

PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DESENVOLVIDAS POR DIABÉTICOS TIPO 2 EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA¹

SELF-CARE PRACTICES DEVELOPED FOR TYPE 2 DIABETICS IN A FAMILY HEALTH UNIT

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DESARROLLADAS PARA LA DIABETES TIPO 2 EN UNA UNIDAD DE LA SALUD DE LA FAMILIA

Maria Imaculada Cardoso²

Maria Auxiliadora Maciel de Moraes³

Juliana Guisardi Pereira⁴

¹ Trabalho de conclusão de curso em Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso/2010. Vinculado ao projeto de extensão: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Saúde da Família em Várzea Grande/MT, com financiamento do CNPq. Parte integrante da pesquisa: “Caracterização da clientela adscrita à Estratégia de Saúde da Família em Várzea Grande: implicações para intervenção em Saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Júlio Muller sob nº890/CEP-HUJM/2010.

² Enfermeira egressa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso/2010. Ex-bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Saúde da Família de Várzea Grande/MT. Email: mariaimaculada_22@hotmail.com. Telefone: (65) 9901-1493.

³ Doutoranda em Educação pela Universidade Federal do Mato Grosso. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso. Email: maau123@ig.com.br

⁴ Doutoranda em Ciências pelas Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso. Coordenadora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Saúde da Família de Várzea Grande/MT. Endereço: Rua Vinte e Cinco de Agosto, 65, ap. 1502 Duque de Caxias, Cuiabá. CEP: 78043-382. Telefone: (65) 3634-8619 e (65) 8135-9033. Email: juguisardi@yahoo.com.br

RESUMO: O diabetes melittus tipo 2 (DM2) é uma condição crônica que impõe limitações aos indivíduos na realização das atividades diárias, podendo levar à diminuição da auto-estima e afetar a qualidade de vida, requerendo ações de educação em saúde para toda a família e a sociedade com vistas a promover o autocuidado. Este estudo teve por objetivo caracterizar os diabéticos tipo 2 de uma Unidade de Saúde da Família atendida pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Saúde da Família em Várzea Grande/MT, em relação a variáveis sócio-demográficas e práticas de autocuidado. Participaram da pesquisa 26 indivíduos, que responderam a um questionário, cujos resultados foram tabulados no Programa Epi-Info 3.5.1. Desses, 74,1% eram do sexo feminino; 57,7% casados, 38,5% tinham entre 60 a 69 anos; 50% com o ensino fundamental completo, e 69,2% tinha renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos. Verificou-se que as práticas de autocuidado se desenvolvem parcialmente com predominância da adesão ao tratamento medicamentoso e mudança dos hábitos alimentares, mas há baixa adesão quanto à prática de exercícios físicos. Conclui-se que é importante promover ações de educação em saúde que considerem a pessoa com DM2 nas suas potencialidades para novas aprendizagens visando o permanente autocuidado.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Autocuidado; Enfermagem; Educação em Saúde.

ABSTRACT: Diabetes mellitus type 2 (DM2) is a chronic condition that imposes limitations on individuals in daily activities and may lead to decreased self-esteem and affect quality of life, requiring actions of health education for the whole family and society in order to promote self-care. This study aimed to characterize the type 2 diabetics in a health unit served by the Family Education Program of Work for Health / Family Health in Várzea Grande / MT in relation to socio-demographic and self-care practices. 26 individuals participated in the study who responded to a questionnaire, whose results were tabulated on Epi-Info 3.5.1 Program. Of these, 74.1% were female, 57.7% married, 38.5% were between 60 to 69 years, 50% had finished elementary school, and 69.2% had family income between 1 and 2 minimum wages. It was found that self-care practices are developed in part with a predominance of adherence to drug therapy and change in eating habits, but there is poor adherence to the practice of physical exercises. We conclude that it is important to promote health education activities to consider the person with type 2 diabetes in their potential for new learning with a view to permanent self-care.

Key words: Diabetes Mellitus; Self Care; Nursing; Health Education.

RESÚMEN: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica que impone limitaciones a las personas en las actividades diarias y puede dar lugar a una disminución de la autoestima y afecta la calidad de vida, que requieren acciones de educación para la salud para toda la familia y la sociedad con el fin de promover el auto cuidado. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar la diabetes tipo 2 en una unidad de salud atendidos por el Programa de Educación Familiar de Trabajo para la Salud de la Salud / familia en las tierras bajas Grande / MT en relación con las prácticas socio-demográficos y de auto-cuidado. 26 personas participaron en el estudio que respondieron a un cuestionario, cuyos resultados fueron tabulados en Epi-Info 3.5.1. De estos, el 74,1% eran mujeres, el 57,7% casados, 38,5% tenían entre 60 y 69 años, el 50% había terminado la escuela primaria, y 69,2% tenían ingresos familiares entre el 1 y 2 salarios mínimos. Se encontró que el auto-cuidado prácticas se desarrollan en parte, con un predominio de la adherencia a la terapia con medicamentos y cambios en los hábitos alimenticios, pero hay falta de adherencia a la práctica de ejercicios físicos. Llegamos a la conclusión de que es importante promover actividades de educación sanitaria para considerar a la persona con diabetes tipo 2 en todo su potencial para el aprendizaje de nuevas con el fin permanente de auto-cuidado.

Palabras-clave: Diabetes Mellitus; Autocuidado; Enfermería; Educación em Salud.

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por aumento dos níveis glicêmicos, resultante de defeito na secreção e/ou ação da insulina. É, ainda, uma condição crônica, que impõe limitações às atividades diárias dos indivíduos, devido à comorbidades que algumas pessoas podem vir a apresentar (dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial), contribuindo dessa forma para diminuição da auto-estima e, conseqüentemente, afetando a qualidade de vida⁽¹⁾.

As doenças crônicas são consideradas um problema de saúde pública, uma vez que representa um problema permanente ao indivíduo, gerando problemas de ordem social e econômico, que oneram não só os custos materiais do tratamento, mas, sobretudo, os custos relacionados à necessidade de cuidados preventivos. Por esse motivo, a educação permanente não deve estar direcionada unicamente as pessoas com DM, mas para toda a família e a sociedade em geral com vistas ao cuidado de saúde, que é de fundamental importância na prevenção das doenças, mudanças na qualidade e hábitos de vida⁽²⁾.

O DM2 abrange cerca de 90 a 95% da população adulta acima de 40 anos, contudo, a sua incidência vem aumentando consideravelmente nas faixas-etárias mais precoces, principalmente entre os adolescentes, devido à crescente urbanização e industrialização da sociedade brasileira, predispondo as pessoas a adotarem hábitos alimentares não saudáveis e, dessa forma, contribuindo significadamente para o aumento da obesidade e sedentarismo, que se constituem fatores predisponentes para a manifestação da doença⁽¹⁾.

De acordo com as estatísticas da International Diabetes Federation (IDF), o DM2, afeta cerca de 250 milhões de indivíduos, sendo que, até 2025, a tendência é que acometa cerca de 380 milhões de saudáveis. Isto se deve, principalmente, ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, considerada a maior causa de mortalidade no diabetes, respondendo por 50% dos óbitos⁽³⁾.

Embora seja possível postergar ou até mesmo evitar o aparecimento do DM2, o que se observa é que o diagnóstico é realizado tardiamente, uma vez que grandes partes dos indivíduos que procuram o serviço de saúde já estão acometidos por complicações crônicas pelo agravamento, tais como retinopatia diabética, doenças vasculares, doenças cardíacas, renais e neurológicas, que são as principais razões para a procura por atendimento médico⁽⁴⁾.

A fim de prevenir e/ou atenuar as complicações decorrentes do DM 2, é necessário que se promovam mudanças no estilo de vida das pessoas com diabetes, com o incentivo à prática de hábitos alimentares saudáveis, prática de exercícios físicos, controle dos níveis glicêmicos, pressão arterial, redução do peso corporal e dos níveis de lipídeos. Diante disso, torna-se imprescindível que as intervenções voltadas às pessoas com diabetes sejam estabelecidas para além do cuidado clínico da doença, devendo se investir nas ações educativas direcionadas para o autocuidado como uma ferramenta de intervenção ⁽²⁾.

A enfermagem, ao desenvolver as atividades educativas, pode fundamentar suas ações na *Teoria de Autocuidado* de Dorothea E. Orem, uma vez que esta teoria direciona as estratégias educativas de saúde aos indivíduos adultos acometidos com DM2 a fim de se prevenir complicações. Segundo a autora, “o autocuidado por desvio de saúde é exigido em condições de doença, ferimento ou moléstia, ou pode ser consequência de medidas médicas, exigidas para diagnosticar e corrigir a condição”. Nesse sentido, para Orem, o autocuidado é definido como “a prática de atividades que os indivíduos realizam para manter a própria vida, saúde e bem estar”⁽⁵⁾.

Complementando o conceito de Orem, o Ministério da Saúde ⁽⁶⁾ afirma que:

“Autocuidado é cuidar de si mesmo, perceber quais são as necessidades do corpo e da mente, adotar hábitos saudáveis, conhecer e controlar os fatores de risco que levam a agravos à saúde, adotando medidas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, melhorando a qualidade de vida”

A teoria de Orem é importante para o planejamento das estratégias de autocuidado aos indivíduos com DM2 uma vez que contempla os pressupostos adotados pelo Ministério da Saúde e pela Sociedade Brasileira de Diabetes, na abordagem de pessoas com diabetes ⁽⁷⁾.

O Ministério da Saúde desenvolveu uma Estratégia de Educação em Saúde cuja proposta se fundamenta ao estímulo ao autocuidado e autonomia dos diabéticos. A proposta é a manutenção de uma rede de tutores e multiplicadores em âmbitos regional, estadual e local, tendo como objetivo ⁽⁸⁾:

“[...] desencadear metodologias ativas que tenham impacto na prática de cada profissional e capacitá-lo a executar ações com a finalidade de desenvolver autonomia para o autocuidado, construção de habilidades e desenvolvimento de atitudes que conduzam o portador de diabetes à contínua melhoria do controle sobre a doença, alcançando o progressivo aumento da qualidade de vida e a redução das complicações do diabetes mellitus.”

A educação em saúde é uma atividade inseparável da prática do enfermeiro, devendo este atuar como educador na prevenção e propagação dos conhecimentos científicos teóricos - práticos direcionados à diabetes a fim de direcionar estes indivíduos ao planejamento das condutas com fins a mudança de hábitos que fixam comportamentos adquiridos ⁽⁹⁾.

O interesse em desenvolver esta pesquisa surgiu a partir da minha participação enquanto bolsista no projeto de extensão intitulado *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – (PET-Saúde) /Saúde da Família*, constituído numa parceria entre a Universidade Federal do Mato Grosso e a Secretaria de Saúde de Várzea Grande/MT. Pois, ao desenvolver as atividades educativas em grupo voltado para os diabéticos e hipertensos, denominado de “Grupo Hiperdia” em uma Unidade Básica de Saúde no município, pude observar que algumas, apesar de freqüentarem as reuniões onde são abordados assuntos relacionados com boas práticas de saúde, apresentam-se com complicações decorrentes do não controle sistemático do diabetes o que pode representar um déficit de autocuidado relacionados com a saúde.

A partir dessas observações, surgiram alguns questionamentos que nortearam o desenvolvimento dessa pesquisa, quais sejam: quais são as práticas de autocuidado desenvolvidas por essas pessoas? Quais os fatores que podem vir a interferir nas práticas de autocuidado voltadas para o controle glicêmico dessas pessoas?

Tendo em vista contribuir para a elaboração de novas estratégias de educação em saúde direcionadas para pessoas com DM2, principalmente no que se refere à possibilidade de déficit de autocuidado nessa população e, considerando as atuais estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Diabetes, este estudo buscou conhecer as práticas de autocuidado desenvolvidas pelas pessoas com DM2, cadastrados em uma Unidade Básica Saúde da Família (UBSF) no município de Várzea Grande-MT.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritiva, com delineamento transversal.

A investigação foi realizado com os indivíduos diabéticos tipo 2, atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da Família Binoca Maria da Costa, também conhecida como “PSF Manga”, localizada no bairro Manga, no município de Várzea Grande-MT. Essa UBSF iniciou as suas atividades no ano de 2005 e sua estrutura física é composta por 3 equipes de saúde, cada uma composta de um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. A farmácia, sala de vacina e sala de procedimentos são de uso comum às três equipes. A UBSF conta ainda com uma gerente, duas recepcionistas, duas auxiliares de serviços gerais e dois vigias.

A população de estudo consiste em pessoas com DM2 de uma equipe de saúde da UBS, num total de 60 pessoas. Foram adotados como critérios de inclusão de amostragem os seguintes aspectos: ser diabético tipo 2, estar cadastrado na UBSF, ter idade igual ou maior a 18 anos, ser o responsável direto pelos seus cuidados em saúde e estar na residência no horário de funcionamento da UBSF. Ainda assim, considerando-se as características de segurança peculiares do bairro, a coleta de dados contou com a disponibilidade de acompanhamento das Agentes Comunitárias de Saúde (ASCs), totalizando 26 pessoas entrevistadas.

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e realizou-se por meio de questionário semi-estruturado referente aos dados sociodemográficos, situação de saúde e as práticas de autocuidado desenvolvidas pelas pessoas com DM2. Primeiramente a pesquisadora esclareceu os objetivos do estudo e, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido iniciou-se a aplicação questionário. O período de coleta de dados ocorreu entre os dias 01 de outubro a 10 de novembro de 2010.

Os dados foram tabulados em número relativo e percentual a partir de um banco de dados construído no programa Epiinfo 3.5.1.

3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

3.1. Dados sócio-demográficos

Dos 26 diabéticos participantes do estudo, 38,5% encontravam-se na faixa etária entre 60 a 69 anos, 26,9% tinham entre 50 a 59 anos, e 15,4% entre 40 a 49 anos. Observou-se predomínio do sexo feminino (74,1%) e do estado civil casado (57,7%). Quanto às ocupações mais prevalentes, 38,5% eram aposentados e 34,6% referiram do lar. Em relação à escolaridade, encontrou-se 50,0% com o ensino fundamental incompleto. Quanto à renda familiar, 18 pessoas (69,2%) referiram renda entre 1 e 2 salários mínimos. E, em relação à religião, 53,8% se denominaram católicos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos dados demográficos dos diabéticos tipo 2 (n=26). Várzea Grande, MT, 2010

Variáveis	N	%
Idade		
30 a 39 anos	2	7,7
40 a 49 anos	4	15,4
50 a 59 anos	7	26,9

60 a 69 anos	10	38,5
70 a 79 anos	3	11,5
Sexo		
Feminino	17	65,4
Masculino	9	34,6
Estado Civil		
Solteiro	5	19,2
Casado	15	57,7
Viúvo	3	11,5
Divorciado	1	3,8
Desquitado	1	3,8
União consensual	1	3,8
Ocupação		
Aposentado	10	38,5
Do lar	9	34,6
Policia Militar	1	3,8
Vendedora	1	3,8
Reformador de móveis	1	3,8
Feirante	1	3,8
Trabalho braçal	2	7,7
Nível de Escolaridade		
Não Alfabetizado	4	15,4
Ensino fundamental incompleto	13	50,0
Ensino fundamental completo	4	15,4
Ensino médio incompleto	1	3,8
Ensino médio completo	1	3,8
Ensino superior completo	2	3,8
Ensino superior incompleto	1	3,8
Renda Familiar		
1 a 2 salários mínimos	18	69,2
3 a 4 salários mínimos	3	11,5
5 a 6 salários mínimos	3	11,5

7 a 8 salários mínimos	1	3,8
>8 salários mínimos	1	3,8
Religião		
Católica	14	53,8
Evangélica	8	30,8
Espírita	3	11,5
Outra	1	3,8

3.2. Dados sobre a situação de saúde

Quanto ao tempo de diagnóstico de DM2, o tempo variou entre 1 a 30 anos, com predomínio de 30,8% indivíduos com tempo de diagnóstico igual ou menor a 5 anos. No que refere a antecedentes familiares, 17 (60,8%) referiram que possuem familiares com DM2, sendo estes em sua grande maioria de 1º grau (pai, mãe, e irmãos). Em relação à co-morbidades, 90,0% referiram ter diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Todos os diabéticos envolvidos nesse estudo fazem uso de tratamento medicamentoso para o controle da DM2, sendo que, 15,4% utilizam glibenclamida; 19,2% utilizam metformina; 42,3% utilizam glibenclamida e metformina; 3,8% utiliza apenas insulina; 3,8% utiliza insulina e glibenclamida; 11,5% utilizam insulina e metformina; 3,8% utiliza insulina, glibenclamida e metformina. Dos que fazem uso de insulina (23,1%), observou-se que em 11,4% a aplicação do medicamento era realizado por familiares ou vizinhos e apenas 3,8% realizava o monitoramento dos níveis glicêmicos diariamente. Dos entrevistados, 36,4% afirmaram que já estiveram internados por complicações da DM2.

Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), 11,5% apresentaram IMC entre 18,5 a 24,9 Kg/m²; 50,0% em IMC entre 25,0 a 29,9 Kg/m²; 30,8% possuem IMC acima de 30 Kg/m² e 7,7% apresentaram IMC acima de 40Kg/m².

3.3 Práticas de autocuidado

De acordo com a tabela 2, podemos verificar as práticas de autocuidado relacionadas aos hábitos alimentares. Sobre consumo de doces 46,1% referiram consumi-los pelo menos uma vez na semana. Ao serem interrogados sobre a frequência que ingeriam frutas, 34,6% responderam que

consomem frutas 2 a 3 vezes por semana. Em relação ao consumo de verduras, 38,5% dizem comer verduras pelo menos 2 a 3 vezes na semana; sobre o número de refeições 53,8% afirmaram que realizam de 4 a 6 refeições por dia. Em relação à mudança de hábitos alimentares depois que descobriram ser diabéticos, 80,8% afirmaram que modificaram positivamente seus hábitos alimentares. Em relação a seguir a dieta com baixa ingestão de doces, massas e gorduras, 73,1% disseram não ter dificuldade.

Em relação ao hábito de fumar 19,2% pessoas são tabagistas, 80,8% referiram não fumar, sendo que destas 7 (26,9%) são ex-tabagistas, com tempo de abandono do cigarro variando entre 1 a 30 anos. Sobre a ingestão de bebida alcoólica, 76,9% referiram não consumir nenhum tipo de bebida alcoólica, e 6 (23,1%) que ingerem bebida alcoólica socialmente. Quanto à prática de exercício físico 84,6% relataram não desenvolver nenhuma atividade física. (Figura 3).

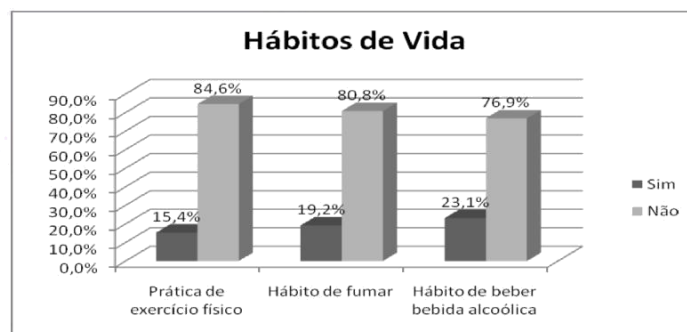


Figura 1- Distribuição segundo prática de exercício físico, hábito de fumar e consumo de bebida alcoólica dos diabéticos tipo 2, Várzea Grande-MT, 2010.

Ao serem questionados sobre a adesão ao tratamento medicamentoso, 75,9% referiram seguir o tratamento medicamentoso corretamente. Sobre o hábito de fazer uso de chás caseiros para diabetes, 65,4% referiram fazer o uso de chás caseiros, desse apenas 3,8%, afirmou que os chás caseiros substituem o tratamento farmacológico pelo menos 2 vezes na semana.

Em relação aos cuidados com os pés 38,5%, afirmaram examinar os pés todos os dias, no entanto ao serem interrogados se conheciam a importância de examinar os pés todos os dias, 18 69,2% disseram não saber a importância de tal cuidado (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição dos diabéticos tipo 2 (N=26) em relação ao autocuidado com os pés, Várzea Grande-MT, 2010.

Variáveis	N	%
-----------	---	---

Frequência que examina os pés		
Nunca	9	34,6
1 a 2 vezes /semana	6	23,1
3 a 4 vezes/semana	1	3,8
Todos os dias	10	38,5
Conhecem a importância de		
Examinar os pés todos os dias		
Sim	8	30,8
Não	18	69,2

Quanto à convivência com o DM2, 57,7% dos indivíduos entrevistados referiram ter um bom convívio com o diabetes, no entanto 42,3% referiam ter dificuldade em conviver com diabetes, sendo os principais motivos: a restrição alimentar e o aparecimento de complicações como acuidade visual diminuída e impotência sexual.

Em relação à procura por atendimento em saúde pelos indivíduos diabéticos, no que diz respeito a algumas especialidades, 38,5% procuram por atendimento odontológico esporadicamente; em relação à consulta com oftalmologista e nutricionista, 34,6% e 30,8, respectivamente referiram que as consultas foram realizadas há mais de um ano. Quanto às consultas para acompanhamento médico, 57,7% afirmaram que realizam entre 1 a 6 consultas por ano, sendo que a consulta com cardiologista acontece, para 46,2% dos entrevistados, entre 1 a 2 vezes ao ano.

4. DISCUSSÃO

A população é constituída por diabéticos adultos e idosos, com idade predominante entre 50 a 69 anos. Esses dados aproximam-se da literatura que aponta um aumento do número de diabéticos após os 40 anos de idade, ocorrendo um pico maior na faixa etária de 61 a 70 anos. O não aparecimento de diabéticos nas faixas etárias acima de 80 anos pode estar relacionado com o menor predomínio populacional nessa faixa etária e também decorrente a dificuldade de acesso ao serviço nessa faixa etária ⁽¹⁰⁾.

O sexo predominante é o feminino o que pode ser justificado pela tendência das mulheres se cuidarem mais e estarem mais presentes nos serviços de saúde o que favorece o diagnóstico

precoce em relação aos indivíduos de sexo masculino que procuram serviço de saúde somente em ocasião de manifestação dos sintomas ⁽¹¹⁾.

Quanto ao nível de escolaridade e a renda familiar observa-se o predomínio do ensino fundamental incompleto e de 1 a 2 salários respectivamente. A situação de baixo nível de escolaridade e a baixa renda familiar dos DM2 dificulta o acesso às informações em saúde e a procura por atendimento médico e isso aponta-se como sendo uma barreira no processo de educação em saúde, bem como a adaptação destes portadores de diabetes a instituírem práticas de cuidados ⁽⁴⁾.

Levando em consideração o baixo nível de escolaridade dos sujeitos, faz-se necessário que as informações a serem desenvolvidas nas atividades educativas, sejam repassadas de maneira simples, com uma linguagem compatível com o grau de instrução da clientela, respeitando suas limitações, desse modo poderemos aumentar as mudanças no estilo de vida desses indivíduos.

Quanto ao tempo relacionado ao diagnóstico da DM2 o estudo aponta para menor ou igual a 5 anos. Este achado pode não condizer com o tempo real do desenvolvimento da doença, já que o diagnóstico do DM2 frequentemente é realizado de maneira tardia e, muitas vezes, ocorre o subdiagnóstico na maioria dos casos, ocasionando algum tipo de complicação ⁽²⁾.

Ao investigar sobre os antecedentes familiares com diagnóstico de DM2 há o predomínio de familiares cujo parentesco é de 1º grau, o que confirma que a hereditariedade, juntamente com a idade acima de 45 anos, sobrepeso e sedentarismo são fatores predisponentes para o desenvolvimento do DM2 (BRASIL, 2006).

A co-morbidade com maior predomínio na população estudada é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Este fator segundo o Ministério da Saúde associado concomitantemente com a diabetes representa um fator de risco para o desenvolvimento de doenças coronarianas e para complicações microvasculares como a retinopatia e a nefropatia. Portanto, os agravos relacionados a HAS comprometem o tempo de sobrevivência dos indivíduos, uma vez que multiplicam o risco de morte por causas cardiovasculares ^(4;6).

Os sujeitos deste estudo em sua totalidade fazem uso de algum fármaco para controlar o nível de glicose, grande parte referindo adesão à terapia medicamentosa. Entretanto, vale ressaltar que a mudança nos hábitos alimentares, prática de exercícios físicos de rotina e o controle de redução de peso corporal contribuem para a diminuição da necessidade de tratamento medicamentoso ou a redução da dosagem dos medicamentos prescritos ⁽⁴⁾.

Quanto aos hábitos alimentares a maioria dos sujeitos refere não ter dificuldade em seguir a dieta adequada para o DM2. Porém, comparando-se à mensuração do IMC, nota-se um

predomínio de sobrepeso com valores variando entre 25 e 29,9kg/m², evidenciando, assim, o déficit de adesão ao regime alimentar.

Em relação ao estilo de vida há predominância de indivíduos que referiram não ser fumantes e com baixo índice de consumo de bebidas alcoólicas, bem como poucos adeptos à prática de exercício físico. Sobre os motivos que os levavam a não aderência de atividades físicas diárias, a maioria dos entrevistados justificaram pela falta de tempo, principalmente as pessoas que tinham como ocupação atividade do lar. É recomendado que os exercícios físicos ideais a serem realizados pelos DM são os de intensidade moderada como as caminhadas para as pessoas mais idosas e corridas leves, natação para as pessoas mais jovens. Também os profissionais da área de saúde não se podem esquecer da necessidade de propor atividades físicas a serem realizadas no domicílio, considerando as limitações físicas e de saúde das pessoas como diabetes⁽⁹⁾.

Quanto aos cuidados com os pés, verifica-se que a maioria dos indivíduos afirma examinar os seus pés todos os dias. Mas, ao ser questionado em relação ao conhecimento sobre a importância de tal prática, a maioria respondeu negativamente, o que demonstra que esse cuidado é feito de maneira automática sem conhecimento sobre a necessidade de se pesquisar lesões que possam agravar as complicações relacionadas à neuropatia periférica presente no DM2. O pé diabético é uma das complicações que causam entre 50 a 70% das amputações não – traumáticas, além de representar 50% das internações hospitalares⁽⁹⁾.

Em relação à aceitação dos indivíduos em conviver com o DM2 observa-se uma pequena variação entre os que afirmaram ter uma boa convivência e os que referiram ter dificuldade em conviver com a doença. Dentre os motivos da não aceitação da doença e de uma não convivência satisfatória com a mesma destacam-se: o da restrição alimentar, a acuidade visual diminuída e a impotência sexual.

No que diz respeito a visitas a especialistas, tais com odontólogos, oftalmologistas e nutricionistas, observa-se que a maioria dos indivíduos busca por estes serviços, porém sem a periodicidade necessária para uma avaliação do quadro de saúde relacionada com as complicações próprias do DM2. A análise destes dados isoladamente não caracteriza dificuldade para o autocuidado, pois temos que levar em consideração que a busca por profissionais especializados para acompanhamento do DM2, independe da vontade do indivíduo, pois que o dificulta uma maior periodicidade de visitas com especialistas pode residir nas dificuldades enfrentadas pela rede básica de serviços de saúde nesse agendamento.

Entretanto, o estudo aponta para uma maior procura às especialidades de cardiologia e endocrinologia (no mínimo 4 e 2 vezes o ano, respectivamente). Tal fato pode estar relacionado ao predomínio de pessoas que tem como co-morbidade a hipertensão arterial sistêmica e também a atenção que se dá ao controle dos níveis glicêmicos.

5. CONCLUSÃO

Na amostra estudada, constituída por 26 pessoas com DM2, a faixa etária predominante foi de pessoas idosas e do sexo feminino, com baixo nível socioeconômico.

Em relação à situação de saúde observou-se o predomínio de indivíduos com IMC alterado, tendo como principal co-morbidade a Hipertensão Arterial Sistêmica. Todos os sujeitos dessa pesquisa utilizavam medicamentos para controle do Diabetes.

Constatou-se também uma prática parcial das atividades de autocuidado, tais como: adesão ao tratamento medicamentoso, adesão parcial quanto à mudança dos hábitos alimentares, principalmente no que refere ao consumo de açúcar e número de refeições realizadas ao dia. Porém, encontramos déficit de autocuidado em relação à prática de exercício físico e manutenção do peso corporal, sendo que estes fatores são primordiais para a diminuição dos níveis glicêmicos. Em relação aos cuidados dos pés, observou-se que embora mencionem que realizam inspeção com certa regularidade, não conhecem a importância de tal prática.

Quanto às consultas para avaliação dos níveis glicêmicos, situação de saúde e prevenção das complicações decorrentes do DM, notou-se maior procura por endocrinologistas e cardiologistas.

Para melhorar esses aspectos faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam engajados e dispostos a realizar ações educativas relacionadas a estes temas, promovendo assim uma forma de interação com troca de informações acerca das complicações do DM2. Pois, a desmotivação dos indivíduos gera um círculo vicioso e deve ser encarado pelos profissionais da área de saúde como um desafio, ao buscar mecanismos de interação multiprofissional (nutricionista, educador físico, psicólogo etc.) para melhorar a qualidade de vida e diminuir o risco de complicações sérias, quadro infeccioso, internações hospitalares, baixa auto-estima que levam a quadro depressivo o que distancia mais o interesse dos indivíduos em promover o seu autocuidado. Outra situação é promover uma educação em saúde voltada para uma ambiência social que permite considerar o indivíduo portador de DM2 como alguém com potencialidades e capacidades de novas aprendizagens para o seu permanente autocuidado.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Grossi AS, Pascali P. M. Cuidados de enfermagem em diabetes melittus. Sociedade Brasileira de Diabetes. Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes, São Paulo, 2009. Disponível em: < http://www.diabetes.org.br/attachments/1118_1324_manual_enfermagem.pdf > Acesso em 18 de novembro de 2010.
- 2 Otero LM, Zanetti ML, Teixeira CRS. Características sociodemográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. Revista Latino-americana de Enfermagem, n. 15, 2007. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_08.pdf> Acesso em 14 de novembro de 2010.
- 3 Sociedade Brasileira de Diabetes. Dia Mundial do Diabetes (2010), disponível em < <http://www.diamundialdodiabetes.org.br/media/dmd/estatisticas.php> > Acesso em 16 de novembro de 2010.
- 4 Grillo MFF. Caracterização e práticas de autocuidado de pessoas com diabete melito tipo 2 de uma unidade básica de saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2005. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6967/000493094.pdf?sequence=1>> Acesso em 19 de novembro de 2010.
- 5 Foster PC, Janssens NPDEO. Dorothea E. Orem. In: George JB. Teorias de Enfermagem. Tradução: Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos. Diabetes Mellitus. Brasília; 2006; 16 [série A]. Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/diabetes_mellitus.html > Acesso em 19 de novembro de 2010.
- 7 Milhomem AC et al. Diagnósticos de enfermagem identificados em pessoas com diabetes tipo 2 mediante abordagem baseada no Modelo de Orem. Revista Eletrônica de Enfermagem. v.10, n.2, p.321-336, 2008. Disponível em < <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/pdf/v10n2a04.pdf> >. Acesso em 10 de novembro 2010.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Autocuidado em hanseníase: face, mãos e pés. Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em < http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/autocuidado_hanseniase_face_maos_pes.html > Acesso em 30 de novembro de 2010.
- 9 Welfer M, Leite MT. Ser portador de diabetes tipo 2: cuidando-se para continuar vivendo. Scientia Medica. v. 15, n.3. Porto Alegre, 2005. Disponível em < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1561/1164>> Acesso em 16 de novembro de 2010.

10 Rodrigues T C, Lima MHM. Nozawa, M. R. O Controle do Diabetes Mellitus em Usuários de Unidade Básica de Saúde, Campinas, Sp. Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, v. 5, n. 1, p. 41-49, 2006. Disponível em:
<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5109/3325>> Acesso em 16 novembro de 2010.

11 Tavares DM S. et al. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. Ciência e Saúde Coletiva. v 12, n.5, p.1341-1352, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/26.pdf>> Acesso em 16 de novembro de 2010.