



CONCEPÇÕES DE CLIENTES COM DIABETES MELLITUS ACERCA DO TRATAMENTO

DIABETES MELITUS CLIENTS' CONCEPTIONS ABOUT THE TREATMENT

CONCEPCIONES DE LOS CLIENTES CON DIABETES MELLITUS SOBRE EL TRATAMIENTO

Joana Angélica Andrade Dias¹, Roseli Alves Rodrigues², Zenilda Nogueira Sales³, Zulmerinda Meira Oliveira⁴, Pablo Ian Gonçalves Nery⁵

RESUMO

Objetivo: descrever o conhecimento que clientes com diabetes mellitus possuem sobre o tratamento da doença. **Método:** estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com 11 clientes cadastrados em um centro de saúde. Utilizou-se a entrevista semiestruturada para a produção dos dados. As informações foram tratadas de acordo com a Técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, originando cinco categorias empíricas. **Resultados:** identificou-se que os participantes possuem conhecimento sobre o tratamento do diabetes. Contudo, foi perceptível que, por vezes, este conhecimento é superficial e de pouca aplicabilidade no seu cotidiano. **Conclusão:** constatou-se necessidade de um maior investimento na educação em saúde, enquanto política pública, que contribuirá para a superação de deficiências de conhecimento relacionadas ao tratamento do diabetes, evitando o surgimento precoce de complicações com consequente redução do número de internações hospitalares e de custos para os cofres públicos. **Descritores:** Diabetes Mellitus; Educação em Saúde; Enfermagem; Tratamento.

ABSTRACT

Objective: to describe the knowledge that customers with diabetes mellitus have about the disease's treatment. **Method:** descriptive and exploratory study, with qualitative approach, conducted with 11 clients registered at a health center. The semi-structured interview was used for the data production. The information was treated according to the content analysis technique, thematic modality, yielding five empirical categories. **Results:** the participants have knowledge about the treatment of diabetes. However, it was noticeable that, sometimes, this knowledge is superficial and little applicable in their routine. **Conclusion:** there is need for greater investment in health education, as public policy, which will help to overcome knowledge deficiencies related to the treatment of diabetes, preventing the early onset of complications with consequent reduction in the number of hospitalizations and cost to the public coffers. **Descriptors:** Diabetes Mellitus; Health Education; Nursing; Treatment.

RESUMEN

Objetivo: describir el conocimiento que los clientes con diabetes mellitus tienen en el tratamiento de la enfermedad. **Métodos:** estudio descriptivo y exploratorio, de enfoque cualitativo, realizado con 11 clientes registrados en un centro de salud. Se utilizó la entrevista semi-estructurada para la producción de los datos. La información fue tratada según la técnica de análisis de contenido, modalidad temática, produciendo cinco categorías empíricas. **Resultados:** se encontró que los participantes tengan conocimientos sobre el tratamiento de la diabetes. Sin embargo, se notaba que a veces este conocimiento es superficial y de poca aplicabilidad en su vida diaria. **Conclusión:** se observó la necesidad de una mayor inversión en educación para la salud como una política pública, lo que ayuda a superar las deficiencias de conocimiento relacionadas con el tratamiento de la diabetes, la prevención de la aparición temprana de complicaciones con la consiguiente reducción en el número de hospitalizaciones y costes a las arcas públicas. **Descriptores:** Diabetes Mellitus; Educación en Salud; Enfermería; Tratamiento.

¹Enfermeira, Doutoranda, Professora Assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: joanauesb@gmail.com; ²Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: roseli1986@hotmail.com; ³Enfermeira, Doutora (Pós-doutora), Professora Titular, Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: zenysalles@gmail.com; ⁴Enfermeira, Professora Mestre, Doutoranda, Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: zulmerindameira@bol.com.br; ⁵Enfermeiro, Especialista em Saúde Coletiva, Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães/HBLEM. Jequié (BA), Brasil. E-mail: pabloian@bol.com.br

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é uma doença de caráter crônico que se constitui em um problema de saúde pública, e se encontra dentre as principais causas de morbimortalidade no Brasil, resultando em incapacidades ou limitações no desempenho profissional, bem como em um elevado gasto de verbas públicas investidas no seu tratamento e de suas complicações.¹

O número de pessoas com essa doença tem aumentado significativamente em decorrência do crescimento e envelhecimento populacional, de uma maior sobrevida, e da urbanização crescente, que colaborou para a manutenção de um estilo de vida pouco saudável, com maus hábitos alimentares e diminuição da atividade física, que levam à obesidade.¹

Existem mais de 371 milhões de pessoas com DM em todo o mundo, o que corresponde a 8,3% da população mundial, das quais 50% ainda não foram diagnosticadas. Estimativas indicam que este número aumentará, em 2030, para 552 milhões. Além disso, salienta-se que, em 2012, 4,8 milhões de pessoas morreram em decorrência dessa doença e metade delas tinha menos de 60 anos², encontrando-se, portanto em fase produtiva de suas vidas. Se não tratado adequadamente, o DM pode acarretar complicações classificadas como agudas e crônicas. As primeiras ocorrem em curto prazo, em decorrência de desequilíbrios agudos nos níveis glicêmicos, e as últimas, em longo prazo, devido à hiperglicemia prolongada. As complicações crônicas são mais comuns devido à maior sobrevida das pessoas, e pode acometer todos os sistemas do corpo humano, causar incapacidades e, até mesmo, levar à morte.³

Sobre o tratamento, ressalta-se que o DM requer a manutenção de níveis adequados da glicemia, tornando-se necessário que o cliente realize um conjunto de ações que resultem em hábitos de vida saudáveis, incluindo alimentação equilibrada e prática de atividade física, aliadas, ou não, à terapia medicamentosa, além da monitorização da glicemia capilar.⁴

Isso mostra a importância da educação em saúde na perspectiva da sensibilização do indivíduo quanto às medidas de prevenção e controle das complicações, de modo a compreender a necessidade da mudança no estilo de vida, e no desenvolvimento de habilidades para o autocuidado⁵, devendo estender-se, também, aos familiares e/ou cuidadores. Uma educação efetiva vai além da

transmissão de informações, resultando em mudanças e/ou aquisição de comportamentos, devendo incorporar as necessidades, os objetivos e as experiências de vida do indivíduo.¹

Torna-se relevante que o cliente com DM compreenda todos os aspectos pertinentes à doença, a fim de conscientizar-se da importância da adesão ao tratamento e prevenção das complicações⁵, o que, certamente, trará influências benéficas no seu prognóstico e em sua qualidade de vida. Este estudo poderá contribuir para a melhoria da assistência prestada ao oportunizar aos profissionais de saúde a aproximação às limitações dos clientes com DM, especialmente no que concerne ao tratamento da doença. Nesse sentido, estabeleceu-se como objetivo:

- Descrever o conhecimento que clientes com diabetes mellitus possuem sobre o tratamento da doença.

MÉTODO

Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, originado a partir do projeto << Concepções de clientes com diabetes mellitus acerca do tratamento e prevenção de complicações >>. Teve como participantes, 11 usuários cadastrados no serviço de diabetes de uma unidade básica de saúde, os quais foram submetidos a uma entrevista semiestruturada, com o apoio de um gravador de voz, enquanto esperavam atendimento, no período de março a maio de 2014.

Foram respeitadas as disposições legais contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Para tanto, o projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob o número do CAAE 21606413.1.0000.0055, e parecer nº 412.060. Ressalta-se que os participantes foram antecipadamente esclarecidos sobre o tema, objetivos, justificativa, riscos e benefícios da pesquisa, e somente submetidos à entrevista após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

As informações foram tratadas conforme a técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática, seguindo as etapas de pré-análise, com operacionalização e sistematização das ideias; exploração do material, com codificação e decomposição conforme regras previamente formuladas; e,

Dias JAA, Rodrigues RA, Sales ZN et al.

tratamento dos resultados obtidos, com inferências e interpretação dos dados.⁶ O *corpus* foi constituído de 11 entrevistas, após transcrição na íntegra e leitura flutuante. Posteriormente, realizou-se uma leitura com maior profundidade, separando os núcleos de sentido, que foram codificados e agrupados semanticamente, o que possibilitou a identificação de cinco categorias empíricas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

♦ Categoria 1 - Uso correto do hipoglicemiante

Sabe-se que, devido à ocorrência do processo autoimune que provoca a destruição parcial ou total das células beta pancreáticas e, conseqüentemente, a incapacidade progressiva de produzir insulina¹, o tratamento medicamentoso do DM tipo 1 exige, além das medidas de hábitos saudáveis de vida, a utilização exógena do hormônio insulina logo que o diagnóstico é estabelecido.⁷

No DM tipo 2, em que ocorre resistência à insulina e/ou comprometimento da sua secreção¹, inicialmente, adota-se a prática regular de atividade física, redução de peso e reeducação alimentar. Caso estas medidas não apresentem resolutividade, é instituído o tratamento medicamentoso por meio do uso de hipoglicemiantes orais, embora possa haver necessidade do uso combinado destes com a insulina exógena quando as medidas inicialmente implementadas não funcionam.⁷

A prescrição medicamentosa para o tratamento do DM deve ser racional e adequada às necessidades do usuário, com a escolha eficaz do hipoglicemiante, considerando que o aumento da dose e da diversidade de medicamentos poderá favorecer o aparecimento de reações adversas, dificultando a adesão ao tratamento, carecendo, assim, de um acompanhamento contínuo da resposta ao uso destes.⁸

Nessa perspectiva, os participantes deste estudo demonstraram, por meio das unidades de análises, que as medicações hipoglicemiantes se constituem em uma das alternativas de tratamento do DM, e que é importante cumprir corretamente a prescrição e as recomendações médicas para que se alcance o controle glicêmico, não diferente do resultado encontrado em um outro estudo, que apresentou o uso correto dos hipoglicemiantes como uma medida de controle do diabetes.⁹

[...]Tomar os remédios certo (Ent. 1)[...]/[...]tomar os medicamentos direto

Concepções de clientes com diabetes mellitus...

(Ent. 2)[...]/[...] tomar o remédio direitinho no horário, e não faltar remédio (Ent. 3)[...]/[...]tomo remédio, eu já tomei insulina (Ent. 5)[...]/[...]tem que tomar certinho ([...]) tomar a medicação certa (Ent. 6)[...]/[...] é tomar o medicamento certo (Ent. 7)[...]/[...] Tomar os remédios direitinho (Ent. 8)[...]/[...]eu uso, apesar dos medicamentos[...]tem vez que eu encontro no posto tem vez que eu não encontro (Ent. 11).

Observa-se que os participantes estão certos, vez que ter conhecimento sobre o hipoglicemiante a ser utilizado, assim como a dose e os horários preestabelecidos, é de fundamental importância para a eficácia da terapêutica medicamentosa e prevenção de complicações precoces, sendo necessário, também, que levem em consideração o horário das refeições e da prática de atividade física no momento da utilização do medicamento. Desta forma, durante as consultas, o profissional de saúde deve verificar a compreensão dos usuários em relação às informações fornecidas¹⁰, criando um ambiente favorável para que os mesmos sintam-se à vontade “para perguntar, questionar e contar as suas dificuldades”.¹¹

Nota-se, ainda, que alguns participantes, embora tenham o conhecimento da importância do uso correto da medicação, por vezes a interrompe por não encontrá-la disponível na unidade de saúde, mostrando que dependem exclusivamente da aquisição gratuita e que, ao depararem com a falta da mesma, ficam sem usá-la até que tenham acesso gratuito novamente¹², o que jamais poderia acontecer, devendo esta situação ser evitada pelo poder público.

Muito embora compreenda ser incontestável a relevância de uma correta terapêutica medicamentosa para o controle glicêmico e prevenção das complicações agudas e crônicas do DM, torna-se imprescindível a implementação de ações educativas que resultem na modificação do estilo de vida do usuário, como a adoção de uma dieta saudável e a prática de atividade física⁴, sendo isso de conhecimento dos participantes, conforme observado nas categorias de número 2 e 3, respectivamente.

♦ Categoria 2 - Adoção de uma dieta adequada

Para assegurar uma alimentação saudável ao cliente com DM, é recomendável uma dieta equilibrada, que considere as demandas do usuário, estabelecendo uma quantidade diária de ingestão de carboidratos, proteínas e lipídios, dando preferência a alimentos saudáveis, de origem natural e reduzindo o

Dias JAA, Rodrigues RA, Sales ZN et al.

consumo dos industrializados e processados, ácidos graxos saturados e na forma trans, como também o sódio¹³.

É ideal, também, que haja um maior consumo de temperos não industrializados, ervas frescas e alimentos vegetais. Deve-se restringir o uso de bebidas alcoólicas, por serem potentes hipoglicemiantes, de alto valor energético e interferirem no metabolismo dos macronutrientes, elevando os triglicérides. As refeições devem ser fracionadas e ajustadas à prática de atividade física e medicações utilizadas, impedindo o consumo excessivo de alimentos e/ou o jejum prolongado.¹

Atualmente, existem evidências de que a dieta do indivíduo com DM não necessita estar pautada na restrição dos alimentos, porém balanceada dentro de limites preestabelecidos, e ajustada individualmente. Baseadas em evidências científicas, as recomendações nutricionais devem levar em conta as características culturais e econômicas, respeitando as preferências individuais e envolvendo o usuário nas decisões. É importante que o plano alimentar considere que as alterações no estilo de vida possam ser realizadas, e que permitam ao usuário manter vida ativa e integrada em sociedade.¹³

Observa-se, por meio das unidades de análise que caracterizam esta categoria, que os participantes deste estudo sabem que a adoção de uma dieta adequada é essencial para o sucesso do tratamento do DM. Entretanto, parece faltar aos mesmos uma apropriação do conhecimento de como esta dieta deve ser realizada.

[...]Não comer as coisas não pode (Ent. 1)[...]/[...]a gente não pode comer de tudo (Ent. 2)[...]/[...]é não tomar açúcar, usar adoçante[...]não como bolo, não tomo café com açúcar todo dia (Ent. 3)[...]/[...]não comer e beber negócio de açúcar[...]fazer dieta certa (Ent. 4)[...]/[...]tem que fazer, a dieta[...]não pode comer muito sal[...]não comer muita gordura (Ent. 5)[...]/[...]não pode comer tudo que é coisa (Ent. 6)[...]/[...]não comer de tudo, não comer comida doce, nem oleosa (Ent. 7)[...]/[...]tem que ter aquela dieta rigorosa[...] evitar o doce (Ent. 9)[...]/[...]sigo o que a nutricionista me propôs (Ent. 10)[...]/[...]não tenho condições nenhuma, tem vez na minha casa não tem nenhuma verdura. Vou fazer o que a não ser comer um pão, arroz, o feijão e farinha (Ent. 11).

Nota-se que os participantes reconhecem a necessidade de evitar o consumo de alguns tipos de alimentos que elevam os níveis

Concepções de clientes com diabetes mellitus...

glicêmicos e lipídicos, porém apresentam algumas ideias equivocadas demonstrando necessidade de melhor orientação, como, por exemplo, quando se referem aos alimentos com sabor adocicado (açúcar e doces) como sendo os únicos responsáveis pelas alterações dos níveis glicêmicos. Existem alimentos que contêm açúcar e não possuem alto valor glicêmico quando comparados com outros que não contêm, tornando-se importante saberem que todos os carboidratos são convertidos em glicose pelo organismo e que, por isso precisam, ser pouco consumidos.¹³

Percebe-se que o entendimento dos participantes sobre a terapia nutricional está atrelado a conceitos restritivos, pois algumas unidades de análise parecem expressar que eles vinculam a dieta saudável a uma ideia de restrição, possibilitando inferir que as recomendações recebidas podem não ter sido feitas de modo adequado, e, talvez, repassadas pelo profissional de saúde de forma proibitiva, sem uma tomada de decisão conjunta que considere as características individuais, condições de vida, crenças e preferências do cliente. Ressalta-se que tal conduta pode causar baixa adesão ao tratamento dietético, considerando que os alimentos proibidos podem estar dentre aqueles que são mais frequentemente consumidos pela pessoa com DM.¹⁴

Salienta-se que, muitas vezes, o indivíduo com DM tem conhecimento da necessidade de uma alimentação saudável, mas não a segue adequadamente, considerando a influência de aspectos socioeconômicos, culturais, psicológicos, econômicos e educacionais. Dentre estes, apenas três aparecem como resultado de um estudo que discute a prática alimentar do diabetes como desafios para a vigilância em saúde¹⁵, justificando a resistência ou dificuldade por parte do cliente para adotar mudanças nos seus hábitos dietéticos, sendo que apenas o fator econômico surgiu entre as unidades de análise que caracterizam esta categoria.

♦ Categoria 3 - Realização de atividade física

A atividade física regular melhora o controle glicêmico ao aumentar a captação de glicose pelo tecido muscular¹⁶, de forma que contribui para a perda de peso e previne o surgimento de complicações. Deve ser iniciada de forma gradual, atentando para a existência de complicações e limitações, bem como para a dosagem da medicação, ajustando-a, quando necessário. Torna-se importante, ainda, orientar o indivíduo quanto aos sinais de alerta para hipoglicemia, recomendando-o

que tenha sempre consigo alguma fonte de glicose, caso haja necessidade.⁴

Observa-se, nas unidades de análise dispostas a seguir, que a atividade física foi citada como parte do tratamento do DM, demonstrando que os participantes possuem conhecimento em relação a sua importância, muito embora tenha ficado evidente que alguns deles não estão implementando esta prática.

[...]É fazer exercício (Ent. 2)[...]/[...]fazer ginástica[...] fazer a caminhada (Ent. 4)[...]/[...]é fazer uma caminhada em 20 minutos (Ent. 5)[...]/[...]era para mim andar, mas não posso por que tenho problema no joelho[...] já enfartei (Ent. 6)[...]/[...]fazer caminhada[...] fazer atividade física (Ent. 7)[...]/[...]é caminhar, é o exercício que nem nós estamos fazendo (Ent. 8)[...]/[...]fazer caminhada, exercício físico (Ent. 9)[...]/[...]fazer caminhada, não tô fazendo porque eu não tô aguentando de dor (Ent. 10)[...]/[...]faço só caminhada e esses dias não tô fazendo (Ent. 11).

Dentre as práticas de atividade física, observa-se que a mais citada foi a caminhada, resultado semelhante ao encontrado em um estudo que avaliou os conhecimentos adquiridos por pessoas com DM atendidas em um programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário¹⁷. A caminhada é considerada como uma atividade física de leve e baixo impacto quando lenta ou moderada⁴. Pode ser realizada ao ar livre, em qualquer horário e não depende de recursos financeiros para sua execução. Se praticada de forma correta e com acompanhamento dos profissionais de saúde, pode trazer resultados satisfatórios no tratamento, ao contribuir sobremaneira para a redução da glicemia.¹⁸

Foi possível extrair das unidades de análise que alguns participantes, embora saibam da importância da realização da atividade física para a eficácia do tratamento do DM, não adotam esta medida, seja por estarem apresentando sinais e sintomas de complicações da doença que lhes conferem limitações físicas, seja pela necessidade de ajuste da dose do(s) hipoglicemiante(s) em uso, ou, ainda, por não terem, de fato, consciência dos efeitos benéficos desta forma de tratamento.

Desse modo, torna-se relevante que o profissional de saúde investigue os fatores que podem levar um indivíduo com DM a não inserir a atividade física como parte do tratamento, na perspectiva de contribuir para que o mesmo perceba precocemente a sua importância, além de ajudá-lo a alcançar a condição mínima necessária para a sua execução.

♦ Categoria 4 - Uso de fitoterápicos

A fitoterapia corresponde à utilização de medicamentos cujos princípios ativos são derivados de plantas ou vegetais, a partir do conhecimento e uso popular.¹⁹ Seu uso no tratamento das doenças ocorre desde a antiguidade quando, por meio do conhecimento empírico, eram repassados de geração à geração, os saberes do poder medicinal de algumas plantas cultivadas.²⁰

Com o estabelecimento da medicina, esse conhecimento foi sendo desvalorizado pelos profissionais de saúde e, nos dias atuais, a ciência e as políticas de saúde têm procurado reestabelecer esta prática por meio do incentivo da utilização das plantas medicinais pelos usuários dos serviços de saúde.²⁰ Com o objetivo de garantir à população o acesso seguro e o uso racional dos fitoterápicos, foi instituído pelo Ministério da Saúde do Brasil, decreto nº 5.813 de 22 de junho de 2006, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.¹⁹

Conforme as unidades de análise que deram origem a esta categoria, o uso de chás caseiros utilizando plantas medicinais foi citado por alguns participantes como parte do tratamento do DM.

[...]Beber chá caseiro (Ent. 4)[...]/[...]o povo ensinava fazer chá, eu faço (Ent. 5)[...]/[...]um chazinho ajuda muito porque faz bem xixi e aí vai eliminando mais (Ent. 6)[...]/[...]tomo chá caseiro[...] tomo amargo que é muito bom (Ent. 7)[...]/[...]fazer a dieta de um chá (Ent. 8)[...]/[...]juso chá também[...]de camomila, erva cidreira[...] (Ent. 10).

Uma dessas unidades de análise aponta que o benefício da utilização do chá está na estimulação da diurese, eliminando, consequentemente, o que é prejudicial ao organismo. Ressalta-se que, em um estudo envolvendo esta temática, os participantes, baseados em conhecimentos tradicionais do senso comum, também referiram como benefícios dos chás caseiros a estimulação das funções renais onde, pela micção, os resíduos nocivos ou em excesso no sangue, a exemplo do açúcar, são eliminados, além de acreditarem que, ao usar os chás de boldo do Chile e carqueja, conseguem “combater o açúcar” devido ao sabor amargo, “refinar o sangue” e “acertar o fígado”, que se acredita estar sobrecarregado e prejudicado pelos remédios consumidos.²¹

Em outros estudos científicos, pode-se constatar a existência de plantas medicinais que exercem ações hipoglicemiantes, confirmando a sua utilização como antidiabéticos pelos participantes. Dentre

aquelas que tiveram seus efeitos hipoglicemiantes cientificamente comprovados, destacaram-se *Bauhinia* spp. (pata de vaca), *Syzygium cumini* (jambolão)^{20,22}, e *Cissus sicyoides* L. (insulina)²³. Contudo, é importante salientar que algumas plantas utilizadas na forma de chás caseiros, especialmente quando usadas concomitante com as medicações prescritas, podem apresentar substâncias capazes de exercer efeitos colaterais, como a hipoglicemia²⁴, motivo pelo qual devem ser utilizadas com cautela.

Em relação à camomila, citada por um dos participantes, a literatura indica que contém substâncias com efeito antioxidante confirmado cientificamente e atua contra os danos oxidativos que a hiperglicemia pode causar no organismo, de modo que o seu uso é, de fato, benéfico no tratamento do DM.²⁵ Dessa forma, faz-se necessário que haja comprovação científica mediante estudos que analisem a veracidade da ação terapêutica das plantas medicinais antes que sejam utilizadas pelos usuários, o que possibilitará que os profissionais de saúde possam aplicar essas orientações com segurança e eficácia²², evitando que ocorram malefícios na saúde do indivíduo decorrente de seu uso indevido e incorreto.²⁰

Categoria 5 - Adoção de comportamentos preventivos para complicações

Nessa categoria, encontram-se agrupadas algumas unidades de análise consideradas atitudes preventivas para a ocorrência de complicações do DM ou, na existência destas, evitar que causem maiores danos ao organismo.

[...]Irr sempre ao médico (Ent. 2)[...]/[...]fazer os exames das vistas[...]sempre fazer os exames por causa dos rins (Ent. 6)[...]/[...]faço exame[...]pegar o cartão de vacina para ver como é que tá (Ent. 8)[...]/[...]cuidado com os pés para não ter ferimento, topada[...]não vou em manicure, limpo minhas unhas, não vou para não tirar cutícula, para não ter ferimento (Ent. 10)[...]/[...]fazer exame, mas a gente nunca encontra[...]fiquei de passar pelo médico mês passado disseram que não ia marcar (Ent. 11).

Sabe-se que o DM pode causar complicações renais e visuais, as quais estão relacionadas ao comprometimento microvascular que acomete os pequenos vasos sanguíneos, caracterizado pelo espessamento da membrana basal capilar causado pela hiperglicemia. As alterações nos pequenos vasos da retina causam a retinopatia diabética, podendo levar à perda total da visão, enquanto que, nos rins, ocorre

acometimento do mecanismo de filtração, causando extravasamento das proteínas sanguíneas na urina com consequente aumento da pressão nos vasos sanguíneos.³ Desse modo, percebe-se que o entendimento apresentado pelos participantes acerca da necessidade da realização de exames diagnósticos relacionados à função renal e à visão é correto, visto que, por meio destes, essas complicações poderão ser identificadas e tratadas mais precocemente.

Ressalta-se que os exames diagnósticos são importantes, tanto no atendimento inicial, quanto no acompanhamento contínuo do cliente com DM, e precisam ser realizados considerando o alto risco cardiovascular, o controle metabólico, as metas de cuidado e as complicações existentes. A periodicidade dependerá do acompanhamento individual. Conforme o Ministério da Saúde do Brasil, os exames da glicemia de jejum e hemoglobina glicada (HbA1C) devem ser realizados duas vezes ao ano quando o usuário estiver dentro da meta glicêmica estabelecida e, quando acima, a cada três meses. Os demais exames podem ser solicitados anualmente, considerando as necessidades individuais e os protocolos locais. Com relação às complicações renais e visuais, estas são identificadas, respectivamente, por meio da análise da presença de microalbuminúria e da realização da fundoscopia sob dilatação pupilar.⁴

As unidades de análise apontam, também, para a importância da realização da consulta médica como uma medida preventiva para complicações do DM, ou seja, como uma estratégia do tratamento dessa doença. Sabe-se que a consulta de avaliação inicial deve ser realizada pelo médico, o qual, após estabelecer o diagnóstico, realiza a prescrição dos medicamentos conforme as necessidades do cliente. Entretanto, é recomendado o acompanhamento contínuo, não apenas pelo profissional médico, mas "por uma equipe multidisciplinar que avalie a evolução da doença e a adesão às orientações, de acordo com uma estratificação de risco".^{4:60}

Outra unidade de análise apontou, também, para a importância de se manter o calendário vacinal atualizado, conduta procedente considerando que o indivíduo com DM tem maior risco de infecção pneumocócica grave, e de ocorrência de complicações decorrentes do vírus influenza, motivo pelo qual é recomendado que tais vacinas estejam sempre atualizadas.¹

O cuidado com os pés e unhas, assim como os cuidados preventivos de lesões diversas, foi, também, identificado pelos participantes

Dias JAA, Rodrigues RA, Sales ZN et al.

Concepções de clientes com diabetes mellitus...

como uma estratégia de tratamento do DM. Sabe-se que as complicações crônicas causadas por esta doença, mais especificamente a neuropatia e a doença vascular periférica (DVP), ambas desenvolvidas a partir das desordens causadas no organismo pela hiperglicemia, provocam lesões em membros que, quando na presença de infecção, podem resultar em amputação.³ A neuropatia, por afetar os nervos, provoca a perda da sensibilidade dolorosa, tornando o indivíduo vulnerável a traumas, e a DVP, pela redução do fluxo sanguíneo, leva a uma circulação deficiente dos membros inferiores.²⁶

A anamnese e o exame dos pés são condutas primordiais que devem ser adotadas no acompanhamento do usuário com DM. Portanto, torna-se importante o repasse de orientações com ênfase na importância da inspeção regular e hidratação dos pés, corte adequado das unhas, uso de calçados apropriados, e o acompanhamento dos grupos de risco na perspectiva do diagnóstico precoce, tratamento adequado e prevenção de ulcerações e amputações.²⁷

CONCLUSÃO

Evidenciou-se, neste estudo, que os participantes possuem conhecimento sobre o tratamento do DM ao apontarem como procedimentos o uso correto das medicações hipoglicemiantes, a adoção de uma dieta adequada, a prática rotineira de atividade física, o uso de fitoterápicos e a adoção de algumas práticas preventivas para complicações da doença. Contudo, foi perceptível, por vezes, a superficialidade de tais conhecimentos, bem como a pouca aplicabilidade no seu cotidiano.

Tais constatações direcionam para a necessidade de um maior investimento na educação em saúde, enquanto política pública e para a importância de um efetivo trabalho educativo a ser desenvolvido pelos profissionais de saúde que atuam na atenção básica, de modo a contribuir para que os usuários possam superar deficiências de conhecimento relacionadas a tratamento do diabetes, evitando o surgimento precoce de complicações, com consequente redução do número de internações hospitalares e dos custos para os cofres públicos.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 4 ed. São Paulo; [Internet] 2014. [cited 2014 Apr 05]. Available from:

<http://www.diabetes.org.br/images/pdf/diretrizes-sbd.pdf>

2. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e números 2012 - Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes. Lisboa [Internet]. 2013. [cited 2014 July 17]. Available from: <http://www.ulsm.min-saude.pt/ResourcesUser/Documentos/i018361.pdf>

3. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica nº 36 [Internet]. Brasília; 2013 [cited 2014 abr 20]; Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf

5. Moraes GFC, Soares MJGO, Costa MML, Santos IBC. O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas. Rev enferm [Internet]. 2009 [cited 2014 July 02]; 17(2):240-5. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a18.pdf>

6. Bardin L. Análise de conteúdo. 6 ed. Lisboa: Edições 70; 2011.

7. Mascarenhas NB, Pereira A, Silva RS, Silva MG. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica. Rev bras enferm [Internet]. 2011 [cited 2014 July 02];64(1):203-8. Available from: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/3519/1/v64n1a31.pdf>

8. Pereira LRL, Andrade RCG, Pereira JGC, Marchetti JM. Avaliação de prescrições de medicamentos para pacientes com Diabetes Mellitus atendidos por uma Unidade Básica de Saúde. Rev ciênc farm básica apl [Internet]. 2005 [cited 2014 July 02];26(3):199-203. Available from: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/423/406

9. Oliveira JS, Dias JAA, Nery AA, Matos Filho AS, Oliveira, YNS, Nery, PIG. Diabetes mellitus in the view of adults attended by the basic health network. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2015 Apr [cited 2015 July 18];9(suppl. 3):7625-35. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/679/pdf_7674

10. Veras VS, Pereira Filho FJF, Araújo MFM, Rodrigues FFL, Zanetti ML, Montenegro Júnior RM. Utilization of drugs among users of ambulatory's diabetes: a descriptive study.

Rev pesq cuid fundam online [Internet]. 2011 Apr./June [cited 2014 July 02];3(2): 1894-903. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1298/pdf_390

11. Seara SS, Rodrigues AS, Rocha RM. "It is very difficult for us to control": perceptions of diabetic patients on the treatment adherence. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 Sept [cited 2015 July 17];7(9):5460-8. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4811/pdf_3357

12. Remondi FA, Cabrera MAS, Souza RKT. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. Cad saúde pública [Internet]. 2014 [cited 2014 July 03];30(1):126-36. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00126.pdf>

13. Sociedade Brasileira de Diabetes. Manual de nutrição: profissional da saúde. Departamento de Nutrição e Metabologia da SBD [Internet] 2009 [cited 2014 July 09]. Available from: <http://www.diabetes.org.br/pdf/manual-nutricao.pdf>

14. Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010 [cited 2014 July 02];15(1):151-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a21v15n1.pdf>

15. Santos AFL, Araújo JWG. Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde. Epidemiol serv saúde [Internet]. 2011 [cited 2014 July 03];20(2):255-63. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n2/v20n2a14.pdf>

16. Pauli JR, Cintra DE, Souza CT, Ropelle ER. Novos mecanismos pelos quais o exercício físico melhora a resistência à insulina no músculo esquelético. Arq bras endocrinol metab [Internet]. 2009. [cited 2014 July 03];53(4):399-408. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n4/v53n4a03.pdf>

17. Gil GP, Haddad MCL, Guariente MHDM. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. Semina cienc biol saude [Internet]. 2008 [cited 2014 July 05];29(2):141-54. Available from:

<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminario/article/viewFile/3462/2817>

18. Silva CC, Alves CAD. Efeitos da atividade física leve na glicemia e pressão arterial de mulheres diabéticas acompanhadas num centro de saúde em Jequié, Bahia. Rev ciênc méd biol [Internet]. 2011. [cited 2014 July 05];10(3):209-12. Available from: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/5716>

19. Ministério da Saúde. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. Cadernos de Atenção Básica - nº 31 [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2014 Jan 10]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_31.pdf

20. Feijó AM, Bueno MEN, Ceolin T, Linck CL, Schwartz E, Lange C, et al. Plantas medicinais utilizadas por idosos com diagnóstico de Diabetes mellitus no tratamento dos sintomas da doença. Rev bras plantas med [Internet]. 2012 [cited 2014 July 05];14(1):50-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbpm/v14n1/v14n1a08.pdf>

21. Barsaglini RA, Canesqui AM. A Alimentação e a Dieta Alimentar no Gerenciamento da Condição Crônica do Diabetes. Saúde Soc [Internet]. 2010 [cited 2014 July 05];19(4):919-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/18.pdf>

22. Borges KB, Bautista HB, Guileria S. Diabetes - utilização de plantas medicinais como forma opcional de tratamento. Revista Eletrônica de Farmácia [Internet]. 2008. [cited 2014 July 05];5(2):12-20. Available from: <http://revistas.ufg.br/index.php/REF/article/view/5149/4256>

23. Santos MM, Nunes MGS, Martins RD. Uso empírico de plantas medicinais para tratamento de diabetes. Rev bras plantas med [Internet]. 2012 [cited 2014 July 05];14(2):327-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbpm/v14n2/12.pdf>

24. Silva JPA, Sampaio LS, Oliveira LS, Reis LA. Plantas medicinais utilizadas por portadores de diabetes mellitus tipo 2 para o provável controle glicêmico no município de Jequié - BA. Ver Saúde Com [internet]. 2008. [cited 2014 July 05];4(1):10-8. Available from: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v4/v4n1a02.pdf>

25. Dallaqua B, Damasceno DC. Comprovação do efeito antioxidante de plantas medicinais utilizadas no tratamento do *Diabetes mellitus* em animais: artigo de

Dias JAA, Rodrigues RA, Sales ZN et al.

Concepções de clientes com diabetes mellitus...

atualização. Rev bras plantas med [Internet]. 2011 [cited 2014 July 05];13(3):367-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbpm/v13n3/a17v13n3.pdf>

26. Manheze AIB, Pezzutto TM. Diabetes e risco de pé diabético: importância do autocuidado. Rev cuid (Bucaramanga. 2010) [Internet]. 2011 [cited 2014 July 05];5(2):137-42. Available from: <http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidArte%20Enfermagem%20v.%205,%20n.%202,%20jul.-dez.%202011.pdf>

27. Araujo MM, Alencar AMPG. Pés de risco para o desenvolvimento de ulcerações e amputações em diabéticos. Rev RENE [Internet]. 2009 [cited 2014 July 05];10(2):19-28. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/470/pdf>

Submissão: 23/07/2015

Aceito: 25/05/2016

Publicado: 01/07/2016

Correspondência

Joana Angélica Andrade Dias
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Avenida Vavá Lomanto, 26
Bairro Jequiezinho
CEP 45206-510 – Jequié (BA), Brasil