora cifra mundial de 300 milhões de diabéticos[2].

O diabetes tipo 1 ou insulinodependente é a destruição da célula *βeta* com deficiência absoluta de insulina, de natureza autoimune ou idiopática, e o DM tipo 2 ou não insulinodependente varia desde predominância de resistência insulínica com deficiência relativa de insulina até defeito predominantemente secretório, com ou sem resistência, apresentando demais tipos específicos do diabetes, como defeitos genéticos funcionais da célula *βeta*; defeitos genéticos na ação da insulina; doença do pâncreas exócrino; endocrinopatias; induzidos por fármacos e agentes químicos; infecções e outras síndromes genéticas geralmente associadas ao diabetes e diabetes gestacional[2-4].

Portanto, o número de pacientes portadores de diabetes Mellitus cresce cada vez mais devido ao aumento da expectativa de vida e aos hábitos pouco saudáveis. Pode-se citar como exemplo o sedentarismo, dieta inadequada e obesidade como os principais fatores para explicar o crescimento da prevalência do diabetes[2,3].

Dados do Ministério da Saúde, por meio da pesquisa Vigitel 2011(Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), revelam que, pela primeira vez, o percentual de pessoas com excesso de peso supera mais da metade da população brasileira, apresentando resultado que, nos homens, o excesso de peso atinge 54% e entre as mulheres 48%, dados que interferem nos índices de pacientes com diabetes mellitus[3].

A ocorrência média de diabetes na população adulta, acima de 18 anos, é de 5,2%, o que representa 6.399,187 de pessoas que confirmaram ser portadoras da doença, tendo em vista que a prevalência aumenta com a idade, atingindo 18,6%, da população com idade superior a 65 anos[3,4].

O número de internações e óbitos por esta patologia no Sistema Único de Saúde (SUS) teve aumento de 10% entre 2008/2011, passando de 131,734 hospitalizações para mais de 140 mil. O Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, em 2009, registrou 52.104 mortes pela doença. Já em 2010, esse número subiu para 54.542. Com esse aumento, nos últimos três anos, houve uma desaceleração, entre 2005 e 2007, e o percentual de aumento foi de 16%, e entre 2008 e 2010, o número caiu para 7,5%[3-5].

O tratamento do DM, que posteriormente será denominado somente como diabetes, visa à manutenção do controle metabólico e compreende, basicamente, as terapias não medicamentosas relacionadas às mudanças de comportamento associadas à alimentação saudável e à atividade física[5]. O controle clínico metabólico inclui o controle glicêmico, por meio de medidas de hemoglobina glicada e da glicemia plasmática de jejum, bem como o controle da pressão arterial e de lipídios plasmáticos. Essas duas últimas condições geralmente coexistem em pessoas com DM1, constituindo fatores para doença cardiovascular[6].

Uma das formas de diminuir as consequências da doença em desequilíbrio é a educação ao paciente diabético insulinodependente. As metas da educação a esses pacientes consistem em melhorar o controle metabólico, prevenir as complicações agudas e crônicas e melhorar a qualidade de vida com custos razoáveis[7].

É de suma importância que a equipe multidisciplinar tenha o papel de explicar para o paciente que o Diabetes não tem cura e que a doença agora faz parte do seu mundo. Desta forma, precisa conhecer os controles necessários para manter uma boa qualidade de vida. Entretanto, alguns relutam em abandonar hábitos adquiridos em um passado sem a doença[7,8].

Um dos fatores motivacionais de mudança de hábitos anteriormente adquiridos é o medo das complicações que o diabete pode trazer para sua vida. Há o medo de ficar limitado, dependente de alguém ou de algo; assim sendo, algumas pessoas expressaram claramente seu temor por uma amputação, por uma cegueira, pela possibilidade de perder sua capacidade de ir e vir, de cuidar de si mesma[8]. A verbalização da perda não apenas como impossibilidade inerente à condição humana, mas potencializada pelas possíveis complicações da Diabetes, está presente em falas relatadas em artigos publicados na área[9].

No que tange à enfermagem, há a necessidade de ver o paciente de uma forma holística, não apenas como uma pessoa que está doente, mas atentar para como essa pessoa está reagindo. Enfrentar a doença

crônica com a qual terá que conviver no seu dia a dia em longo prazo requer suporte emocional na integralidade dos serviços de saúde. O êxito no tratamento do paciente é alcançado quando a diabetes está controlada e novos hábitos de vida são adquiridos, refletindo na melhoria da qualidade de vida, longe de medos. A enfermagem pode esclarecer a patologia e como a mesma pode ajudar no seu tratamento[9,10].

O enfermeiro tem papel fundamental como membro de equipes multiprofissionais que atuam na educação para o autocuidado de pacientes diabéticos. A orientação do paciente e familiar constitui-se na tarefa crucial, no entanto a ação conjunta dos diversos profissionais envolvidos (enfermeiro, médico, nutricionista, educador físico) apresenta-se como uma estratégia determinante para o êxito do tratamento[10].

Por meio deste estudo, pretende-se obter conhecimento sobre autocuidado dos pacientes insulinodependentes. Espera-se que este trabalho forneça dados que possibilitem gerar novas estratégias de promoção à saúde, bem como intervenções no método de trabalho das equipes que possam contribuir para uma melhor adesão ao tratamento.

Esta pesquisa não traz benefícios diretos ao usuário, entretanto conhece quais as estratégias de autocuidado destes pacientes podem ser pensadas estratégias de educação em saúde que possam abranger diretamente esta população, trazendo sim, futuramente, benefício aos mesmos. Este trabalho teve como questão norteadora: quais as atividades de autocuidado de um grupo de pacientes portadores de DM tipo 1 e qual o nível de adesão ao tratamento?

O presente estudo tem como objetivo identificar as atividades de autocuidado dos pacientes insulinodependentes de uma Unidade Básica de Saúde.

MÉTODO

Estudo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde no município de Curitiba com pacientes insulinodependentes. Pertencente ao Distrito Sanitário Cajuru, esta Unidade abrange os bairros Capão da Imbuia e Tarumã. Segundo o censo do Ministério da Saúde de 2010, apresenta uma população aproximadamente de 23.171 pacientes, sendo que 65% são SUS dependente.

Foram selecionados 46 participantes com cadastro definitivo na unidade, acima de 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de diabetes tipo 1 e que aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi realizada na unidade básica de saúde com abordagem direta aos usuários que fizeram procura espontânea aos serviços da unidade e também por meio de visitas domiciliares. Realizaram-se entrevistas individualmente através de um questionário entregue para que os mesmos preenchessem sem interferência da pesquisadora. Completada esta etapa, os questionários foram colocados em um envelope não identificados para posterior análise.

O período de coleta dos dados abrangeu a primeira semana de setembro até a segunda do mês de outubro de 2013. Utilizou-se o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). Este foi desenvolvido para avaliar, de maneira sistematizada, a aderência às atividades de autocuidado no paciente diabético. Esta escala já foi traduzida e validada para o português por Michels *et al*.[6]

O QAD é considerado instrumento de fácil aplicação e de custo controlado, com adequada confiabilidade teste-reteste e evidência de validade e sensibilidade à mudança. Apresenta-se como excelente opção de avaliação do autocuidado com o diabetes. Antes visto como algo particular e subjetivo, pode ser, agora, mensurado de forma precisa.

Esse questionário é composto por seis dimensões e 15 itens: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés e medicação. Possui ainda três itens que fazem menção ao "tabagismo". A avaliação é parametrizada em dias da semana, em uma escala de 0 a 7, correspondendo aos comportamentos referentes aos últimos sete dias. Nela, o zero é a situação menos desejável, o sete a mais desejável, exceto na dimensão alimentação específica, em que os valores são invertidos. Os hábitos tabágicos são considerados separadamente por estarem codificados de forma diferente, com valorização da média de cigarros consumidos por dia[8].

A obtenção dos dados do perfil demográfico, socioeconômico e clínico dos participantes se deu através do Sistema *e-saúde*, da unidade básica de saúde.

O estudo seguiu os preceitos éticos da Legislação Brasileira e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE número 17159013.9.0000.0095.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em forma de tabela e posteriormente discutidos. Para caracterização das 46 pessoas com DM1 participantes do estudo, descreve-se aspectos referentes aos dados demográficos e socioeconômicos.

Tabela 1. Aspectos demográficos e socioeconômicos Curitiba, PR, Brasil, 2013.

Faixa etária (anos)	n
< 40 anos	3
40 – 49 anos	2
50 – 59 anos	10
60 – 69 anos	13
>70 anos	18
Gênero	n
Feminino	23
Masculino	23
Escolaridade	n
Ensino fundamental completo	7
Ensino fundamental incompleto	19
Ensino médio completo	17
Ensino médio incompleto	3
Renda/Salário Mínimo	n
1 – 3	27
>3	19

Tabela 2. Aderência aos itens do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes. Curitiba, PR, Brasil, 2014.

Items of QAD	0 to 4 days Nº (%)	5 to 7 days Nº (%)	Average (days)
1. Seguir uma dieta saudável.	19 (41%)	27 (58%)	4,54
2. Seguir uma orientação alimentar.	25 (54%)	21 (45%)	3,56
3. Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais.	21 (45%)	25 (54%)	4,69
4. Ingerir carnes vermelhas e/ou derivados do leite integral.	12 (26%)	34 (73%)	5,56
5. Ingerir doces.	44 (95%)	2 (4%)	1,08
6. Realizar atividade física por pelo menos 30 min.	36 (78%)	10 (21%)	2,60
7. Realizar exercício físico específico.	39 (84%)	7 (15%)	2,0
8. Avaliar o açúcar no sangue.	15 (26%)	31 (73%)	5,32
9. Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado.	24 (52%)	22 (47%)	3,67
10. Examinar os pés.	17 (36%)	29 (63%)	4,67
11. Examinar o interior dos sapatos antes de calçá-los.	23 (50%)	23 (50%)	3,71
12. Secar os espaços interdigitais depois de lavar os pés.	6 (13%)	40 (86%)	6,19
13. Tomar os medicamentos de diabetes conforme recomendado (insulina ou comprimido).	3 (6%)	43 (93%)	6,76
14. Tomar injeções de insulina conforme recomendado.	2 (4%)	44 (95%)	6,76
15. Tomar o número indicado de comprimidos de diabetes.	8 (17%)	35 (76%)	5,97

DISCUSSÃO

Com relação à faixa etária, o estudo mostrou que apenas três são menores de 40 anos. E 22 pacientes correspondem à faixa etária entre 40 e 49 anos. A faixa etária de 50-59 correspondeu a 10 usuários. Uma parcela significativa dos sujeitos compreendeu a faixa etária entre 60 e maiores de 70 anos, o equivalente a 31 participantes. Dos usuários entrevistados, sete concluíram o ensino fundamental e 17 concluíram o ensino médio. Quanto à renda familiar, 27 participantes recebem de 1 a 3 salários mínimos e mais de três salários corresponde a 19 participantes.

Observa-se que o aumento da expectativa de vida no Brasil tem incrementado o aumento do DM, uma vez que a doença tende a crescer com o aumento da faixa etária[10].

O baixo grau de escolaridade dos participantes pode interferir, de modo significativo, na adesão ao tratamento da DM1. Muitos usuários acabam por não entender a doença e as complicações que ela pode ocasionar, com isso constitui-se um grande desafio para a equipe multidisciplinar[11]. Dados do IBGE 2011 demonstram que o porcentual de adultos com o diagnóstico de DM1 na região Sul, do sexo masculino, é de 4,3%. Com isso, conclui-se que o predomínio do sexo masculino é menor do que do sexo feminino, que apresenta porcentual de 6,4%[12]. Dado este não evidenciado na pesquisa proposta quando houve equivalência entre os sexos.

Os entrevistados referiram seguir uma dieta saudável em média 4,54 dias na semana. Para 19 participantes, mesmo dado quantitativo para nenhum a 4 dias da semana. Para 27 dos usuários, este hábito consegue ser mantido de 5 a 7 dias na semana. Quando perguntados sobre o seguimento da orientação alimentar,

esse percentual declina para 54%, com média de apenas 3,56 dias na semana.

O estudo mostrou a aderência em média de 4,64 dias no que se refere à ingestão de cinco ou mais porções de frutas ou verduras, sendo que 21 dos entrevistados a faz apenas de 0 a 4 dias na semana e de 5 a 7 dias para 25 usuários.

No quesito ingestão de carnes vermelhas e/ou derivados do leite integral, o estudo mostrou que a maioria dos participantes mantém este hábito em média durante 5,56 dias na semana. Já no item referente à ingestão de doces, a média de dias na semana caiu para 1,08, em que 95% (44) mencionam consumir apenas de 0 a 4 dias na semana.

A terapia nutricional tem um papel fundamental na prevenção do DM1, no gerenciamento da doença já existente e na prevenção do desenvolvimento das complicações decorrentes dessa doença crônica. O controle do peso é um fator ponderante na redução dos riscos de comorbidades devido ao tecido adiposo oferecer resistência à insulina[17]. Indica-se que haja oferta suficiente de fibras, uma vez que as fibras solúveis podem interferir na absorção da glicose alimentar, proporcionando picos glicêmicos pós-prandiais menores[5].

A sociedade brasileira do diabetes explica que os ácidos graxos saturados da dieta, como os provenientes das carnes e laticínios integrais, aumentam a concentração plasmática de LDL, devendo, por isso, ser restritos a valores abaixo de 7% do VCT (valor calórico total) da dieta[5].

Entre as comorbidades que mais se destacaram, pode-se citar a HAS e a dislipidemia com 60,8% e 28,2%, respectivamente. É frequente a associação entre dislipidemia e hipertensão arterial, juntos representam mais de 50% do risco atribuível da doença arterial coronariana. A abordagem não medicamentosa, com mudanças do estilo de vida, cuidados alimentares, prática de atividade física, é essencial para a prevenção de riscos cardiovasculares[18].

Alimentos que contêm sacarose devem ser evitados para prevenir oscilações acentuadas da glicemia. Não se deve encorajá-los a comer doces, mas auxiliá-los a consumir de modo que não os prejudique[10]. Devem ser orientados quanto ao uso dos adoçantes, pois é seguro quando consumidos em quantidades adequadas; já os alimentos dietéticos podem ser recomendados, mas é preciso estar atento, pois podem ter valor calórico elevado por seu teor de gorduras ou outros componentes[13].

A aderência às atividades físicas realizadas por pelo menos 30 minutos apresentou um baixo índice de apenas 2,60 dias na semana. Na amostra, 36 usuários relatam realizar apenas de 0 a 4 dias na semana, e 7 participantes caminham de 5 a 7 dias na semana. Nas atividades físicas específicas, 39 realizam apenas de 0 a 4 dias na semana, o que demonstrou ser evidência significativa dos baixos índices que podem ser, de algum modo, atribuídos à idade dos pacientes que tiveram uma média de 62 anos.

São inúmeros os benefícios atribuídos à atividade física regularmente praticada e em se tratando do portador de DM1 vale ressaltar, além da melhora do condicionamento físico, o aumento da captação de glicose pelo músculo, redução da pressão arterial, melhora do perfil lipídico e da função endotelial[17].

Por outro lado, pacientes com DM1 que praticam exercícios físicos têm maior probabilidade de sofrerem de hipoglicemia, que pode ocorre logo após o exercício ou até horas depois. O indivíduo com DM1 mal controlado, sem insulina suficiente para manter a glicemia próxima do normal, quando submetido a esforço físico, pode ter seu estado hiperglicêmico agravado. Desta forma, não é recomendada a prática de exercício em situações de insulinopenia, visto que poderá acentuar a descompensação metabólica[17].

A monitorização glicêmica é fundamental para que estas atividades sejam bem sucedidas, devendo ser realizada antes, ao longo (quando a duração for superior a 45min) e depois dos exercícios[17].

Quando questionados sobre avaliar o açúcar no sangue, o estudo mostra que realizam este procedimento em média por 5,32 dias na semana. Para 31 participantes, o controle ocorre de 5 a 7 dias na semana e para 15 deles de 0 a 4 dias.

Os testes de glicemia podem ser realizados por técnicas laboratoriais tradicionais, por laboratórios clínicos ou então através da prática da automonitorização domiciliar que pode proporcionar uma visão bastante realista do nível do controle glicêmico durante todo o dia[17].

Para pacientes em uso de insulina, recomenda-se a realização de mais um teste glicêmico durante a madrugada para a avaliação de uma eventual hipoglicemia. A American Diabetes Association considera que a automonitorização permite avaliar a resposta individual à terapia e ajustes na conduta terapêutica medicamentosa e não

medicamentosa tanto para portadores de DM tipo1como para tipo 2[17].

Geralmente, estes pacientes são orientados pelos médicos sobre a quantidade de vezes e os horários que devem realizar o dextro, o fato é que nem sempre ocorre da maneira prescrita. Por meio de relatos dos usuários, muitos confirmam que não realizam os testes o número de vezes recomendado pelo médico. O estudo mostrou que neste requisito não há muita aderência dos pacientes a esta orientação médica, pois apenas em 3,67 dias na semana realizam o teste o número de vezes recomendado, 52% apenas de 0 a 4 dias na semana e 47% de 5 a 7 dias. A orientação referida pelos usuários se dá somente pelo profissional médico. Não houve referência ao acompanhamento da enfermagem.

A enfermagem em saúde coletiva tem como especificidade o cuidar do ser humano por um todo, no contexto em que vive, coordenando sua equipe para desenvolver atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde. O enfermeiro que atua em saúde coletiva trabalha muito tempo em contato com a comunidade e com os problemas vividos por ela e por essa razão tem uma melhor visão da realidade. Este fator contribui para o desenvolvimento de estratégias no sentido de amenizar problemas.

A educação em saúde classifica-se como uma das intervenções mais decisivas no processo de adesão aos tratamentos e na prática do autocuidado e devem ser mantidas nas rotinas dos serviços de saúde. É por meio delas que se consegue iniciar um vínculo de troca de experiências entre pacientes e equipe multidisciplinar, além de fornecer à equipe dados sobre dúvidas mais frequentes, dificuldades enfrentadas, bem como uma melhor visão sobre as estratégias de educação que melhor se aplicam a esta comunidade.

Por muitas vezes, esta realidade não é vivenciada na Unidade Básica de Saúde. Há contradições quanto às atividades para educação em saúde que são propostas das que efetivamente acontecem. O enfermeiro enfrenta muitos desafios diante da missão de implementar dinâmicas e rotinas de educação em saúde, ora pela sobrecarga de trabalho que o impossibilita de analisar os fluxos, dados estatísticos e demandas e organizar estratégias de intervenção, ora pela equipe reduzida que dificulta manter os serviços prestados sem interrupção e ao mesmo tempo proporcionar atividades.

Sobre a avaliação dos pés, 63%, relataram que realizam esta inspeção diariamente, e a média foi de 4,67 dias na semana. Quando abordado o item referente ao exame do interior dos sapatos antes de calçá-los, obteve-se confirmação de 50% dos pacientes. A atividade mais confirmada sobre cuidado com os pés foi a questão secar os espaços interdigitais depois de lavar os pés com 86% dos pacientes que realizam de 5 a 7 dias na semana, com média de 6,19 dias na semana.

O pé diabético engloba um conjunto de síndromes em que afecções neuropáticas, isquêmicas e infecciosas podem causar dano tecidual e, consequentemente, ulcerações e amputações. As úlceras dos pés e amputações de MMII são as principais causas de morbidade e incapacidade em pessoas com diabetes[16].

Cerca de 85% das amputações das extremidades inferiores relacionadas ao diabetes são precedidas de uma ulceração nos pés. Os fatores mais importantes referentes ao desenvolvimento de úlceras são a neuropatia periférica, traumas superficiais e deformidades no pé. Muitos indivíduos com diabetes perdem a sensibilidade, podem desenvolver deformidades e não percebem traumas superficiais repetitivos ou rachaduras na pele ou danos nos pés. O espectro das lesões nos pés varia nas diferentes regiões do mundo devido às condições socioeconômicas, padrões de cuidados e à qualidade dos calçados. Muitas das ulcerações podem ser prevenidas por inspeção regular dos pés, acesso a cuidados especializados e calçados adequados. Calçados que são impróprios, novos e de uso apenas recente ou a falta de calçados são os principais traumas causadores das úlceras nos pés. Entretanto, mesmo nos dias atuais, a maioria dos pacientes diabéticos não recebe inspeção nem cuidados regulares[19].

Para prevenção das úlceras de pés, deve-se seguir pontos fundamentais, como avaliar sintomas de doença arterial periférica, deformidades, utilização pelo enfermeiro de materiais como monofilamentos, palpação de pulsos periféricos. Além de discutir a importância do cuidado com os pés em programas de saúde, oferece-se apoio educativo de acordo com as necessidades individuais e o risco de úlceras e amputação[10].

Ao analisar os itens a respeito das injeções de insulina e do número indicado de comprimidos, apresenta-se adesão de 6,76 dias da semana, e neste mesmo item apresenta o número de diabetes (6%) que só faz uso de insulina.

Presume-se que o conhecimento acerca da medicação tem relação direta com a compreensão sobre o uso dos medicamentos, o que interfere na utilização e otimiza o controle do diabetes mellitus. O controle

glicêmico, verificado mediante o exame da hemoglobina glicosilada (HbA1c), é alcançado em menos da metade dos pacientes com DM[15].

Estima-se que apenas 1/3 dos pacientes aderem ao tratamento e que muitos pacientes nem o iniciam por considerarem ineficazes ou abandonam pelos efeitos colaterais. O enfermeiro tem o dever de orientar os pacientes quanto à terapêutica medicamentosa, sua eficácia e abordar também o nome comercial do medicamento, dose e horário de administração, seu mecanismo de ação e possíveis efeitos colaterais[4].

Quando questionados sobre o uso do cigarro, apenas 5 participantes responderam afirmativamente. O estudo apresentou que 18 pacientes que são ex-fumantes e que abandonaram o vício do cigarro, em média, há 9 anos.

O cigarro aumenta a concentração da gordura a nível abdominal, reduz a sensibilidade insulínica e eleva a concentração glicêmica após um teste oral de tolerância à glicose. O risco pode estar relacionado à quantidade de cigarros por dia e a duração do tabagismo. Estimativas do Physician's Health Study sugerem que nos Estados Unidos, onde aproximadamente 25% da população é tabagista, cerca de 10% dos casos de diabetes pode ser atribuído ao tabagismo[14].

CONCLUSÃO

O diabetes acarreta mudanças significativas na relação que o paciente estabelece com seu próprio corpo e com o mundo que o cerca. O conflito entre o desejo de se alimentar e a necessidade imperiosa de contê-lo está sempre presente na vida cotidiana do mesmo, e para que melhore o autocuidado com o diabetes, faz-se necessário que a equipe multidisciplinar esteja engajada e disposta a realizar ações educativas para que obtenham um baixo índice de riscos para complicações sérias.

A ampliação do aprendizado pode favorecer a aquisição de hábitos saudáveis na família. Desta maneira, a educação em diabetes deve estar centrada na equipe multidisciplinar, no sistema familiar, no paciente e nos equipamentos sociais. Planejamentos das ações e capacitação de profissionais podem melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários. Quando o paciente encontra essa rede de apoio, há uma maior efetividade no processo educativo.

A equipe de enfermagem deve prover maiores condições de acesso às atividades de promoção à saúde e para isso deve repensar suas práticas de trabalho, seus métodos utilizados e finalidades, visto que isto proporcionará maior interação dos usuários com as propostas dos programas, gerando, assim, uma melhor adesão ao tratamento e ao autocuidado. E com a prevenção terciária de morbidades, como examinar o pé, testes de sensibilidade e outros.

Com o intuito de responder ao objetivo do estudo, o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes mostrou que, no quesito alimentação, mais da metade dos participantes relata seguir uma dieta alimentar, porém 70% ingerem carnes vermelhas e derivados de leite com frequência. Para a maioria, o exame de glicemia capilar em domicílio tem grande importância, pois realiza a maior parte dos dias da semana. No seguimento atividade física, o estudo mostrou que a aderência é muito baixa, tendo em média apenas 2,6 dias na semana.

Deve ser abordado o tema pé diabético com mais frequência, visto que a pesquisa mostra que muitos desconhecem a importância de tal prática. O item medicação mostrou certa relevância para os participantes, pois aderem a esta atividade a maior parte dos dias da semana.

REFERÊNCIAS

1. Santos L, Torres HC. Education practices in diabetes mellitus: understanding the skill of health professionals. Texto & contexto enferm [Internet]. 2012 [cited 2016 Jan 10];21(3):574-80. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/en_v21n3a12.pdf

2. Hammerschmidt ASK. O Cuidado Gerontológico de Enfermagem Subsidiando o Empoderamento do Idoso com Diabetes Mellitus [Dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2007.

3. Brasil. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). 2011 [cited 2016 Jan 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cronicas.pdf

4. Ronsani MM. Fatores associados à adesão ao tratamento em portadores de DM1 [Monografia]. Criciúma (SC): Universidade do Estado de Santa Catarina; 2012.

5. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade de Diabetes: 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014

6. Michels MJ, Coral MHC, Sakae TM, Damas TB, Furlanetto LM. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução,

adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. Arq bras endocrinol metab [Internet]. 2010 [cited 2016 Jan 10];54(7):644-51. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abem/v54n7/09.pdf

7. Chaves MO, Teixeira MRF, Silva SED. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. Rev bras enferm [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 10];66(2):215-21. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/10.pdf

8. Torres HC, Pereira FRL, Alexandre LR. Evaluation of the educational practices in promoting self-management in type2 diabetes mellitus. Rev Esc Enferm [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 10];45(5):1077-82. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a07.pdf

9. Hammerschmidt ASK, Lenardt HM. Tecnologia Educacional Inovadora para o Empoderamento Junto a Idosos com Diabetes Mellitus. Texto & contexto enferm [Internet]. 2010 [cited 2016 Jan 10];19(2):358-65. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/18.pdf

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes de Mellitus. Caderno de Atenção Básica, n. 16. Brasília; 2006.

11. Torres HC, Pace AE, Stradioto MA. Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. Cogitare enferm [Internet]. 2010 [cited 2016 Jan 10];15(1):48-54. Available from: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/17144

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

13. Gimenes TH, Zaneti ML, Otero LM, Teixeira CRS. O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. Ciênc cuid saúde [Internet]. 2006 [cited 2016 Jan 10];5(3):317-25. Avaiable from: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5034

14. Lyra R, Oliveira M, Lins D, Cavalcanti N. Prevenção do Diabetes Mellitus tipo 2. Arq bras endocrinol metab [Internet]. 2006 [cited 2016 Jan 10];50(2):239-49. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abem/v50n2/29307.pdf

15. Faria HTG, Zanetti ML, Santos MAS, TCRS. Patients' knowlwdge regarding medication therapy to treat diabetes: a challenge for health care services. Acta paul enferm [Internet]. 2009 [cited 2016 Jan 10];22(5):612-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/en_03.pdf

16. Cavalcanti AM. Diabete Melito tipo 2: diretriz de atenção à pessoa com Diabete Melito Tipo 2. Curitiba (PR): Secretaria Municipal da Saúde; 2010.

17. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diabetes na pratica clínica. E-BooK. São Paulo: AC Farmacêutica; 2011.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Caderno de Atenção Básica; 16. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

19. Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético [Internet]. Consenso Internacional sobre Pé Diabético/publicado sob a direção de Hermelinda Cordeiro Pedrosa; tradução de Ana Claudia de Andrade, Hermelinda Cordeiro Pedrosa. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2001 [cited 2016 Jan 10]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/conce_inter_pediabetico.pdf

Submissão: 18/12/2014
Aceito: 06/01/2016
Publicado: 01/02/2016

Correspondência

Cristiano Caveião
Rua Konrad Adenauer, 442
Bairro Tarumã
CEP 82821-020 — Curitiba (PR), Brasil