

O AUTOCUIDADO REALIZADO PELOS DIABÉTICOS ATENDIDOS NA REDE DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ICONHA - ES

Roberta Vieira Paulino¹
Luciano Fernandes de Paiva²

RESUMO

Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um conjunto de desordens crônicas, que gera, anualmente, inúmeros gastos para a rede pública de saúde. O DM tipo 1 resulta na destruição total ou parcial das células beta, enquanto o DM tipo 2 é caracterizado pela combinação da resistência à insulina e à incapacidade da célula beta. Diante disso, este estudo teve o objetivo de pesquisar como os diabéticos do município de Iconha-ES realizam o autocuidado. Durante o período de 11 a 15 de julho de 2016, os pacientes passaram por avaliação antropométrica com aferição do peso, altura e classificação do IMC e, posteriormente, responderam um questionário. A amostra foi constituída de 36 diabéticos, de diferentes faixas etárias, com idade entre 15 e 91 anos, sendo que 23 (63,88%) eram do sexo feminino e 13 (36,11%) masculino. O estudo indicou que 33,3% dos pacientes apresentavam sobrepeso, 30,5% obesidade classe I, 2,7% obesidade classe II e 8,3% classificados com obesidade classe III. Dados relacionados principalmente as dificuldades na adesão ao tratamento. A pesquisa se mostrou relevante para possíveis inferências no autocuidado de diabéticos.

Palavras-chave: Diabetes, consequências do diabetes, diabéticos

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) refers to a set of chronic disorders, which generates, annually, numerous expenses for the public health network. Type 1 DM results in total or partial destruction of beta cells, while type 2 DM is characterized by the combination of insulin resistance and beta cell failure.

¹Graduanda em Biomedicina da Faculdade Multivix de Cachoeiro de Itapemirim
²Especialista em Hematologia Laboratorial pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Professor Titular da Multivix Cachoeiro de Itapemirim

Therefore, this study aimed to investigate how diabetics in the municipality of Iconha-ES perform self-care. During the period from July 11 to 15, 2016, the patients underwent an anthropometric assessment with weight, height and BMI classification, and then answered a questionnaire. The sample consisted of 36 diabetic patients of different age groups, aged between 15 and 91 years, 23 (63.88%) were female and 13 (36.11%) were male. The study indicated that 33.3% of the patients were overweight, 30.5% class I obesity, 2.7% class II obesity and 8.3% classified as class III obesity. Data mainly related to difficulties in adherence to treatment. The research was relevant for possible inferences in the self-care of diabetics.

Keywords: Diabetes, consequences of diabetes, diabetics

1 INTRODUÇÃO

O termo Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um conjunto de desordens crônicas, originados da incapacidade ou deficiência da insulina em exercer sua função no organismo (HIYANI, 2013).

Apesar das diferentes classificações de DM este artigo dará maior ênfase ao DM1 e DM2 na justificativa de que o tratamento é mais exigente e a sua não adesão coloca o paciente em maiores riscos de morbidade e mortalidade, como mostra nos trabalhos de Góes, Vieira e Júnior (2007). Além de tudo, dados epidemiológicos mostram que a incidência da doença está aumentando mundialmente, sendo a terceira maior causa de morte no mundo (CARDOSO, et. al., 2007; LEITE et. al, 2008). Acredita-se que, em média 7,6% da população sofram da patologia (CARDOSO, et. al., 2007). Isso ocorre, principalmente, devido as mudanças ocorridas nos últimos anos, como o crescimento da prevalência de sobrepeso, obesidade e a falta de atividade física (NUNES et. al, 2009; VASCONCELOS, et. al., 2010). A doença gera, anualmente, inúmeros gastos para a rede pública de saúde. Normalmente, 80% dos casos de DM2 são atendidos nos serviços de atenção básica, enquanto os pacientes com DM1 requerem acompanhamento com especialistas da atenção secundária ou terciária, devido à complexidade do problema (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

Através de um estudo de campo, este artigo tem o objetivo de pesquisar como os diabéticos do município de Iconha- ES realizam o autocuidado.

2 DIABETES TIPO 1 E TIPO 2

A doença se classifica em: Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de Diabetes Mellitus e Diabetes Mellitus Gestacional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

O Diabetes Mellitus tipo 1 é uma doença autoimune geneticamente programada que se caracteriza por paralização total ou quase total das células Beta (PIRES; CHACRA, 2008).

O Diabetes Mellitus tipo 2 é um defeito endócrino caracterizado pelo aumento da glicemia. Em geral, acometem adultos a partir dos 40 anos (CARDOSO et al., 2007).

Na classificação de outros tipos de DM estão presentes as formas menos comuns da doença, incluindo defeitos genéticos na função das células beta ou na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino e outras patologias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

O DM gestacional refere-se a qualquer intolerância à glicose, com início ou diagnóstico no período gestacional (LIRA; DIMENSTEIN, 2010).

O DM1 é uma doença crônica que resulta na destruição total ou parcial das células beta pancreáticas das ilhotas de Langerhans, causando a incapacidade de produção de insulina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). Estima-se que existam no Brasil em média 8 milhões de diabéticos, e que 5% a 10% desses apresentam diabetes tipo 1 (MARQUES; FORNÉS; STRINGHINI, 2011).

O DM2 é caracterizado pela combinação da resistência à insulina e à incapacidade da célula beta em manter a secreção adequada de insulina (GABBAY; CESARINI; DIB, 2003). É uma patologia progressiva, cujas complicações aumentam com o tempo

podendo afetar todo o corpo. Contudo, com as mudanças no estilo de vida a doença tem surgido cada vez mais cedo (DIAS; MACIEL; SABLICH, 2007).

Os dois casos podem resultar de diferentes processos patológicos, entretanto, suas incidências apresentam uma grande variação geográfica relacionada tanto a fatores ambientais como genéticos (ZANETTI; MENDES, 2000). Dentre as causas ambientais estão: cirurgias, estresse, alimentação e certos medicamentos (MARCELINO; CARVALHO, 2005). As consequências do DM são: aumento da mortalidade, complicações vasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações de membros (GOES; VIEIRA; JÚNIOR, 2007).

2.1 Fisiopatologia

No DM1 os autoanticorpos, que são marcadores da destruição imune, atacam as células das ilhotas, a insulina e a descarboxilase do ácido glutâmico. Quando os linfócitos T autorreativos destroem as células beta do pâncreas, ocorre a deficiência na produção de insulina. Os principais autoanticorpos presentes no soro de pacientes com DM1 são: antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhota pancreática (ICA512), anti-insulina (IAA), antitirosina fosfatase (IA2) e antitransportador do zinco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012).

O desenvolvimento da patologia pode levar meses ou anos, porém os sintomas só aparecem após a destruição de pelo menos 80% das ilhotas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). A maior parte dos casos da doença é de origem autoimune, sendo que em indivíduos de descendência asiática ou africana ocorre a forma idiopática de DM1 (ABIRU; KAWASAKI; EGUCH, 2002; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012).

A resistência à insulina (RI) é uma anormalidade primária no desenvolvimento do DM2, que se caracteriza pela diminuição da capacidade da insulina em estimular a utilização da glicose pelo músculo e pelo tecido adiposo, prejudicando, assim, a supressão da lipólise. A alta disponibilidade de ácidos graxos livres prejudica ainda mais o transporte de glicose no músculo, inibe a ação da insulina e podem também intervir no transporte da insulina pelo do endotélio capilar. A resistência à insulina no fígado aumenta a produção de glicose no órgão. Inicialmente, o organismo é capaz

de controlar o aumento nos níveis de glicemia, porém à medida que o processo persiste, ocorre um efeito glicotóxico, ou seja, a elevação da resistência à ação da insulina associada a diminuição da função da célula beta. Alguns fatores se relacionam a essa ocorrência, dentre eles, fatores genéticos, raciais, obesidade, puberdade e o peso elevado ao nascer (GABBAY; CESARINI; DIB, 2003).

2.2 Diagnóstico

O diagnóstico da doença pode ser feito em qualquer. O quadro do DM1 vem acompanhado de sinais clássicos como a poliúria, a polidipsia, a perda de peso, a irritabilidade, a desidratação e a descompensação em cetoacidose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). Os pacientes com DM2 apresentam poliúria, polidipsia leve, discreto emagrecimento e em algumas situações amonilíase vaginal (GABBAY; CESARINI; DIB, 2003).

A presença dos sintomas da patologia leva ao diagnóstico laboratorial, que é feito através do exame da glicemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012). Os critérios avaliados são: presença de sintomas associados a glicemia aleatória igual ou superior a 200 mg/dL; glicemia de jejum igual ou maior a 126 mg/dL, em duas ocasiões, sendo o jejum superior a 8 horas e inferior a 16 horas; Teste Oral de Tolerância a Glicose (TOTG), em situações especiais, com a administração de glicose oral na dosagem de 1,75 g/Kg de peso corporal, numa quantidade máxima de 75 g; e Hemoglobina Glicada (A1C), que tem como referência o valor maior ou igual a 6,5% como critério de avaliação. Outros exames também podem ajudar no diagnóstico, como a gasometria arterial e de eletrólitos, a determinação de cetonas para observar se há a descompensação cetoacidótica, exame de urina para conferir a presença de glicosúria e cetonúria; a determinação das taxas de peptídeo C e dos autoanticorpos IAA, GAD, ICA512 e antitransportador do zinco, para determinação da origem autoimune da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

2.3 Tratamento

As metas para o tratamento do DM1 e DM2 estão na mudança no estilo de vida (GABBAY; CESARINI; DIB, 2003). O objetivo é controlar as taxas de glicose no sangue e evitar possíveis complicações da doença (HIYANI, 2013).

A abordagem terapêutica envolve a avaliação da pressão arterial, a saúde dentária, os cuidados com os pés, a orientação alimentar, a aquisição de conhecimentos sobre a doença, a habilidade na autoaplicação da insulina e o autocontrole da glicemia, a prática de exercícios físicos, o apoio psicossocial, a prevenção de complicações agudas e crônicas da hiperglicemia e o controle do peso (GABBAY; CESARINI; DIB, 2003; GÓES; VIEIRA; JÚNIOR, 2007; HIYANI, 2013).

2.3.1 Medicamentos

Os pacientes portadores de DM2, normalmente fazem uso de medicamentos, dentre os principais estão: sulfoniluréias e a metformina.

As sulfoniluréias aumentam a secreção de insulina, podendo ser usadas em pacientes com MODY (GABBAY; CESARINI; DIB, 2003). A metformina age diminuindo a produção de glicose no fígado, aumentando a sensibilidade hepática à insulina e melhorando a captação de glicose no músculo, sem grandes efeitos nas células beta. Este medicamento também é indicado para reduzir a hemoglobina glicada, sem causar riscos de hipoglicemia, contribui para diminuir os níveis do LDL colesterol e triglicérides e para normalizar as alterações ovulatórias em pacientes com síndrome dos ovários policísticos. Os efeitos colaterais mais comuns são: anorexia, náuseas e diarreia. É contra indicado em pacientes com queda da função renal ou hepática e na presença de hipóxia ou infecção severa. Nestes casos, indica-se o uso de insulina (GABBAY; CESARINI; DIB, 2003).

2.3.2 Insulinoterapia

Na reposição da insulina, utilizam-se esquemas e preparações diversificadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015), considerando as características das insulinas e do paciente (FRAGOSO et al., 2010).

Dentre os diferentes tipos de insulina estão: as insulinas humanas, análogos da insulina de ação ultrarrápida e ação prolongada e pré-misturas de insulinas e análogos. As insulinas humanas são: insulina regular (R) e insulina intermediária ou NPH (*Neutral Protamine Hagedorn*). Como análogo da insulina de ação ultrarrápida tem: a insulina asparte, lispro e glulisina. A insulina glargina e detemir são análogos de ação prolongada. As pré-misturas de insulinas e análogos são pouco usadas em

pacientes com DM1, essas preparações pré-misturam as insulinas de ação prandial com as de ação basal e porcentagens específicas - NPH + regular (70/30); NPL + lispro (50/50 e 75/25) e asparte protaminada + asparte (70/30) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012).

2.3.3 Alimentação

A alimentação é imprescindível no tratamento do diabetes e na prevenção de complicações (LOTTENBERG, 2008), baseiam-se nos princípios de uma alimentação pobre em açúcar e gordura, controlada em carboidrato e rica em fibras (ZANETTI; MENDES, 2001). A recomendação para a distribuição energética é de 45% a 65% para carboidrato, de 10% a 30% para proteína, e 25% a 35% para lipídios. O consumo de fibras deve ser de 20 a 35 g/dia (MARQUES; FORNÉS; STRINGHINI, 2011).

O carboidrato é o principal componente do controle da alimentação do diabético, pois determina a glicemia pós-prandial e afeta sua resposta no organismo. Os hábitos alimentares mudam de acordo com a cultura e as características da população (QUEIROZ; SILVA; ALFENAS, 2008).

2.3.4 Atividade física

O exercício físico constitui-se em um dos pilares para o tratamento do DM, contribui para a melhora do controle glicêmico, pois aumenta a utilização de glicose pelas células musculares, contribui para a redução de triglicerídeos e do colesterol LDL, o aumento do colesterol HDL, a diminuição da frequência cardíaca, o controle da pressão arterial, e melhora a auto-estima das pessoas diabéticas. No entanto, a atividade física deve ser acompanhada do teste de glicemia e glicosúria, evitando assim episódios de hipoglicemia (ZANETTI; MENDES, 2001; KHAWALI; ANDRIOLO; FERREIRA, 2003; GÓES; VIEIRA; JÚNIOR, 2007; CARDOSO, 2007).

Recomenda-se que antes de iniciar qualquer atividade, o paciente passe por uma avaliação médica e receba as orientações necessárias. Tanto o educador quanto o paciente devem ficar atentos aos seguintes aspectos: a intensidade, duração e horário do exercício, estado do controle metabólico, tempo após a última refeição e o tempo de ação da insulina (ZANETTI; MENDES, 2001).

2.4 Complicações da doença

O diabetes se resume em um problema de Saúde Pública (ZANETTI; MENDES, 2000) e a não adesão ao tratamento pode gerar inúmeras complicações para o paciente. São frequentes a ocorrência de hipoglicemias e hiperglicemias com cansaço, tremores, palpitações e palidez. (ALMEIDA; PEREIRA, 2008).

A doença determina complicações incapacitantes e/ou invalidez por cegueira e amputação. Contribui para o risco de hipertensão arterial, doenças cerebrovasculares e isquêmicas do coração (ZANETTI; MENDES, 2000), o surgimento de transtornos psicológicos e alimentares. É comum, nos pacientes, o comprometimento das artérias coronarianas, dos membros inferiores e cerebrais, constituindo um grande causador de morte (BORTOLANZA, et. al., 2004). A doença pode progredir e levar a sequelas, como amputação, cegueira, problemas nos rins (nefropatia), complicações na visão (retinopatia), problemas neurológicos (neuropatia), comprometendo a qualidade e expectativa de vida do indivíduo (ZANETTI; MENDES, 2001; MARCELINO; CARVALHO, 2005). Pode-se notar ainda distúrbios e sentimentos como: cefaléia, inquietude, irritabilidade, palidez, sudorese, taquicardia, desmaios, confusões mentais, convulsões, coma, perda da auto-estima, insegurança, ansiedade e negação da doença (MARCELINO; CARVALHO, 2005; SPARAPANI; NASCIMENTO, 2009).

Existe a prevalência de sobrepeso e obesidade (MORAES et. al., 2003), que se explica principalmente pelos excessos alimentares e as mudanças no gasto energético (MARQUES; FORNÉS, STRINGHINI, 2011).

2.5 Adesão ao tratamento e controle do DM1 e DM2

O autocuidado pode ser definido como a prática de atividades que as pessoas realizam em seu próprio benefício na manutenção da vida, saúde e bem-estar e o desenvolvimento dessa prática está diretamente relacionado às habilidades, limitações, valores, regras culturais e científicas da própria pessoa. Autocuidado significa deixar de ser passivo em relação aos cuidados e diretrizes apontadas pela medicina. Trata-se de um comportamento pessoal, que pode influenciar na saúde, porém não se dá de maneira isolada, mas em conjunto com fatores ambientais,

sociais, econômicos, hereditários e relacionados aos serviços da saúde (GOMIDES; VILLAS-BOAS; COELHO; PACE, 2013).

A Organização Mundial da Saúde recomenda a educação para o autocuidado como forma de prevenir e tratar doenças crônicas, pois ele propicia o envolvimento da pessoa em seu tratamento e produz maior adesão ao esquema terapêutico, minimizando complicações e incapacidades associadas aos problemas crônicos. Dentre as doenças crônicas, o diabetes mellitus destaca-se por sua alta prevalência mundial e seu potencial para o desenvolvimento de complicações crônicas e agudas, quando não tratada adequadamente (GOMIDES; VILLAS-BOAS; COELHO; PACE, 2013).

Intervenções comportamentais e farmacológicas, modificações no estilo de vida, controle dietoterápico e prática regular de exercícios físicos, têm-se mostrado eficazes (LYRA, et. al, 2006), porém o tratamento se torna complicado e doloroso, devido as mudanças e a autodisciplina que o paciente precisa manter para garantir o controle da doença (GÓES; VIEIRA; JÚNIOR, 2007).

Por se tratar de um momento de impacto na rotina dos pacientes, é importante que se desenvolvam métodos de educação voltados para os mesmos, capazes de promover o controle glicêmico, à prevenção de complicações crônicas e à melhora na qualidade de vida, através do conhecimento sobre o diabetes, o manejo correto durante as crises, a habilidade e a técnica para o autocuidado (LEITE et. al., 2008). Segundo Tschiedel et al. (2008) um processo educativo bem estruturado é a chave para o controle do DM, logo, os pacientes que não recebem esse tipo de educação correm mais riscos de desenvolver complicações relacionadas a doença (ZANETTI; MENDES, 2001).

Uma das maiores dificuldades no tratamento relaciona-se à alimentação, pois requerem restrições de alimentos que fazem parte do hábito alimentar dos pacientes (ZANETTI; MENDES, 2001; FRAGOSO et al., 2010). Há também aqueles que procuram manter uma alimentação correta, porém a renda da família não é suficiente para suprir suas necessidades nutricionais (FRAGOSO et al., 2010). Deve-se

considerar que muitos pacientes apresentam situações sociais precárias, como analfabetismo, falta de acesso a serviços de saúde de qualidade e condições sanitárias inadequadas, o que se torna um agravante (GÓES; VIEIRA; JÚNIOR, 2007). Neste contexto, a influência da família e dos amigos no seguimento do tratamento, geralmente, leva a resultados favoráveis para a saúde do paciente (GÓES; VIEIRA; JÚNIOR, 2007; LEITE et. al., 2008).

3 METODOLOGIA

No presente estudo foi realizado uma avaliação sobre o autocuidado de diabéticos atendidos na Unidade de saúde do município de Iconha- ES. Os pacientes foram determinados a partir de uma lista que foi disponibilizada pela farmácia cidadã municipal de Iconha- ES.

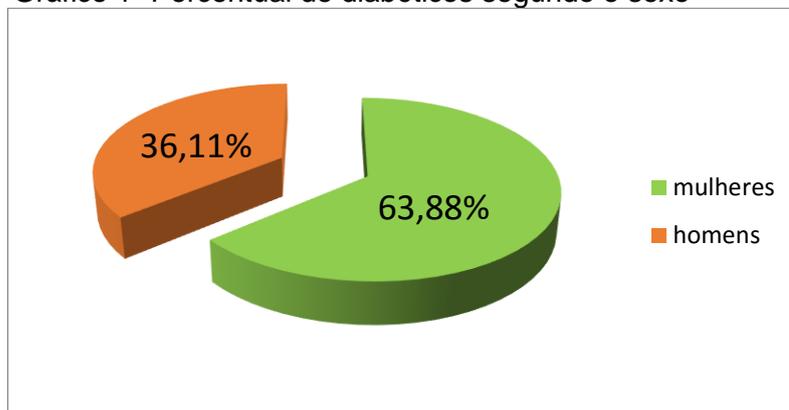
Durante uma semana de avaliação, entre o período de 11 a 15 de Julho de 2016, os pacientes, com idade entre 15 e 91 anos, passaram por uma avaliação antropométrica com aferição do peso, altura e classificação do índice de massa corporal (IMC) e, posteriormente, responderam um questionário sobre o tipo de tratamento, as dificuldades encontradas, as frequentes complicações sofridas, a adequação da alimentação, a prática de atividade física e a terapia medicamentosa.

Com a autorização dos pacientes e da Unidade de saúde de Iconha- ES. As informações coletadas foram avaliadas com precisão e profissionalismo. Sendo considerada, para a determinação da faixa etária dos pacientes, a classificação de adolescência de 10 a 19 anos, jovem entre 20 e 25 anos, adulto 26 a 59 anos e idoso a partir dos 60 anos, seguindo as referências de Eisentein (2005). Para a classificação do IMC (Índice de Massa Corpórea) usou-se as referências do Ministério da Saúde (2004), seguindo os seguintes diagnósticos: baixo peso (< que 18,5), intervalo normal (entre 18,5 e 24,9), sobrepeso (entre 25 e 29,9), obesidade classe I (entre 30 e 34,9), obesidade classe II (entre 35 e 39,9) e obesidade classe III (> que 40).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra foi constituída de 36 diabéticos, de diferentes faixas etárias, atendidos na rede de Saúde Pública de Iconha- ES, com idade entre 15 e 91 anos, sendo que 23 (63,88%) eram do sexo feminino e 13 (36,11%) do sexo masculino (Gráfico 1).

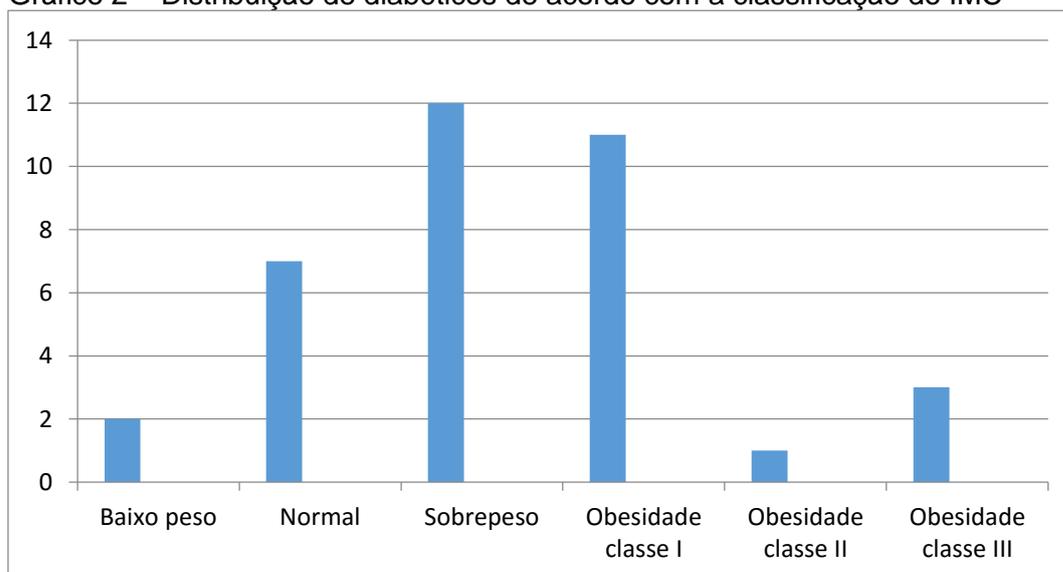
Gráfico 1- Percentual de diabéticos segundo o sexo



Fonte: Autor.

Na avaliação do IMC os diabéticos apresentaram maiores índices para sobrepeso e obesidade, sendo identificado o percentual de 5,5% (2 pacientes) com baixo peso, 19,4% (7 pacientes) classificados como eutróficos ou com peso adequado para a altura, 33,3% (12 pacientes) apresentaram sobrepeso, 30,5% (11 pacientes) estavam com obesidade classe I, 2,7% (1 paciente) obesidade classe II e 8,3% (3 pacientes) foram classificados com obesidade classe III (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição de diabéticos de acordo com a classificação do IMC



Fonte: Autor.

Confirmando as estatísticas do estudo, no trabalho de Moraes et al (2003), com uma amostra de 105 pacientes, entre crianças, jovens e adultos, observou-se a prevalência de (21%) de sobrepeso e (2,9%) de obesidade em adultos. Enquanto em crianças e adolescentes o percentual foi de (13,8%) para risco de sobrepeso (3 crianças e 6 adolescentes) e (3,0%) para sobrepeso (1 criança e 1 adolescente). Araújo et. al. (2010), avaliou idosos, na faixa etária de 61 a 90 anos, atendidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família da zona urbana de Sobral, no Ceará, apresentavam, respectivamente, 34,1% e 31,6% de obesidade tipo I e sobrepeso. No estudo de Vilarinho et al. (2008), no qual foram avaliados 40 acadêmicos de enfermagem, com idades entre 18 e 28 anos, identificou-se que 30 (75%) estudantes eram sedentários, 6 (15%) apresentavam sobrepeso, 2 (5%) eram obesos, 28 (70%) estudantes mantinham peso adequado enquanto 4 (10%) estudantes apresentavam baixo peso.

A manutenção do peso adequado através da alimentação balanceada e da prática de atividade física é importante para o tratamento do DM. Diante disso o presente estudo identificou que dos diabéticos que responderam o questionário 23 praticavam algum tipo de atividade física, enquanto 13 eram sedentários (Quadro 1). É visível a baixa adesão a prática de exercícios físicos, pois dos 13 indivíduos que realizavam alguma atividade física, 4 deles praticavam todos os dias, 3 faziam 3 vezes na semana e 6 exercitavam-se somente 2 vezes na semana. Infelizmente, diferente de países desenvolvidos que tem um percentual de adesão de 50%, em países emergentes, como o Brasil, esse percentual é bem menor, em face as dificuldades encontradas pela população no tratamento da doença (PONTIERI; BACHION, 2010).

Em relação à alimentação, os pacientes avaliados disseram ter grande dificuldade em seguir uma dieta, sendo que 13 são acompanhados por nutricionista, recebendo orientações voltadas para suas necessidades nutricionais, enquanto 23 pacientes não fazem nenhum tipo de acompanhamento com o profissional de Nutrição (Quadro 1).

Quadro 1- Relação do número de pacientes e a adesão ao tratamento do DM

Variáveis	Sim	Não
Atividade física	23	13

Orientações nutricionais	13	23
Hipoglicemiantes	28	8
Exames dos pés	30	6

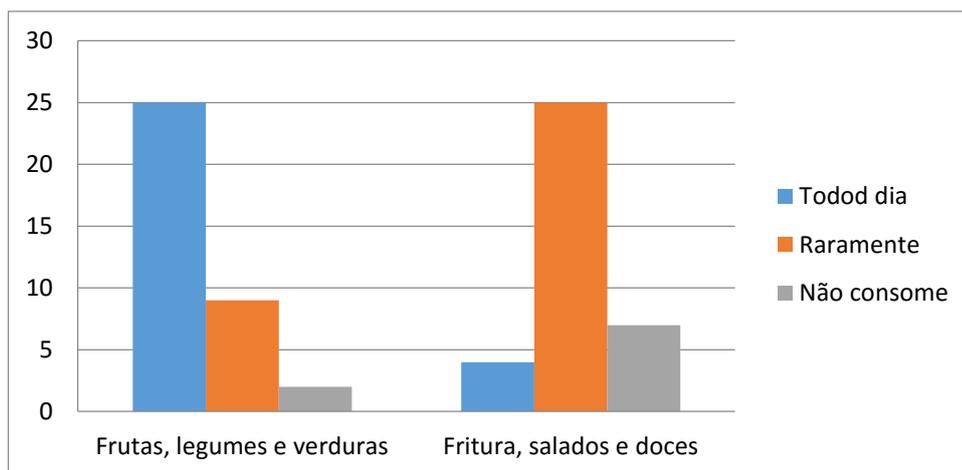
Fonte: Autor.

Além do controle da alimentação e a prática de exercícios físicos regularmente os tratamentos atuais para o diabetes incluem o acompanhamento com o profissional de saúde, médico ou enfermeiro, para avaliação do estágio da doença. Segundo Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2006) as ações envolvem o ajuste do medicamento, o monitoramento dos níveis de glicemia e a atenção com a saúde dos pés. Costa et al. (2011) também considera a prática de atividade física, a alimentação balanceada e a assistência médica primordiais para redução dos riscos de complicações, assim, como a melhora da qualidade de vida do paciente diabético.

No estudo notou-se que a maior parte dos pacientes vão frequentemente ao médico, nas consultas de rotina, pois 25 diabéticos realizam suas consultas a cada 3 meses, 5 vão todos os meses ao médico e 6 pessoas raramente passam por algum tipo de avaliação. Em relação ao monitoramento da glicemia os pacientes frequentemente fazem avaliação do percentual, 16 medem até 1 vez no mês, 17 em um período de 3 a 6 meses e somente 3 pessoas passam mais de 7 meses sem avaliar. Os pacientes ainda disseram fazer os exames dos pés sempre que possível e consumir diariamente os hipoglicemiantes (Quadro 1).

Voltando as estatísticas sobre alimentação, apesar dos pacientes avaliados terem manifestado grande dificuldade em seguir a dieta, os dados mostraram um bom controle na ingestão de frituras, salgados e doces, assim como, e consumo de frutas, verduras e legumes (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição do consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis



Fonte: Autor.

Diferentemente do que mostrou o estudo essa não é a realidade do país. Assunção, Santos e Costa (2002), no estudo com 378 diabéticos consultados nos postos da rede de atenção primária à saúde, na área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, com idade de 10 a 92 anos, verificaram que em média 76% dos pacientes entrevistados receberam orientações nutricionais, porém somente a metade seguiu as recomendações. Ainda identificaram que 75% dos pacientes receberam orientações voltadas à prática de atividades físicas, entretanto, apenas 25% realizam alguma atividade no decorrer do último mês de avaliação. Tanto os exercícios físicos quanto a reeducação alimentar apontam para uma baixa adesão do tratamento, pois as mudanças de comportamento são consideradas difíceis pelos diabéticos (MATTOSINHO; SILVA, 2007; SOUZA, PEIXOTO, MARTINS; 2008). As irregularidades nas consultas médicas estão relacionadas ao aumento de complicações, pois a adesão ao tratamento melhora de acordo com a proximidade das consultas médicas (SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2006). Em consequência dos não retornos as consultas são visíveis as dificuldades no manejo terapêutico, logo, sabe-se a eficácia, do acompanhamento para o aumento da sobrevida dos pacientes com doença. Há evidências de que o controle da glicemia nos pacientes com diabetes através de hipoglicemiantes orais ou insulina diminui o risco de complicações (ASSUNÇÃO; SANTOS; COSTA, 2002). Diante disso, foi identificado o número de indivíduos em tratamento com hipoglicemiantes ou insulina. Dentre os diabéticos avaliados, 21 faziam uso de insulina, 13 pacientes usavam NPH, 6 pacientes usavam Regular e NPH, e 2 aplicavam NPH e Lantus. O restante da amostra buscava o controle da glicemia por meio de hipoglicemiantes orais. Nesse período foram

realizados os seguintes exames com seus respectivos percentuais: todos realizaram a glicemia de jejum, 3 fizeram o teste da hemoglobina glicada, 10 pessoas passaram por avaliação da curva glicêmica e 10 realizaram a pós-prandial.

O estudo ainda avaliou a relação do DM a fatores que podem agravar ainda mais a doença, como a hipertensão arterial, o consumo de bebidas alcólicas e o uso de cigarro (Quadro 2).

Quadro 2 – Relação do DM e os fatores prejudiciais

Variáveis	Sim	Não
Pressão alta	21	15
Consumo de bebida alcólicas	2	34
Uso de cigarro	3	33

Fonte: Autor.

No estudo de Ferreira e Ferreira (2009), cerca de 80% dos pacientes apresentaram hipertensão arterial associada ao DM. Para Bortolanza et al. (2004), o aumento na pressão arterial e o tabagismo estão envolvidos a complicações crônicas da patologia.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe uma grande preocupação com o diabetes devido às características de pandemia que a patologia vem adquirindo, assim como as mudanças ocorridas no perfil alimentar e na prática de atividade física que, conseqüentemente, contribuem para o sobrepeso e a obesidade. Considerando as complicações que podem surgir decorrentes ao DM tipo 1 e tipo 2, foi possível entender a importância do autocuidado por parte dos diabéticos, pois a adesão ao tratamento, através da constante reavaliação da prescrição medicamentosa, alimentar e de atividade física e o comparecimento nos atendimentos médicos são formas de minimizar as conseqüências da doença. Neste contexto, a educação é item primordial na preparação do indivíduo para lidar com suas novas necessidades e assim garantir sua participação no processo de prevenção da patologia e dos seus agravamentos.

Mesmo diante das limitações na avaliação dos pacientes, o estudo foi de grande relevância para o município de Iconha - ES, pois diante das informações é possível fazer algumas inferências nessa temática e contribuir para uma maior atenção por parte dos órgãos públicos, profissionais de saúde, estudantes e os próprios diabéticos diante do autocuidado com a doença.

6 REFERÊNCIAS

ABIRU, N.; KAWASAKI, E.; EGUCH, K. Current knowledge of Japanese type 1 diabetic syndrome. **Diabetes/ metabolism research and reviews**, v. 18, n. 5, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12397578>>. Acesso em: 27 abr.2016.

ALMEIDA, J. P.; PEREIRA, M. G. Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para adolescentes com Diabetes Tipo 1: Estudo de validação do DQOL. **Análise Psicológica**, [S. l.], v. 16, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n2/v26n2a10.pdf>>. Acesso em: 26 abr.2016.

ARAÚJO, M. F. M. Araújo. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Revista de Enfermagem**, [s. l.], v. 14, n. 2, abr./jun., 2010.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan./ fev., 2002.

BORTOLANZA, C. S. W. et. al. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito tipo 2. **Revista Assoc. Med. Bras**, Porto Alegre, v. 50, n.3, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v50n3/21656.pdf>>. Acesso em: 28 jun.2016.

CARDOSO, L. M., et. al. Aspectos importantes na prescrição do exercício físico para o diabetes mellitus tipo 2. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v. 1, n. 6, nov./ dez. 2007. Disponível em: <<http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/58>>. Acesso em: 29 jun.2016.

DIAS, S. L.; MACIEL, T. C.; SABLICH, G. M. Diabetes tipo 2 na infância: revisão de literatura. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 1, 2007.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência e Saúde**. [s. l.], v. 2, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167>. Acesso em: 30 set.2016.

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 53, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000100012>. Acesso em: 29 jun.2016.

FRAGOSO, L. V. C. et al. Vivências Cotidianas de Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, jul./set., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a05v19n3.pdf>>. Acesso em: 26 abr.2016.

GABBAY, M; CESARINI, P. R.; DID, S. A. Diabetes melito do tipo 2 na infância e adolescência: revisão da literatura. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v. 79, n. 3, 2003. disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000300004>. Acesso em: 27 jun.2016.

GÓES, A. P. P.; VIEIRA, M. R. R.; JUNIOR, R. D. R. L. Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. **Revista Paulista de Pediatria**, São José do Rio Preto, v. 25, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v25n2/a05v25n2.pdf>>. Acesso em: 26 abr.2016.

GOMIDES, D. D. S.; VILLAS-BOAS, L. G.; COELHO, A. C. M.; PACE, A.E. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/14.pdf>>. Acesso em: 06 dez.2016.

HIYANE, I. B. M. **Diabetes Mellitus: Diagnóstico e avaliação do Controle Glicêmico**. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Biomedicina) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/10869/1537/1/Isabella%20Baptista%20Maria%20Hiyane.pdf>>. Acesso em: 26 abr.2016.

KHAWALI, C.; ANDRIOLO, A.; FERREIRA, S. R. G. Benefícios da Atividade Física no Perfil Lipídico de Pacientes Com Diabetes Tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 47, n. 1, fev., 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v47n1/a08v47n1.pdf>>. Acesso em: 26 abr.2016.

LEITE, S. O. et al. Pontos Básicos de um Programa de Educação ao Paciente com Diabetes Melito Tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, Belo Horizonte, v. 52, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n2/10.pdf>>. Acesso em: 26 abr.2016.

LIRA, L. Q.; DIMENSTEIN, R. Vitamina a e diabetes gestacional. **Rev Assoc Med Bras**, Natal, v. 56, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340366913v56n3a23.pdf>>. Acesso em: 26 out.2016.

LOTTENBERG, A. M. P. Características da Dieta nas Diferentes Fases da Evolução do Diabetes Melito Tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 52, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n2/12.pdf>>. Acesso em: 26 abr.2016.

LYRA, R., et. al. Prevenção do Diabetes Mellitus Tipo 2 atualização. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**. Universidade de Pernambuco, Recife, v. 50, n. 2, abril, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302006000200010>. Acesso em: 28 jul.2016.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D. B. Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Maringá, v. 18, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n1/24819.pdf>>. Acesso em: 26 abr.2016.

MARQUES, R. M. B.; FORNÉS, N. S.; STRINGHINI, M. L. F. Fatores socioeconômicos, demográficos, nutricionais e de atividade física no controle glicêmico de adolescentes portadores de diabetes melito tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, Goiânia, v. 55, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n3/a04v55n3.pdf>>. Acesso em: 26 abr.2016.

MATTOSSINHO, M. M. S.; SILVA, D. M. G. V. Itinerário Terapeutico do Adolescente com Diabetes Mellitus Tipo 1 e seus familiares. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Santa Catarina, v. 15, n. 6, nov./dez., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_08.pdf>. Acesso em: 26 abr.2016.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília, 2004.

MORAES, C. M. et al. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em Pacientes Com Diabetes Tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 6, dez., 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v47n6/a09v47n6.pdf>>. Acesso em: 26 abr.2016.

NUNES, R. R. et al. Confiabilidade da classificação do estado nutricional obtida através do IMC e três diferentes métodos de percentual de gordura corporal em pacientes com diabetes melito tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n3/v53n3a11.pdf>>. Acesso em: 26 abr.2016.

PIRES, A. C.; CHACRA, A. R. A Evolução da Insulinoterapia no Diabetes Melito Tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, 2008

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Anápolis, v. 15, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a21v15n1>>. Acesso em: 26 abr.2016.

QUEIROZ, K. C.; SILVA, I. N.; ALFENAS, R. C. G. Associação entre fatores nutricionais e o controle glicêmico de crianças e adolescentes com diabetes melito tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 52, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v54n3/v54n3a11.pdf>>. Acesso em: 26 abr.2016.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO, H. Adesão ao tratamento da *diabetes Mellitus*: A importância das características demográficas e clínicas. **Revista**, [s.l.], v. 2, n. 2, jun. 2006

SPARAPANI, V. C.; NASCIMENTO, L. C. N. Crianças Com Diabetes Mellitus Tipo 1: Fortalezas e fragilidades no manejo da Doença. **Ciências e Cuidados com a Saúde**, v. 8, n. 2, abr./jun, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8211/4934>>. Acesso em: 26 abr.2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diagnóstico e tratamento do diabetes tipo 1: Atualização. **Posicionamento Oficial SBD**, São Paulo, n. 1, nov., 2012. Disponível em: <<http://saudedafamilia.ufms.br/manager/titan.php?target=openFile&fileId=477>>. Acesso em: 26 abr.2016.

_____. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. **AC Farmacêutica**, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd-2015.pdf>>. Acesso em: 26 abr.2016.

SOUSA, M. R.; PEIXOTO, M. J.; MARTINS, T. Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico, [s. l.] s. 2, n. 8, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/8-5967.pdf>>. Acesso em: 29 set.2016.

TSCHIEDEL, B. et al. Organização de um Serviço de Assistência ao Paciente com Diabetes Melito Tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, Porto Alegre, v. 52, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n2/09.pdf>>. Acesso em: 26 abr.2016.

VASCONCELOS, H. C. A. et. al. Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 entre adolescentes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400004>. Acesso em: 29 jun.2016.

VILARINHO, et. al. Prevalência de fatores de risco de natureza modificável para a ocorrência de Diabetes Mellitus Tipo 2. **Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, set., 2008.

ZANETTI, M. L.; MENDES, I. A. C. Análise das Dificuldades Relacionadas as Atividades Diárias de Crianças e Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1: Depoimento de Mães. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, nov./dez., 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n6/7822.pdf>>. Acesso em: 26 abr.2016.

_____. Caracterização de Crianças e Adolescentes com Diabetes Tipo 1 em Seguimento Terapêutico. **Revista gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n.1, jan. 2000. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4307/2270>>. Acesso em: 26 abr.2016.

ANEXO A – Questionário sobre autocuidado



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR DO ESPÍRITO SANTO
Credenciada Pela Portaria MEC nº 236,
de 11 de fevereiro de 1999

Este questionário é parte de uma pesquisa sobre o Trabalho de Conclusão de Curso cujo título é “O AUTOCUIDADO REALIZADO PELOS DIABÉTICOS ATENDIDOS NA REDE DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ICONHA – ES”, que está sendo realizado pela graduanda em biomedicina Roberta Vieira Paulino. As informações presentes neste questionário serão analisadas com precisão e com total ética profissional. Desde já, agradeço-lhe por sua colaboração!

Idade:

Sexo: () masculino () feminino

Altura: Peso:

1) Realiza atividade física regularmente?

() sim () não

Se sim, quantas vezes por semana e quanto tempo realiza:

2) Com qual frequência consome frutas, legumes e verduras?

() todos os dias () raramente

() não consome

3) Com qual frequência consome frituras, salgados, doces?

() todos os dias () raramente

() não consome

4) Segue alimentação saudável dada por médicos ou nutricionistas?

() sim () não

5) Qual foi a última vez que avaliou o nível de açúcar no sangue?

() a um mês () mais de 3 meses

() outros _____

6) Qual exame realizou para avaliar o nível de açúcar no sangue?

() glicemia jejum () hemoglobina glicada

() curva glicêmica

() outros _____

7) Tem examinado os pés? () sim () não

8) Faz uso de hipoglicemiante? () sim

() não

9) Faz uso de insulina? () sim () não

Se sim, qual insulina: _____

10) Você tem pressão alta? () sim () não

Se sim, toma remédios para controlá-la?

() sim () não

11) Você fuma? () sim () não

12) Consome bebida alcoólica?

() sim () não

13) Com qual frequência vai ao médico?

() todo mês () de 3 em 3 meses

() raramente

14) Quais as dificuldades encontradas desde que descobriu a diabetes?