

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANDRÉIA YOUSSEF DOS SANTOS

CONHECIMENTO DO PACIENTE DIABÉTICO ACERCA DE SEU AUTOCUIDADO

Porto Alegre

2014

ANDRÉIA YOUSSEF DOS SANTOS

CONHECIMENTO DO PACIENTE DIABÉTICO ACERCA DE SEU AUTOCUIDADO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para conclusão do Curso de Enfermagem- Bacharelado, para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Beatriz Ferreira Waldman

**Porto Alegre
2014**

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus atendidos no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre que colaboraram com o projeto.

Agradeço aos professores da disciplina Enf 01003-Enfermagem no cuidado ao adulto I da escola de enfermagem da UFRGS pela convivência durante esses anos, apoio e por serem sempre solícitas em todos os momentos.

Agradeço a minha orientadora professora Dr.^aBeatriz Ferreira Waldman que com grande sabedoria me orientou com competência e dedicação.

Agradeço as minhas colegas e amigas por estarem sempre me apoiando, por todas as noites de estudo, troca de experiências e aprendizado.

Agradeço ao meu namorado pelo incentivo, dedicação, companheirismo, carinho e pela compreensão durante esses anos.

Agradeço a minha família pelo apoio durante toda a minha formação acadêmica.

Agradeço a Deus por me iluminar nessa trajetória e em todos os momentos da minha vida.

RESUMO

O presente estudo refere-se ao Conhecimento do Paciente Diabético acerca de seu autocuidado. O Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e está associada a diversas complicações sendo elas: a doença arterial coronariana, doença vascular cerebral e a doença vascular periférica constituem os três tipos principais de complicações macrovasculares que ocorrem frequentemente na população diabética. Um dos aspectos relevantes para o paciente diabético é o autocuidado, pois beneficia o estado de saúde reduzindo complicações e internações. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa que tem por objetivo descrever o conhecimento de pacientes portadores de diabetes sobre o seu autocuidado. A pesquisa foi realizada com 10 pacientes diabéticos adultos, no mês de outubro, do ambulatório das Zonas 16 e 6 do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. As informações foram coletadas por meio de entrevistas semi estruturadas realizadas individualmente. As informações foram analisadas pelo método de Análise de Conteúdo de Bardin (2004) e organizadas em duas categorias temáticas: “Entendendo o Diabetes Mellitus” e “Cuidando da própria saúde”. As manifestações descritas evidenciaram que os participantes diabéticos apresentaram dúvidas quanto aos fatores que desencadeiam o DM e ao controle do tratamento o que compromete a aderência ao Regime Terapêutico. Pontua-se a necessidade de rever estratégias para fornecer orientações a pacientes com Diabetes Mellitus no contexto das consultas.

Descritores: Diabetes Mellitus. Autocuidado. Conhecimento. Adulto.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVO	8
3 REVISÃO DA LITERATURA	9
3.1 DIABETES MELLITUS	9
3.3 CONHECIMENTO DO PACIENTE SOBRE O AUTOCUIDADO	10
4 METODOLOGIA	14
4.1 TIPO DE ESTUDO	14
4.2 CAMPO DE ESTUDO	14
4.3 PARTICIPANTES	14
4.4 COLETA DE INFORMAÇÕES	15
4.5 ANÁLISE DE INFORMAÇÕES	16
5 ASPECTOS ÉTICOS	17
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	18
6.1 ENTENDENDO O DIABETES MELLITUS	18
6.2 CUIDANDO DA PRÓPRIA SAÚDE.....	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERENCIAS	40
APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA	45
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	46
ANEXO A- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	48

1 INTRODUÇÃO

Durante as consultas de enfermagem realizadas por mim em um dos estágios do Curso de Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul pude perceber que a maioria dos portadores de diabetes desconhecia sobre a sua doença e complicações. Por isso, resolvi ler sobre o assunto e achei interessante escrever sobre isso já que para ser efetivo o autocuidado de pacientes diabéticos é necessário que tenham conhecimento sobre a doença.

Estudos mostram que há déficit significativo de conhecimento e de habilidades em 50 a 80% dos indivíduos acometidos por esta doença. As pessoas com diabetes têm dificuldade para compreender as consequências e as complicações da não aderência ao tratamento. Isso demonstra que os indivíduos possuem barreiras e limitações como baixo nível de escolaridade e de cognição, além de uma orientação ineficiente fornecida pelos profissionais de saúde (TORRES; PACE; STRADIOTO, 2010).

A prevalência de Diabetes Mellitus (DM) nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030 (BRASIL, 2013). Por isso, frente ao aumento no número de casos dessa doença, principalmente do DM tipo dois e à gravidade das complicações decorrentes da mesma, observamos a importância de nos aprofundarmos no assunto, já que a atuação do profissional de enfermagem na prevenção do DM, bem como na prevenção das suas complicações pode favorecer o paciente para as habilidades de autocuidado (CEOLIN; BIASI, 2011).

Para a administração dos cuidados de saúde é fundamental para os profissionais o entendimento de como o diabético reage frente a sua doença, ao tratamento e a necessidade de se cuidar. O conhecimento de sua capacidade cognitiva pode proporcionar uma orientação, não apenas para seleção de explicações, mas também para a seleção de abordagens e técnicas mais adequadas no sentido de o paciente de fato tornar-se consciente de sua doença e participante na prevenção de complicações advindas do agravamento do diabetes (OLIVEIRA et al, 2010). Além disso, a correlação significativa entre atitude e conhecimento está associada à predisposição para assumir o autocuidado. Essa predisposição propicia a redução do estresse associado à doença, maior receptividade ao tratamento,

confiança na equipe multiprofissional, melhora da autoestima, percepção mais positiva acerca da saúde e aceitação social (RODRIGUES et al, 2009).

O autocuidado pode ser compreendido como uma prática executada pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida e do bem-estar, sendo elemento chave na manutenção adequada de cuidados em patologias crônicas passíveis de avaliação. A capacidade do indivíduo para o engajamento do autocuidado está condicionada a fatores como: idade, experiência de vida, orientação sócio cultural, condições de saúde e recursos disponíveis (MARQUES et al, 2013).

A evolução das complicações diabéticas pode ser influenciada por vários fatores que determinam seu início e progressão, mas a prevenção, juntamente com a educação do paciente, é o objetivo primordial contra o rápido desenvolvimento da doença (OLIVEIRA et al, 2010).

O cuidado com pacientes diabéticos envolve diversas medidas que exigem estreita colaboração e responsabilidade tanto do paciente como do enfermeiro, sendo a atividade educativa a maior ferramenta para contribuir para a prevenção de complicações relacionadas ao diabetes, possibilitando sensibilizar os indivíduos para o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado e mudança no estilo de vida (MARTIN et al, 2011).

As características do DM exigem perseverança na adaptação necessária às mudanças no estilo de vida, como também requerem muita disciplina dos indivíduos que convivem com a situação crônica. Nessa perspectiva, o enfermeiro precisa empenhar-se para que a pessoa com diabetes compreenda a magnitude da doença e dos cuidados terapêuticos necessários para o seu equilíbrio.

A falta de entendimento do paciente acerca de sua doença pode contribuir para resultados insatisfatórios no que diz respeito ao tratamento do DM e principalmente, na prevenção de suas complicações.

Por se tratar de um dos mais importantes problemas de saúde pública na atualidade, tanto pelo número de pessoas afetadas, pelas incapacidades e pela mortalidade prematura, quanto pelos custos envolvidos no controle e tratamento de suas complicações, é relevante a necessidade de se identificar qual é o entendimento do paciente sobre o DM e como ele desenvolve seu próprio cuidado frente às várias demandas que se apresentam na situação da doença crônica. Nesse sentido, o estudo proposto mostra-se relevante uma vez que poderá

contribuir para que o enfermeiro eleja estratégias educativas que possibilitem ao paciente o domínio de informações acerca da doença no sentido de fortalecer competências para o autocuidado, mantendo o controle do DM e reduzindo as chances de desenvolver complicações.

Nessa perspectiva, formulou-se a seguinte questão norteadora: Qual é o conhecimento do paciente diabético acerca de seu autocuidado?

2 OBJETIVO

Considerando-se a temática do estudo e a busca de resposta à questão norteadora formulou-se o seguinte objetivo:

Descrever o conhecimento de pacientes portadores de diabetes sobre o seu autocuidado.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo descreve-se uma breve revisão dos temas que fundamentam o estudo.

3.1 DIABETES MELLITUS

Uma epidemia do Diabetes Mellitus (DM) está em curso. Em 1985 estimava-se que existissem 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões no ano de 2030 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007a).

O Diabetes Mellitus é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2006). Os sintomas clássicos são os “4Ps”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso. Além de fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição.

Entretanto, o diabetes é assintomático em proporção significativa dos casos, a suspeita clínica ocorre a partir de fatores de risco para a doença (BRASIL, 2006).

Essa doença é particularmente prevalente no indivíduo idoso; até 50% dos indivíduos com mais de 65 anos de idade apresentam algum grau de intolerância a glicose e pessoas com 65 anos de idade ou mais respondem por quase 40% dos casos de diabetes (SMELTZER et al, 2012).

A doença arterial coronária, a doença vascular cerebral e a doença vascular periférica constituem os três tipos principais de complicações macrovasculares que ocorrem frequentemente na população diabética (SMELTZER et al, 2012).

3.2 CONHECIMENTO DO PACIENTE SOBRE O DIABETES MELLITUS

Resultados de pesquisa indicam uma associação significativa entre os conhecimentos e a adesão terapêutica. Em termos de gênero, este parece influenciar o nível de conhecimento sobre diabetes. Os homens demonstram menos desconhecimento sobre diabetes do que as mulheres. Este fato poderá estar

relacionado com as médias de escolaridade, que são significativamente superiores no sexo masculino (GRILO et al, 2008).

Segundo Beneti et al (2009) pacientes com Diabetes Mellitus recebem informações sobre a doença, porém é constatado que poucos tem clareza sobre ela. Eventos de descompensação aguda ou crônica, que acometem pacientes diabéticos, estão geralmente relacionados à falta de adesão ao tratamento, eventos esses que ocorrem para o não gerenciamento do DM, para o déficit de conhecimento relacionado à doença e comportamento inadequado.

Relacionado ao conhecimento do DM, de cada 12 pacientes, dez citam o problema de visão como uma das principais complicações da doença. Seis de 12 pacientes lembram-se da neuropatia diabética diante de lesões de difícil cicatrização. Já a nefropatia diabética é lembrada por apenas cinco dos 12 pacientes entrevistados, e não é uma complicação de menor importância, pois a Sociedade Brasileira de Diabetes, do ano de 2007, a identificou como a principal causa de ingresso de pessoas nos serviços de hemodiálise nos países desenvolvidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007b).

Outra complicação lembrada pelos entrevistados é a disfunção sexual. A hiperglicemia impede a produção de óxido nítrico, que além de vasodilatador é um neurotransmissor primário da ereção (CEOLIN; BIASI, 2011).

O conhecimento, adquirido ao longo do convívio com a doença, é mais que reproduzir informações, pressupõe a incorporação de novas atitudes e hábitos de vida. Entretanto, o conhecimento nem sempre resulta na adoção de ações de autocuidado para prevenção de problemas relacionados ao DM. A adesão ao tratamento é influenciada por fatores pessoais, condição socioeconômica, cultural e aspectos relacionados ao tratamento, à doença, ao sistema de saúde e à equipe multiprofissional (PEREIRA et al, 2012).

3.3 CONHECIMENTO DO PACIENTE SOBRE O AUTOCUIDADO

Um dos aspectos relevantes para o tratamento do DM é o autocuidado, pois beneficia o estado de saúde, reduzindo custos decorrentes de internações e complicações. Para isso, exigem-se mudanças de comportamentos, em função das quais, somadas às orientações e ao uso de medicamentos, se espera a estabilidade da doença (MARQUES et al, 2013).

O autocuidado é uma prática em que o paciente adquire informações que o ajudarão a cuidar de sua saúde, ganhando uma maior autonomia, pois ao adquirir conhecimento poderá desenvolver atividades diárias que lhe trarão benefícios (CHAVES et al, 2013).

O tema do Cuidado de si foi abordado de forma específica durante o curso ministrado no Collège de France nos anos 1981 e 1982, e publicado no Brasil sob o nome de: “A hermenêutica do sujeito” (BUB et al, 2006).

As ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. É uma estratégia eficaz para a redução dos custos em saúde, colaborando para a redução do número de admissões hospitalares e das consultas de urgência, uso racional dos medicamentos e melhor relação profissional de saúde e o paciente (BUB et al, 2006).

Essa prática tem como fundamento a crença de que o homem é capaz de cuidar de sua saúde e compreende uma série de ações para manter a saúde física e mental, prevenir enfermidades, satisfazer as necessidades físicas e psicológicas. Além disso, estudo realizado acerca da importância do conhecimento sobre diabetes mellitus para o autocuidado mostrou que o baixo nível de informação sobre a doença e sua etiologia dificulta o processo de aprendizagem, prejudica a prevenção e diagnóstico precoce e aumenta a predisposição para outras complicações (BAQUEDANO et al, 2010).

Para um autocuidado ideal os pacientes diabéticos que fazem uso de insulinoaterapia devem ter conhecimento que somente as pessoas com bons hábitos de higiene podem reutilizar a seringa para evitar o risco de infecção. Para tanto, a agulha deve ser recoberta com o seu envoltório original, logo após o uso, desde que não tenha tido contato com outra superfície, a não ser a pele de aplicação. A seringa e a agulha devem ser descartadas se houver desconforto excessivo na aplicação, geralmente isso ocorre após a quarta aplicação. Além disso, as lancetas também podem ser reutilizadas desde que tenham bons hábitos de higiene (BRASIL, 2011).

Além disso, os locais de aplicação de insulina como: externo e superior dos braços, lateral e anterior da coxa, região abdominal e região glútea devem ser revezados para evitar complicações tais como hipertrofia ou atrofia no local (BRASIL, 2013).

Os cuidados que o paciente deve ter com o frasco de insulina são: a) A insulina nunca deve ser congelada (temperatura abaixo de 2°C); b) Os frascos não devem ser expostos a luz solar para evitar a degradação. Deve ser armazenada na porta da geladeira ou na parte inferior. Uma vez aberto o frasco de insulina ou refil de canetas, só poderá ser utilizado em 30 dias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2014).

A pessoa com diabetes também deve ser capaz de identificar sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia. A hipoglicemia ocorre quando a glicemia cai para menos de 50 a 60 mg/dl devido a uma quantidade excessiva de insulina ou de agentes hipoglicemiantes orais, muito pouco alimento ou atividade física excessiva (SMELTZER et al, 2012).

O diabético que tiver sensação de tontura, fraqueza, dor de cabeça, fome sudorese, taquicardia, apreensão, tremor e confusão mental deve saber que está com sintomas de hipoglicemia e por isso deve ser combatida com pequena dose de carboidrato simples (10 a 20g), um copo de suco de frutas, refrigerante não dietético, ou duas balas não dietéticas (BRASIL, 2013).

Já a hiperglicemia é o nível elevado de açúcar no sangue que se desenvolve lentamente ao longo de vários dias. Sabe-se que a hiperglicemia crônica está associada a lesões da microcirculação. Os pacientes que conseguem um bom controle da glicemia têm uma importante redução de risco de prejudicar o funcionamento de diversos órgãos como: rins, olhos, nervos e coração (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2014).

O controle da glicemia é utilizado para orientar o ajuste de dose de medicamentos empregados. A Hemoglobina glicada (HbA1c) é o parâmetro utilizado para avaliar o controle glicêmico em médio e em longo prazos, pois reflete os níveis de glicemia dos últimos dois/três meses. A HbA1c deve ser medida no início do tratamento e a cada três meses, também pode ser realizada duas vezes ao ano para aqueles com bom controle glicêmico (BRASIL, 2013).

É recomendado ao paciente com diabetes fazer a automonitorização dos níveis de glicemia prevendo a ocorrência de hipoglicemia ou de hiperglicemia pela verificação da glicemia capilar, realizando o teste específico conhecido como Hemoglicoteste (BRASIL, 2013).

No plano alimentar do diabético é recomendado a adoção do modelo Dietary Approaches do Stop Hypertension (DASH), que associada a um estilo de vida mais

saudável pode promover aumento da sensibilidade da insulina. Este modelo incentiva o consumo de alimentos naturais. Recomenda-se que o cloreto de sódio (sal de cozinha) esteja limitado a 6g/dia, evitando alimentos processados e incentivando o consumo de temperos e ervas frescas como cebola, salsa, alho, coentro, gengibre, manjeriço, hortelã e outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007b).

A ingestão alimentar diária deve ser disciplinada, fracionada em diversas refeições ao longo do dia e ajustada ao esquema de insulino terapia e hipoglicemiantes orais. É importante evitar o consumo excessivo de alimentos nas refeições e o jejum prolongado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007b).

Quadro 1 - Recomendações nutricionais para pessoas com Diabetes Mellitus.

COMPOSIÇÃO DA DIETA	INGESTÃO RECOMENDADA
Valor energético total (VET)	De acordo com as necessidades individuais
Carboidratos totais	45%-60%
Sacarose	Sem restrição
Frutose	Não recomendada a adição
Fibra alimentar	Mínimo 20g/dia
Gordura total	Aprox.30%VET
Colesterol	<300g/dia
Proteína	15%-20% VET

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007b.

Os diabéticos devem ter um cuidado especial com os pés já que a hiperglicemia prolongada pode levar à perda de sensibilidade e prejuízo à circulação.

Os profissionais da saúde devem estar atentos para a inspeção dos pés que deve ser cuidadosa, incluindo a observação da higiene dos pés, corte das unhas, pele ressecada ou descamativa, unhas espessas, presença de bolhas, ulceração ou áreas de eritema (BRASIL, 2013).

Também é importante a palpação da presença dos pulsos pediosos e tibial assim como avaliar a temperatura, os pelos, o estado da pele e dos músculos para avaliar a necessidade de encaminhar o paciente ao cirurgião vascular (BRASIL, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), o estudo qualitativo é flexível, ajustando-se ao que é pretendido durante a coleta de informações e, holístico, pois busca a compreensão do todo. É indicado quando se deseja conhecer um fenômeno, opinião ou percepção. De acordo com as autoras, a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar familiaridade com um problema e busca desvendar a natureza complexa de experiências e interações e os diversos modos pelos quais um fenômeno se manifesta.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, HCPA, junto as Zonas 16 e 06 do Ambulatório de pacientes externos, local onde são realizadas consultas médicas em várias especialidades e consultas de enfermagem para pacientes com DM. O HCPA é uma instituição pública e universitária, ligada ao Ministério da Educação e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

4.3 PARTICIPANTES

Os participantes do estudo foram pacientes adultos do Ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foram selecionados pacientes que frequentam as Zonas 16 e 06 para atendimento em consultas de enfermagem.

A amostra foi do tipo intencional por convite. Houve a participação de 10 pacientes, pois segundo Minayo (2008) a amostragem deverá privilegiar os participantes que detém informações que o pesquisador pretende conhecer.

Para tanto, as enfermeiras, que realizam consultas de enfermagem, foram contatadas a fim de apresentar a proposta do estudo e indicar os pacientes que poderiam fazer parte da pesquisa. A pesquisadora abordou os pacientes no dia da consulta, após o atendimento. Para aqueles que concordaram com o convite foram

oferecidas orientações sobre o estudo, entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE B) e agendada uma entrevista.

Os critérios de inclusão foram:

- a) Estar em consultas de enfermagem nas Zonas 16 e 06 por no mínimo, há ano.
- b) Informar ser portador de Diabetes Mellitus há pelo menos cinco anos.

O critério de exclusão foi:

- c) Apresentar condições inadequadas de saúde para participar da entrevista como: Dificuldade para se deslocar até o Centro de Pesquisa Clínica do HCPA, ou dificuldade de verbalização.

4.4 COLETA DE INFORMAÇÕES

As informações foram coletadas por meio de entrevista semi-estruturada de acordo com a proposta de Lüdke e André (1986). Após a aceitabilidade na participação do projeto de pesquisa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 10 pacientes. Chegou-se a esse número de participantes observando o critério de saturação de dados. A duração das entrevistas foi de aproximadamente 30 minutos, tempo necessário para se alcançar a qualidade das informações em atenção ao objetivo do estudo. As entrevistas foram gravadas em áudio com autorização do paciente.

As entrevistas foram realizadas no Centro de Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sendo assegurada a privacidade dos participantes. Para conduzir a entrevista foi utilizado um roteiro que apresenta questões relacionadas com o conhecimento sobre DM e suas possíveis complicações, com o regime terapêutico (medicação e uso de insulina), com o estilo de vida (hábitos alimentares, atividade física, atividades de lazer) e com possíveis dificuldades enfrentadas no autocuidado (APÊNDICE A).

Durante a entrevista a pesquisadora observou a necessidade de expor os termos técnicos em linguagem adequada visando melhor compreensão pelo participante, como por exemplo, explicar que hipoglicemia significa que o açúcar no sangue está abaixo do normal.

4.5 ANÁLISE DE INFORMAÇÕES

As informações foram analisadas por meio do método de Análise de Conteúdo de Bardin (2004) que abrange três fases: a) pré- análise: fase de organização em que se deseja sistematizar as ideias iniciais para desenvolver um plano de análise; b) exploração: fase em que ocorre a administração sistemática das decisões tomadas; c) tratamento das informações: em que se obtém o resultado e se realiza a interpretação dessas informações. Foi utilizada a técnica da análise temática para descrever qual o conhecimento do paciente sobre sua doença, como é realizado o autocuidado e quais as possíveis dificuldades encontradas para sua realização.

Cada participante foi identificado com a letra P seguida de algarismo por ordem das entrevistas, por exemplo: O primeiro paciente a ser entrevistado foi identificado por P1, o segundo por P2 e assim sucessivamente.

Em um primeiro momento foi organizado o material das entrevistas e as respostas dos participantes foram transcritas. O material foi submetido a várias leituras em profundidade para se obter os núcleos de sentido das falas.

Após, foram agrupadas as palavras repetidas e de mesmo significado a fim de se obter uma categorização, que é o termo- chave que indica a significação central do conceito que se quer apreender conforme Bardin (2004).

A interpretação das manifestações categorizadas revelou duas categorias temáticas identificadas como: “Entendendo o Diabetes Mellitus” e “Cuidando da própria Saúde”.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os participantes receberam TCLE conforme proposto por Goldim (2005). OTCLE foi apresentado, no dia da consulta de enfermagem, em duas vias após concordarem com o convite e também foi fornecido orientação sobre o estudo. Os participantes foram comunicados de que concordando em participar do estudo deveriam assinar os documentos ficando uma via com os mesmos e outra com a pesquisadora. Também foram informados que poderiam desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo no seu tratamento dentro do HCPA como em nenhuma outra Instituição. Foi assegurado aos participantes o sigilo dos dados de identificação, nem na divulgação dos resultados.

Para segurança do paciente o TCLE foi lido em voz alta e pausada visando a compreensão do texto pelo paciente, antes de iniciar a coleta de informações.

Todos os pacientes foram ressarcidos de despesas de transporte no dia da entrevista.

Este estudo teve o projeto aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/ENF) (ANEXO A) pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG/HCPA) registrado sob o nº 14-0486 e na Plataforma Brasil com o CAAE: 35066014.0.0000.5327.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Participaram do estudo 10 pacientes, todos recebendo orientações em consultas de enfermagem sendo sete do sexo feminino e três do sexo masculino. A idade variou de 36 a 79 anos e o nível de escolaridade variou de ensino fundamental incompleto a superior completo.

O tempo de tratamento, a partir do diagnóstico clínico do Diabetes Mellitus variou de 5 a 30 anos. Identificou-se que todos demonstraram independência de deambulação quanto ao deslocamento até o Centro de Pesquisa Clínica do HCPA.

Considerando-se a temática proposta neste estudo a busca de informações pautou-se no diálogo entre a pesquisadora e cada um dos pacientes, individualmente.

A análise e interpretações das informações permitiram a categorização das manifestações e possibilitou que se revelassem temas cujos conteúdos expressos evidenciaram como cada participante entendia o diabetes, suas possíveis causas e complicações, bem como qual conhecimento detinham sobre as necessárias adequações ao regime terapêutico.

6.1 ENTENDENDO O DIABETES MELLITUS

Em resposta ao questionamento sobre o entendimento acerca do Diabetes buscou-se saber qual o conhecimento dos participantes sobre fatores que desencadeiam a doença. Foi observado que quatro pacientes com mais de 13 anos de diagnóstico clínico de DM demonstraram bom domínio sobre o conceito da doença, como se pode observar nas seguintes falas:

O diabetes é o cupim do corpo humano. (P1)

É o excesso de açúcar no sangue... É hereditário. A minha mãe teve a doença, ficou em coma, esteve mais de anos em cima da cama. Agora faleceu uma sobrinha com problema de diabetes só que ela não se cuidava.(P5)

Doença hereditária que vem do pâncreas que não funciona... insulina que não é produzida. (P6)

É um problema no pâncreas que não funciona direito. (P9)

Entretanto, outros quatro pacientes não conseguiram expressar de forma clara seu conhecimento sobre a doença, como se pode observar nas seguintes manifestações:

Sempre ouvi dizer que não devemos comer coisas que contenham açúcar porque aumenta a nossa glicose. (P2)

É uma doença traiçoeira. Tem a ver com a glicose. Eu não posso comer doce nenhum. (P3)

Só ouvi dizer... Porque explicar ninguém explicou... Não sei se é hereditário. (P8)

Ouvi falar que tem que se cuidar na alimentação, que não pode comer doce. A glicose que sobe muito. (P10)

É relevante salientar que o participante P3 sabe-se doente há mais de 30 anos e desde então faz acompanhamento médico. É o único dos entrevistados que possui nível superior completo. Percebe-se que mesmo detendo bom nível de escolaridade e, teoricamente, podendo acessar informações adequadas, quando se refere a sua própria doença não demonstra um conhecimento esperado.

As entrevistas também permitiram identificar dois pacientes que não souberam responder sobre como entendiam o DM. Demonstraram dúvidas ao falar, como se percebe nas manifestações:

Eu não sei para falar à verdade o que é diabetes. Não sei se é exagero de açúcar. (P4)

Doença perigosa, que com uma gripe, ou uma complicação a pessoa já fica mal. (P7)

Ambos são pacientes que estudaram até o ensino fundamental e demonstraram dificuldades a cerca do entendimento da sua doença.

Percebe-se nas falas que embora algumas se aproximem da formulação de um conceito sobre DM, todos os entrevistados não mencionaram qual o tipo de Diabetes que estavam tratando, ou seja, se do tipo 1 ou do tipo 2. Esse dado revela uma importante lacuna no conhecimento sobre informação básica a respeito da doença.

Na manifestação que o Diabetes Mellitus é uma doença hereditária, percebe-se a noção de que a doença está enraizada na família, na sua linhagem. Referir-se que o DM é hereditário quando relacionado aos familiares com a doença é frequente nos estudos que abordaram a causalidade das doenças conforme se encontra em Helman (2009).

Dizer que o DM é uma doença que está no corpo [...] é o *cupim do corpo*, é uma maneira comum e concreta de compreender a origem da doença e como ela age sobre o funcionamento do organismo. Percebe-se que o participante P1, utilizou-se de um elemento concreto para demonstrar como entende a abstração do conceito de Diabetes Mellitus.

A relação da doença com o funcionamento do organismo, quando sua origem é referida: *Vem do pâncreas que não funciona*, (P6), ou associá-la ao excesso de alimentos como o açúcar, elemento presente nas falas de P5, P2 e P4, pode estar vinculada a algumas teorias, como identificou Helman (2009). Para o autor há teorias que relacionam o funcionamento do corpo com o equilíbrio entre os elementos. Tal equilíbrio depende de forças externas, como a alimentação, e de forças internas como deficiências (HELMAN, 2009).

Oliveira e Zanetti (2011) em seu estudo com 79 adultos e idosos portadores de DM tipo 2, usuários da Rede Básica de Saúde, destacaram que 64,6% apresentaram um índice insatisfatório de conhecimento em relação a doença e seu autocuidado. As autoras apontaram para a implementação do Programa de Educação em Diabetes proposto no Protocolo de Atendimento em Diabetes e Hipertensão do Ministério da Saúde, com o objetivo de minimizar as dificuldades encontradas pelos pacientes em relação ao conhecimento da doença.

Quanto ao domínio de conhecimento dos pacientes diabéticos acerca da doença o estudo de Grilo et al (2008) mostrou que as informações mais frequentemente mencionadas foram relacionadas à atividade física, duração e controle da doença e também foi evidenciado mais desconhecimento em relação a identidade e causa da doença.

Quando questionados sobre as complicações do DM, observou-se nas seguintes manifestações que quatro pacientes conseguiram expressar claramente algumas complicações, inclusive utilizando-se de termos técnicos:

Pelo o que eu já tenho...uma neuropatia da perna e amputei três dedos.(P6)

Problema nas pernas, pés, perde as pernas, rins, problemas cardíacos. (P9)

Cegueira, Avc [Acidente vascular cerebral] problema no rim. (P2)

Principalmente olhos, infarto e derrame. (P3)

A paciente P2 é uma senhora que está em tratamento do DM há 30 anos, cursou o ensino fundamental completo e demonstra domínio de conhecimento sobre as complicações da doença, provavelmente pelo fato ter acompanhado a história de todas as complicações do esposo portador de DM e etilista.

Também é possível analisar pelas entrevistas que mesmo os pacientes que não demonstraram um claro entendimento sobre o DM mencionaram possíveis complicações relacionadas com a doença caso não aderissem ao tratamento. Assim observa-se nas falas algum tipo de preocupação com complicações:

Se eu não me cuidar vai me deixar cega ou vai me deixar em uma cama sem poder mais andar.(P10)

A pessoa não pode andar direito. Vai para a cabeça quando a gente não se cuida. (P4)

Afeta muitos órgãos... Acho que o fígado...Sei lá. (P8)

Ah... Eu não sei muita coisa. Afeta os rins. O sal é muito perigoso. (P7)

O que se pode interpretar com essas falas é que os pacientes sabem que o DM provoca complicações, entretanto eles não conseguem determinar quais são elas, ou seja, qual o tipo, qual a repercussão que poderá trazer para as suas vidas.

Salienta-se que quando questionados se no momento apresentavam ou já tiveram alguma complicações decorrente do DM, somente um participante respondeu afirmativamente. Trata-se de um jovem com 36 anos e portador da doença há 22 anos, que sofreu amputação de parte do pé direito quando fez cirurgia há seis meses.

São muitas as complicações, neuropatia da perna esquerda... Amputei três dedos do pé direito. Tive osteomielite em 2007 e quase precisei amputar o pé esquerdo. (P6)

As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando custos para o sistema de saúde. Os principais fatores de risco cardiovasculares são: sobrepeso, sedentarismo, antecedentes familiares e infarto agudo do miocárdio (BRASIL, 2013).

A neuropatia diabética citada pelo participante P6 é uma das principais complicações que aparecem com o tempo de evolução crônica do diabetes. É caracterizada pela degeneração dos axônios das fibras nervosas e afeta os pacientes com pior controle glicêmico de maneira mais agressiva (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2005).

A principal maneira de impedir a progressão da neuropatia diabética é o controle glicêmico e o uso de insulino terapia, o que não foi realizado de forma adequada pelo participante P6 como se pode analisar a seguir:

Aos 14 anos começou a fase da rebeldia. Eu dizia para a minha mãe que havia me aplicado [insulina], mas não me aplicava. E eu mesmo fui me prejudicando aos poucos. (P6)

Já o osteomielite é uma infecção que envolve o osso e uma das possíveis complicações do DM. Surgiu na literatura francesa no início do século XIX e se aplica ao envolvimento do trabéculo e da medula óssea. É uma infecção que envolve aproximadamente de 5 a 50% dos pacientes com DM descompensado (CONTRIM NETO, 2009).

Os mecanismos do aparecimento dessas complicações ainda não estão completamente esclarecidos, mas a duração da doença assim como o seu controle interagem com outros fatores de risco como a hipertensão arterial, fumo e dislipidemia (BRASIL, 2006).

O risco de portadores de Diabetes Mellitus para desenvolver complicações é muitas vezes superior ao de pessoas hígdas sendo 30 vezes para cegueira, 40 vezes para amputação dos membros inferiores, 2 a 5 vezes para infarto agudo do miocárdio e 2 a 3 vezes para acidente vascular encefálico (BRASIL, 2013).

O paciente P10 citou a cegueira como uma das complicações do DM. Conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) a retinopatia diabética acomete grande parte dos portadores de DM e é a principal causa de perda da visão de pessoas em idade produtiva e com mais de 20 anos de desenvolvimento da doença.

Já o paciente P7 referiu problemas nos rins como sendo uma complicação do DM. Sabe-se que a nefropatia é uma complicação do portador de DM causada pelos níveis de glicemia que se mantêm elevados por um período de tempo significativo. O mecanismo de filtração renal torna-se estressado, permitindo o extravasamento das proteínas sanguíneas na urina. Em consequência, a pressão nos vasos sanguíneos do rim aumenta e acredita-se que essa pressão é a causa para o desenvolvimento da nefropatia (SMELTZER et al, 2012).

É relevante salientar que todos os pacientes entrevistados têm acompanhamento nas consultas de enfermagem na Instituição campo de estudo e mesmo assim demonstram pouco entendimento em relação a sua doença.

A falta de orientação pode ser corrigida de maneira simples desde que o profissional, na consulta de enfermagem, forneça informações de forma clara sempre respeitando o nível sócio-cultural do paciente e certificando-se de que o portador de DM compreendeu as informações repassadas.

O objetivo da consulta de enfermagem é contribuir para a resolutividade das necessidades dos pacientes por proporcionar envolvimento com a situação de saúde e bem-estar tornando-se uma prática efetiva na prevenção de possíveis complicações (SCAIN et al, 2013). Porém, para que isso ocorra é necessário o envolvimento do profissional de saúde com o paciente.

Quanto à questão: Algum profissional de saúde explicou para o Sr(a) o que é diabetes? Verificou-se que de todos os pacientes do estudo apenas três referiram ter tido orientação de profissional de saúde quanto a sua doença.

Ele [médico] me explicou: Tenha cuidado que isso é uma doença silenciosa... Cupim do corpo humano. (P1)

Sim... Eu consultava aqui com uma enfermeira... E ela me falou o que era o DM, falava dos pés, fazia teste. (P5)

Sim... A professora [enfermeira]. Ela disse que é para eu me cuidar, fazer exercício. (P8)

O estudo possibilitou verificar aqueles que informaram não ter recebido orientação de profissional de saúde sobre o DM e aqueles que mesmo tendo tido algum tipo de orientação demonstraram que a orientação foi insuficiente, como por exemplo:

Eu nunca falei com nenhum profissional de saúde que me dissesse: Olha... Vai te trazer isso, vai te trazer aquilo. (P3)

Não! Eles não falaram nada, só disseram o que eu tinha que tomar [medicamentos]. (P4)

Não, não ouve aquela explicação toda. Eu fui aprender mesmo com o tempo. (P6)

Não, ela [a médica] falou que era uma doença perigosa e que eu tinha que me cuidar. (P7)

Não, só falou que era para me cuidar. (P10)

Dois pacientes do estudo refiram que a orientação é obtida pela televisão, ou por conta própria como podemos observar nas seguintes falas:

Eu sempre soube pela televisão e o médico fala sobre a gravidade da doença, que tem que se cuidar. (P9)

Eu procuro ler e procuro me informar. (P2)

A partir desses relatos podemos refletir sobre a importância de orientações para os pacientes diabéticos que provavelmente não estão sendo realizadas de forma adequada por profissionais de saúde como podemos perceber nas manifestações descritas. Salienta-se que para a educação do paciente diabético existem materiais do Ministério da Saúde disponíveis na Rede Básica de Saúde e também no Ambulatório do HCPA, onde as consultas são realizadas, estão disponíveis materiais educativos como manuais.

Um paciente que conheça a sua doença e esteja apto a lidar com os desafios que o seu autocuidado impõe, certamente observará a prevenção de complicações e também poderá ser um agente multiplicador do conhecimento para outros portadores de DM.

Nesse sentido, observa-se que ao final da entrevista com o participante P7, quando a pesquisadora comentou que poderia explicar sobre a doença, suas complicações e responder suas dúvidas, o mesmo manifestou o seguinte:

Eu gostaria sim, porque só assim eu fico mais bem informado e a pessoa bem informada pode se cuidar mais né? (P7)

Pode-se perceber dessa forma, que o paciente estabeleceu a ligação entre conhecimento e autocuidado.

A educação é um elemento crítico no cuidado de todos os pacientes portadores de diabetes sendo necessário para obter melhores resultados com o tratamento instituído (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

As informações fornecidas pelas estratégias de educação individual e em grupo poderão levar o paciente a beneficiar-se com uma mudança de comportamento e conscientizar-se de que suas ações fazem a diferença na melhora de sua saúde (PEREIRA et al, 2009).

Também, é importante salientar que os programas de educação devem ser apropriados para a idade e o nível cultural do paciente, com preferência para educação em grupo, pois conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) esse tipo de estratégia apresenta melhor relação custo-efetividade.

As orientações profissionais para as pessoas que convivem com o DM condicionam uma nova rotina de cuidados diários relacionados com a doença, como a prática da atividade física, o monitoramento dos níveis glicêmicos e o exame dos pés (OLIVEIRA et al, 2011).

Entretanto, para que isso seja válido é necessário que os profissionais de saúde se empenhem e que façam orientações adequadas a cada paciente, já que o enfermeiro é um profissional cujo diferencial está no cuidado e deve ter a sua atenção voltada para o paciente a fim de evitar possíveis complicações possibilitando uma melhor qualidade de vida ao portador de diabetes.

Nota-se a importância de trabalhar com a promoção e educação em saúde, pois tem como meta desenvolver as habilidades e fortalecer as atividades educativas para o autogerenciamento dos cuidados com o intuito de promover no indivíduo um estado saudável (PEREIRA et al, 2009).

6.2 CUIDANDO DA PRÓPRIA SAÚDE

“Cuidando da própria saúde” é uma categoria temática que se revelou a partir da análise de respostas, às questões que foram aglutinadas no sentido de possibilitar que o participante se manifestasse sobre a sua forma de cuidar-se.

Ao serem questionados sobre quais os sintomas de hipoglicemia três pacientes demonstraram conhecimento sobre o assunto por ter passado por esta situação em algum momento. Como exemplo, observa-se nas seguintes falas.

Sei sim... Passo mal. Agora faz tempo que não, mas na última vez foi durante a madrugada. Acordei às 4 da manhã suando e aí o meu estômago doía muito de fome e começou a me dar uma tremedeira sabe?! Fui até a cozinha, comi e fiquei um bom tempo sentada e depois deitei. Daí passou. (P9)

É aquela tremura que eu não estou conseguindo me controlar. Então a hipoglicemia é uma coisa muito grave. Até eu uso uma bala dentro da bolsa sempre. Qualquer coisa eu como uma bala. (P2)

É um tremor e uma tonteira. (P6)

Outros pacientes refiram não ter entendimento sobre hipoglicemia por não ter sentido nada anormal e por nenhum profissional ter comentado a respeito.

Não, não sinto nada. Nem baixa nem alta [glicose]. Não sei dos sintomas. (P8)

Não, porque não sinto nada e nunca senti. (P7)

Não, só quando eu vou ver. Eu nunca senti nada. (P10)

A hipoglicemia pode ser uma condição grave, pois acarreta prejuízo ao funcionamento de diversos órgãos particularmente o cérebro, o qual utiliza a glicose como principal fonte de energia. A queda da glicose abaixo de 60mg/dl desencadeia a liberação de adrenalina, de glucagone e ACTH (hormônio adrenocorticotrófico) que eleva o cortisol. Estes hormônios suprimem a produção de insulina pelo organismo a fim de elevar a glicemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2014).

Geralmente a queda da glicemia provoca sintomas neuroglicopênicos como: fome, tontura, fraqueza, dor de cabeça, confusão mental, coma e convulsão e a manifestação da liberação do sistema simpático por sudorese, taquicardia, apreensão, tremor (BRASIL, 2013).

A grande maioria das hipoglicemias é leve e facilmente tratável pelo paciente, porém pode ser grave quando a pessoa ignora ou não trata adequadamente suas manifestações, quando não reconhece ou não apresenta nenhum sintoma.

Também é importante que pacientes e familiares saibam reconhecer os sinais e sintomas de hipoglicemia e informar-se com o médico sobre a aplicação de Glucagon®, na dose de 1mg por via subcutânea ou intramuscular que pode reverter os sintomas de hipoglicemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2014).

Pela análise das entrevistas foi possível identificar que os pacientes têm consciência que o diabetes traz danos à saúde. Porém, eles iniciam o autocuidado somente quando aparece alguma complicação ou quando algum profissional de saúde reforça as orientações de possíveis problemas futuros.

Os pacientes começam a se cuidar impulsionados pelo medo de perderem a sua saúde e até mesmo ficarem mutilados. Dessa forma, o medo obriga o paciente ao autocuidado como se pode verificar nas seguintes falas:

No começo eu não me importava muito né? Aí teve uma época que eu pedi exame e eu já estava com complicação no fígado porque eu não me cuidava. Aí eu comecei a ter mais atenção. (P9)

Quando eu vou ao médico e ele me alerta, daí eu me cuido mais né?! É sempre assim... (P7)

Comecei a tomar os medicamentos nos horários certos depois que tive esse problema [neuropatia da perna]. (P6)

O medo ocorre pela falta de confiança de que o tratamento não represente melhora sobre a sua doença e é consequência do “sentir-se doente” e ter que conviver com uma doença crônica para o resto da vida. Por isso, faz-se necessário a intervenção do enfermeiro em auxiliar o paciente criando vínculos de amizade. É importante que o profissional de saúde possa ser percebido como um facilitador de conhecimento, para esclarecer dúvidas (CHAVES et al, 2013).

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde engajado na assistência ao diabético, deve programar novas práticas de cuidado capazes de promover a saúde dos diabéticos. Para tanto precisa considerá-lo como um ser humano com suas crenças e como essas podem influenciar no modo como se cuida com o diabetes (XAVIER, 2009).

A experiência de sentir medo também ocorreu com o participante P6 que começou a fazer uso das medicações de forma correta desde quando iniciou o problema da neuropatia na perna esquerda.

Os pacientes com DM têm consciência da importância de seguir o tratamento de forma adequada porque sabem das possíveis complicações da doença. Entretanto, não o fazem com medo de perder a “liberdade”, por medo de mudança no estilo de vida, pois não é fácil adotar hábitos de vida saudável, fazer exercícios físicos regularmente, controlar a glicemia e a alimentação. Por isso, eles adotam a ideia de procrastinar o tratamento até que o profissional de saúde o alerte sobre a condição de risco pela qual podem estar passando.

Dentre os pacientes entrevistados, sete deles mesmo tendo a informação que deveriam fazer um controle periódico da glicemia, por meio do teste conhecido como Hemoglicoteste (HGT) demonstraram dificuldades em seguir o tratamento como se observa nas falas:

Eu faço quando me sinto ruim... As fitas de controle de glicemia são muito caras e eu só uso quando sinto alguma deficiência. (P5)

Eu fazia. O problema é a fitinha que é muito cara também. Ai eu parei de fazer. É muito complicado fazer na Unidade Básica de Saúde porque eles não atendem direito. (P9)

Controlei uma vez que o médico me pediu... Agora eu comecei de novo porque a coisa apertou. (P2)

A doutora disse que eu fosse de 15 em 15 dias na Unidade Básica de Saúde, mas eu não fui porque estou sem tempo. (P7)

Faço o HGT em casa. Faço quando desconfio que está muito alta... Quando eu urino muito. (P1)

Faço o controle do HGT de mês em mês. (P4)

Eu até vou ao posto para verificar a glicemia, mas não tenho um controle rigoroso. (P6)

Apenas três pacientes informam ter um controle de glicemia capilar por meio do teste conhecido por Hemoglicoteste (HGT) a cada 10 ou 15 dias como se pode analisar com as seguintes falas:

Faço com frequência na farmácia de 10 em 10 dias mais ou menos eu faço. (P3)

Eu vou uma vez na semana ou de 15 em 15 dias. (P8)

Eu faço de 15 em 15 dias sempre em jejum. (P10)

Também podemos perceber pelas falas dos pacientes que não fazem o controle de sua glicemia capilar periodicamente, a negligência com a sua saúde, visto que é fundamental o controle de glicemia a fim de prevenir complicações da doença.

Os pacientes informaram que não fazem o controle da glicemia capilar por falta de tempo e porque as fitas reagentes do teste são caras. Isso indica que os portadores de DM não estão tendo responsabilidade com o controle de sua saúde já que os testes de glicemia capilar podem ser realizados na Rede Básica de Saúde gratuitamente.

O cuidado com a própria saúde é uma prática de atividades que as pessoas realizam em seu próprio benefício na manutenção da vida. Porém, isso não ocorre de maneira isolada, mas em conjunto com outros fatores tais como: ambientais, sociais, econômicos, hereditários e relacionados ao serviço de saúde (GOMIDES et al, 2013).

Em pacientes com DM tipo 2, a monitorização da glicemia deve se feita no mínimo duas vezes ao dia para pacientes que utilizam antidiabéticos orais ou uma dose de insulina e que estejam acima do seu alvo glicêmico e uma vez ao dia para pacientes dentro do seu alvo glicêmico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Além disso, os pacientes devem ter cuidado com a hiperglicemia que se desenvolve lentamente, permanecendo assintomática por vários anos podendo ocasionar complicações como a Cetoacidose Diabética que é mais comum em pacientes com DM tipo 1 e pode ser ocasionada pela omissão da dose de insulina, ou situações de estresse, traumas ou emergências cardiovasculares. A Cetoacidose Diabética é um quadro potencialmente grave que requer internação hospitalar. Por

isso, é importante que os pacientes saibam reconhecer os sintomas da hiperglicemia que incluem a perda de peso, poliúria, polidipsia e infecções (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Sabe-se que os todos os cuidados realizados pelos portadores de Diabetes Mellitus geram gastos para o seu autocuidado o que representa cerca de 70% do salário mínimo incluindo a compra de fitas reagentes para controle da glicemia capilar, de insulina, de seringas e de agulhas. É importante salientar que o paciente retira mensalmente uma parte do orçamento familiar para poder tratar a doença o que representa impacto no aspecto pessoal, social e financeiro (CASTRO; GROSSI, 2008).

O paciente portador de DM tem gastos porque o tratamento não envolve somente a insulino terapia e o uso de hipoglicemiante oral, mas sim um conjunto de medidas que inclui plano alimentar, exercício físico, educação em diabetes e controle do nível de glicemia.

A utilização de insulina proporciona redução significativa na incidência e na progressão das complicações microvasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009). Mesmo assim dois entrevistados mencionaram não utilizar essa medicação porque exige um controle rigoroso das doses e horários e porque eles têm receio de utilizar a agulha. Isso pode se perceber nas falas dos pacientes quando questionados sobre o uso e manejo da insulino terapia.

Ela disse que eu tinha que fazer insulina. Então eu disse: Ah... não! Então eu comecei a tomar [medicamento]... (P7)

Daí os médicos ficam brigando: “Que a senhora tem que tomar insulina” Não!! Insulina definitivamente eu não faço. Faz anos que eu estou nessa briga que eu não quero tomar insulina. Tem que ter muito controle. Eu não enxergo bem, eu vou depender de outra pessoa? Não! Não quero depender de ninguém.(P3)

Como podemos observar P3 responde que não faz uso de insulina porque não quer depender de alguém já que para fazer uso desse medicamento é necessário controle. Também existem outros motivos que fazem os portadores do Diabetes Mellitus não aderirem a esse tratamento como: a dificuldade na autoaplicação, como no caso da paciente P3, por ter déficit visual, tremor, falta de

conhecimento em relação ao uso de insulina e até mesmo por medo de sentir dor na aplicação.

O uso da insulina no tratamento básico no DM tipo1 está cada vez mais sendo indicado para as pessoas com DM tipo2. Após seis anos de tratamento com as sulfoniluréias, 53% das pessoas necessitam do uso da insulina para obter um bom controle glicêmico (BATISTA et al, 2013).

Em relação ao grau de dependência, estudos mostram que 90% dos usuários de insulina relatam que são dependentes em todo o processo de administração desse medicamento e não somente na aplicação. Além disso, o termo dependência liga-se a um conceito fundamental na prática geriátrica: a fragilidade de pessoas que apresentam a doença e limitações funcionais como é o caso do participante P3 que tem déficit de visão (STACCIARINI et al, 2008).

Conforme Stacciarini et al (2008), os fatores psicossociais e comportamentais interferem na mudança de comportamento para o autocuidado, sendo que a falta de conhecimento, a desmotivação e o medo da falha pessoal e da dor da aplicação da insulina são considerados barreiras para o paciente diabético.

Pacientes com Diabetes Mellitus dificilmente seguem o tratamento proposto pelos profissionais de saúde, sendo que a taxa de não adesão costuma variar de 40 a 90%. A questão da não adesão ao tratamento tem tomado importância nas últimas décadas e está sendo incluída na lista de preocupações dos profissionais de saúde (GROFF et al, 2011).

Pode-se inferir que existem dificuldades de adesão ao tratamento junto aos pacientes dessa pesquisa, embora não tenham sido citadas, já que pelos pacientes deste estudo, somente a paciente P4 referiu participar de um grupo de diabéticos na Unidade Básica de Saúde como se observa a seguir:

Participo no posto e é tão gostoso é lá perto de casa no Centro de Saúde Panorama,vou uma vez ao mês. Tem uma turma muito legal, tirei até fotografia junto com as enfermeiras...Gosto muito de conversar.(P4)

Observa-se que a paciente P4 participa de um grupo de diabetes na Unidade Básica de Saúde não apenas para continuidade do tratamento, mas também para entretenimento.

Somente dois pacientes informaram o motivo pelo qual não freqüentam grupos de diabéticos

Nem quero frequentar o posto porque eu já não dou conta...Agora eu bordo mais do que pinto. Então para eu sair... É muita coisa para a minha idade. (P3)

Não frequento porque eu não tenho tempo. Eu faço movimento perfeito lá na Associação, me trato espiritualmente em uma casa... (P2)

Nota-se que as participantes P3 e P2 não demonstram a necessidade de frequentar grupos de diabéticos já que fazem diversas outras atividades que melhoram o seu estado emocional. As atividades realizadas são uma forma de conseguir enfrentar as dificuldades exigidas para adequação ao tratamento.

Ter conhecimento das próprias necessidades, ou seja, ocupar o tempo realizando algo produtivo ou até mesmo buscando ajuda espiritual como fez a paciente P3 é a uma estratégia para melhorar a qualidade de vida e viver bem com o Diabetes Mellitus.

Em relação aos medicamentos utilizados, dois pacientes não souberam informar o nome dos medicamentos hipoglicemiantes em uso e outros dois informaram que algumas vezes se esqueceram de fazer uso dos medicamentos no horário correto, como se observa nas seguintes falas:

Eu trouxe aqui [medicamentos] para a senhora ver. A minha cabeça é muito fraca. (P4)

Está aqui na relação [medicamentos]. De cabeça eu não sei.(P5)

Às vezes eu me esqueço de tomar ao meio dia, daí eu não tomo a noite. (P7)

Às vezes quando eu estou na rua eu nem trago [medicamento], daí eu tomo quando eu chego a casa. O horário é meio baleado. (P8)

Pode-se perceber a dificuldade dos pacientes de aderirem ao tratamento medicamentoso provavelmente pelo déficit de memória e atenção, considerando-se que os participantes P4 e P5 têm idades acima de 70 anos enquanto P7 e P8 têm idades acima de 55 anos.

O estudo de Cintra et al (2010) revelou que idosos podem apresentar dificuldades no manejo do tratamento medicamentoso pelo déficit de memória e cognição, além do fato de que a maioria vive sozinho.

A literatura tem evidenciado correlações negativas entre regime medicamentoso e adesão ao tratamento. À medida que o número de medicamentos ou de doses aumenta, a adesão diminui (BOAS et al, 2014).

Sabe-se que a adesão ao tratamento medicamentoso é complexa e influenciada por diversos fatores, como por exemplo, crenças e o modo como os pacientes percebem o benefício do medicamento. Isso pode ser constatado na resposta do participante P7 quando questionado sobre os medicamentos que utilizava:

Meformina 850 mg...Eu tomava meio comprimido porque eu achava que era muitas miligramas...Achei que fosse adiantar e eu levei um xingão da doutora. Risos. (P7)

Portadores de DM têm dificuldades de adesão ao tratamento porque não é apenas medicamentoso, mas também exige mudança no estilo de vida. Existe a necessidade de manter hábitos saudáveis incluindo alimentação, atividade física, controle rigoroso dos medicamentos e não ingestão de bebidas alcoólicas.

Durante a entrevista notou-se a preocupação do participante P5 ao falar espontaneamente que consumia bebida alcoólica no final de semana:

Eu não vou mentir para a senhora... No final de semana eu gosto muito de tomar um copinho de vinho, vinho seco né?! Mas não é um exagero. (P5)

Nota-se a dificuldade de P5 por não conseguir controlar o desejo de ingerir bebida alcoólica no final semana. A restrição do consumo de bebida com teor alcoólico é um dos maiores desafios no tratamento de pacientes com DM.

O consumo de bebida alcoólica por diabéticos deve ser evitado, visto a importância do controle metabólico e a possibilidade de surgimento de futuras complicações as quais poderão ser relacionadas ao alcoolismo, uma vez que ocasiona liberação de glicose pelo fígado podendo ocorrer, no estado de jejum, uma severa hipoglicemia (BRASIL, 2000).

No que diz respeito aos hábitos alimentares dos pacientes em estudo observou-se que somente três pacientes referiram ter um maior cuidado com a alimentação:

Eu adoro fritura, mas não faço. Doce nada, só diet. (P3)

Eu mesma estou fazendo o pão preto... Parei com a carne vermelha e me cuido a mesma coisa final de semana...(P4)

Nada de fritura, acabou tudo!... Muito difícil comer carne vermelha.(P10)

O controle da alimentação também é uma das formas para manter o controle do nível glicêmico adequado a fim de melhorar a qualidade de vida e prevenir complicações. Entretanto, todas as restrições alimentares provocam uma vida de privações para o diabético que podem causar tristeza ou até mesmo raiva por sentir-se receoso de participar de algum evento social ou por não conseguir resistir à oferta de alimentos não saudáveis.

Conforme estudo de Péres et al (2007) realizado com 24 diabéticos mostrou que as dificuldades relacionadas ao seguimento do tratamento incluem rejeição da doença, sofrimento, revolta devido as restrições impostas pela alimentação, atividade física e medicamento. Foi possível inferir que o enfoque na abordagem qualitativa não deve se restringir apenas à transmissão de conhecimentos, mas sim englobar os aspectos emocionais, sociais e culturais que influenciam no seguimento do tratamento.

As restrições alimentares auxiliam contra possíveis danos no futuro, mas ao mesmo tempo provocam uma vida de privações e de possíveis julgamentos negativos. Desse modo as proibições alimentares valorizados podem ser compreendidas como perdas sociais e ocasionar traços depreciativos (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010).

A falta de controle dos participantes sobre a sua vontade aliada às falhas no dever de cuidar da própria saúde pode provocar autopunição, podendo causar desconfortos(BARSAGLINI; CANESQUI, 2010).

A questão das restrições e da disciplina necessárias para o tratamento do DM é identificada como dificuldades para o autocuidado, conforme se interpreta nas seguintes manifestações.

Agora se eu vou a um lugar e as pessoas começam a insistir eu como, mas não me sinto bem... Tenho dor de cabeça... Meu estômago fica... (P4)

Eu até gosto de doce, mas me policio muito. Uma vez lá que outra em um aniversário me serve um bolinho eu como. (P1)

Fui a um aniversário e fui comer bolo, comi salgadinho... Aí fui verificar a glicose e estava em 182mg/dl. Daí pensei... Maldito do bolo. (P2)

Nota-se que a paciente P4 mostra-se incomodado quando vai a algum evento social e as pessoas insistem para ela abolir a dieta prescrita no seu tratamento. Porém acaba aceitando o que lhe é oferecido para não provocar desconforto entre os amigos. Esse comportamento demonstra que ela procura formas de situar-se bem dentro do grupo e de não se sentir discriminada.

Já os pacientes P1 e P2 permitiram-se cometer transgressões alimentares. Essa atitude é uma forma de esquecerem por um momento de que são portadores de Diabetes Mellitus e desfrutarem de alguns instantes de prazer pelo paladar.

A incapacidade para desenvolver o autocuidado pode advir de fatores extrínsecos ou intrínsecos. Entre os primeiros, incluem-se a doença. Já fatores intrínsecos, como a idade, por exemplo, afetam tanto a habilidade de se engajar no autocuidado, como o tipo e a quantidade de autocuidado requerido (VITOR et al, 2009).

A prática de cuidar de si é considerada como uma parte do estilo de vida, o qual é compreendido como padrões de conduta de aprendizagem, no amadurecimento da curiosidade intelectual. Tem como fundamento a crença de que a pessoa é capaz de cuidar da sua saúde e compreende uma série de ações para prevenir doenças, satisfazer as necessidades físicas e psicológicas, assim como recorrer aos profissionais de saúde e medicar-se (BAQUEDANO et al, 2010).

A adesão ao tratamento coincide com a orientação profissional no que se refere ao uso de medicação, ao seguimento de dietas e a mudança no estilo de vida (BOAS et al, 2014).

Quando questionados se faziam atividade física quatro pacientes referiram não realizarem e apenas uma paciente relacionou atividade física com afazeres domésticos como podemos analisar.

Não faço. A minha mulher caminha lá no condomínio, mas eu não tenho esse hábito. (P5)

No momento não porque eu não posso. Meu pé ainda não fechou a ferida.(P6)

Por enquanto não estou fazendo. (P8)

Não, no momento não estou fazendo. A minha esteira estragou. (P9)

Eu cozinho, limpo a casa, coloco roupa na máquina, passo essas coisas assim...(P1)

A prática de exercícios físicos é um método eficaz para redução dos riscos de doenças futuras, uma vez que promove melhoria nos índices glicêmicos, bem-estar, saúde mental, controle do nível de ansiedade, estresse melhorando a qualidade de vida.

Para o paciente obter um bom estado de saúde é necessário a mudança no estilo de vida, sendo a prática do exercício físico uma alternativa importante para melhorar a saúde dos portadores de diabetes (NETA et al, 2013).

Quando questionados sobre dificuldade no tratamento, todos os pacientes entenderam como sendo tratamento exclusivamente medicamentoso e afirmaram não terem dificuldades, embora quatro deles não tenham a prática de exercitar-se como podemos analisar nas falas acima.

Apenas um paciente referiu ter dificuldades no passado, pois não fazia uso da insulina de forma correta.

Agora não! Mas antes eu tinha muita dificuldade... (P6)

Além disso, somente uma pessoa referiu depender de alguém para a continuidade do tratamento como podemos observar na fala a seguir:

Dependo da minha nora e do meu filho. Eles estão sempre me ajudando e me apoiando. (P10)

Nessa fala percebe-se a importância da ajuda familiar, visto que a família é a maior incentivadora para a paciente continuar o tratamento.

A família pode ser considerada um contexto social nuclear no qual influencia o estado de saúde do paciente, pois representa uma unidade de cuidado. A família que apóia os seus membros em situação de doença torna-se permeável aos ajustamentos necessários no controle da saúde (ZANETTI et al, 2008).

Muitas vezes o portador do DM procura buscar cuidados para a sua doença, pois pode não ter condições suficientes para enfrentar sozinho o tratamento. Diante disso, a família deve estimular a autoestima, influenciar no autocuidado e na mudança de estilo de vida.

Percebe-se a importância do profissional de saúde em organizar a inclusão de familiares de pacientes com Diabetes Mellitus em atividades educativas que abordem a influência do familiar e seu comportamento para o melhorar as habilidades do paciente quanto ao autocuidado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, a partir das respostas às questões formuladas os núcleos de sentido que emergiram nas manifestações foram organizados em duas categorias temáticas, sendo elas: “Entendendo o Diabetes Mellitus” e “Cuidando da própria saúde”.

Na categoria “Entendendo o Diabetes Mellitus” os conteúdos expressos evidenciaram que, independente do nível de escolaridade, os pacientes demonstraram deficiência no que diz respeito ao conhecimento do DM, enquanto definição e fatores predisponentes.

O nível maior de escolaridade de alguns participantes contribuiu para a clareza das informações relacionadas às complicações da doença, uma vez que foram citados problemas de visão, ocorrência de infarto do miocárdio e de acidente vascular cerebral.

Entretanto, mesmo aqueles que não demonstraram muita clareza quanto à origem da doença apresentaram alguma facilidade em relacionar a presença de complicações com o fato de não aderirem ao tratamento.

O estudo constatou que os pacientes recebem algum tipo de orientação de parte dos profissionais de saúde acerca da doença, entretanto as falas mostraram que as orientações são fragmentadas e insuficientes, já que relatam que foram informados que o DM é uma “doença perigosa” e “traíçoeira”, e, que não houve uma explicação mais completa sobre o dano. Inclusive, alguns pacientes informaram que adquiriram conhecimentos sobre a doença com ao longo do tempo e por meio de informações vinculadas à mídia.

Quanto à categoria temática: “Cuidando da própria saúde” percebeu-se que os participantes têm dificuldades nas práticas do autocuidado por não conseguirem realizar atividade física de forma regular, por se esquecerem de utilizar os medicamentos no horário correto, por não terem um controle rigoroso da glicemia capilar e por apresentarem dificuldades para introduzir ao seu cotidiano uma alimentação saudável.

Os pacientes iniciam o seu autocuidado quando os profissionais de saúde os alertam sobre as possíveis complicações que podem desenvolver se não aderirem ao tratamento. Dessa forma, os pacientes são impulsionados a cuidar de si por medo de ter a sua situação crônica agravada.

A interpretação das narrativas permitiu que se constatassem demonstrações de negligência e falta de interesse na busca de informações sobre autocuidado, entre os participantes do estudo.

É importante que os profissionais de saúde identifiquem lacunas quanto às habilidades do paciente para o autocuidado e estabeleça estratégias para que o mesmo adquira conhecimento que poderá auxiliá-lo em seu cuidado diário. Isso implica rever abordagem de orientação sobre a necessidade de alterações no estilo de vida dos pacientes.

Nesse sentido, é importante salientar que a abordagem multiprofissional deve se pautar numa visão holística e num diálogo que favorecerão ao paciente a compreensão sobre o DM, seu tratamento e principalmente, sobre a sua inserção e comprometimento com o próprio cuidado.

Há necessidade de os profissionais de saúde saberem mais sobre a experiência individual do diabético, o ambiente em que vive a influência da cultura, fatores sociais, a percepção que cada pessoa tem em relação ao seu autocuidado, visto que o entendimento de cada pessoa tem a respeito da sua doença é diversificado.

Considera-se que o estudo mostrou a necessidade de rever estratégias para fornecer orientações a pacientes com Diabetes Mellitus. No contexto da consulta de enfermagem será necessário rever as habilidades do profissional para conduzir o processo de comunicação terapêutica ao utilizar-se de recursos educativos como: manuais, fotos, figuras e desenhos para implementar as orientações.

Além da consulta de enfermagem, considera-se necessário observar as recomendações do Ministério da Saúde, no que diz respeito à educação em diabetes, incentivando a participação do paciente em atividades grupais.

O estudo também aponta para a necessidade de pesquisas de campo no sentido de verificar o que realmente o portador de Diabetes Mellitus entende sobre a doença

REFERÊNCIAS

- BAQUEDANO, I.R., et al. Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em Serviço de Urgência no México. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44, n.4, p. 1017-1023, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/23.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2014.
- BARDIM, L. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BARSAGLINI, R.A.;CANESQUI, A. M. A alimentação e a Dieta Alimentar no Gerenciamento da Condição Crônica do Diabetes. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n.4, p. 919-932, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-12902010000400018&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 de nov.2014.
- BATISTA, J. M. F.; et al. O ensino em grupo do processo de aplicação de insulina. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.15, n.1, p.71-79, 2013. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n1/pdf/v15n1a08.pdf>>. Acesso em: 7 nov.2014.
- BOAS, L. C. G. V.; FREITAS, M. C. F. F.; PACE, A. E. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.67, n.2, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200268&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov.2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagem Nutricional em Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abordagem_nutricional_diabetes_mellituss.pdf>. Acesso em: 25 nov.2014.
- _____. **Manual de Nutrição profissional**. Plano Alimentar e Diabetes tipo 2, 2007b. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/ManualdeNutricao_CAPITULO_5.pdf>. Acesso em: 15 mai.2014.
- _____. **Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus, 2009**. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/13403686111118_1324_manual_enfermagem.pdf>. Acesso em: 18 nov.2014.
- _____. **Diabetes Mellitus: Neuropatia**. 2005. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/09-Diabetesm.pdf>. Acesso em: 14 nov.2014.
- _____. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009**. Disponível em: <http://www.proac.uff.br/farmacoclinica/sites/default/files/diretrizes09_final_0.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2014
- _____. **Hipoglicemia**. 2014. Disponível em: <<http://www.sbemrj.org.br/hipoglicemia.html>>. Acesso em: 7 nov.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

BUB, M. B. C.; et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, p.152-157, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2014.

CASTRO, A. R. V.; GROSSI, S. A. A. Custo do tratamento do diabetes mellitus tipo: dificuldade das famílias. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000400014&script=sci_arttext>. Acesso em: 8 nov. 2014.

CEOLIN, J.; BIASI, L. S. de. Conhecimento do Diabético a Respeito da Doença e da Realização do Autocuidado. **Revista Perspectiva**, Erechim, v.35, n.129, p.143-156, mar. 2011. Disponível em: http://uricer.edu.br/new/site/pdfs/perspectiva/129_162.pdf. Acesso em: 10 abr. 2014.

CHAVES, M. de. O.; TEIXEIRA, M. R. F.; SILVA, E.D.da. Percepção de portadores de diabetes sobre a doença: Contribuição da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n.2, p.215-221, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/10.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2014.

CINTRA, F. A. et al. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p.3507-3515, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900025>. Acesso em: 27 nov. 2014.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. **O inquérito**. Teoria e Prática.3. ed. Oeiras: Celta, 1997.

GOLDIM, J. R. **Ética aplicada à Pesquisa em saúde**. Incluído em 1997 e atualizado em 2005. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/biopesrt.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2014

GOMIDES, D. S. dos; et al. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. **Acta Paulista de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, n.3, p. 289-293, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/14.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2014.

GRILO, M. R. M, et al. Conhecimento do Diabético sobre a Doença e a Repercussão no Tratamento. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Portugal, v.21, n.4, p.281-289,2008. Disponível em:

<<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/574/2238>>. Acesso em: 9 abr. 2014.

GROFF, D. de. P.; SIMÕES, P. W. T. de. A; FAGUNDES, A. L. S. C. Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia saúde da família situada no bairro Metrópol de Criciúma, SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.40, n.3, 2011. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/878pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2014.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5.ed. Porto Alegre. Artmed, 2009.

LÜDKE, M. A.; MARLI, E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MARQUES, M. B.; et al. Avaliação da Competência de Idosos Diabéticos para o Autocuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v.47, n.2, p.409-414, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200020&script=sci_arttext>. Acesso em: 5 abr. 2014.

MARTIN, V. T.; RODRIGUES, C. D. S.; CESARINO, C. B. O. Conhecimento do paciente diabético com Diabetes Mellitus sobre o cuidado com os pés. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.621-625, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a20.pdf>>. Acesso em: 6 abr. 2014.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Ed. São Paulo:Hucitec-Abrasco, 2008.

NETA, J. S. M. F.; et al. Impacto da prática regular de exercício físico na qualidade de vida de diabetes tipo 2. **Conscientiae Saúde**, v.12, n.4, p.631-637, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/929/92929899018.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2014.

OLIVEIRA, F. C ; CAMPOS, A. do. C. S. C.; ALVES, M. D. S. Autocuidado do nefropata diabético. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.6, p. 946-949, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600012>. Acesso em: 10 abr. 2014.

OLIVEIRA, K. C. S. de.; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.4, p. 862-868, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000400010&script=sci_arttext>. Acesso em 13 nov. 2014.

OLIVEIRA, N. F.de. et al. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.2, p. 301-307, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a13v64n2.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2014.

PEREIRA, F.R. L.; et al. Promovendo o autocuidado em Diabetes na Educação Individual e em Grupo. **Ciencias Cuidado Saúde**, Minas Gerais, v.8, n.4, p.594-599, Out/Dez. 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9686/5391>>. Acesso em: 7 nov. 2014.

PERES, D. S. et al. Dificuldades dos Pacientes Diabéticos para o Controle da Doença: Sentimentos e Comportamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.6, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_07.pdf>. Acesso em: 24 de Nov. 2014.

POLIT, D. F. et al. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

COTRIM NETO, C.C. **Protocolo de Osteomielite**. Maceió:Unimed, 2009. Disponível em: <http://www.hospitalunimed-maceio.com.br/wp-content/uploads/2012/09/Protocolo_O.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2014.

RODRIGUES, F.F. L.; et al. Conhecimentos e Atitudes: Componentes para a Educação em Diabetes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_06.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2014.

SCAIN, S. F.; et al. Acurácia das Intervenções de Enfermagem para Pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 em Consulta Ambulatorial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n.2, p.14-20, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v34n2/v34n2a02.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Manual de Orientação Clínica: Diabetes Mellitus**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2011. 46p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/linhas-de-cuidado-sessp/diabetes-melitus/manual-de-orientacao-clinica-do-diabetes-mellitus/lc_diabetes_manual_atualizado_2011.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2014.

SMELTZER, S.C.; et.al. **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus**. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2007a. Disponível em: <http://www.anad.org.br/profissionais/images/diretrizes_SBD_2007.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **O que é Diabetes?** 2014. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes>>. Acesso em: 1 jul.2014.

_____. **SOS Rio: Transporte de insulina.** 2014. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/sos-rio/>>. Acesso em: 14 de dez.1014.

STACCIARINI, T. S. G; HAAS, V. J.; PACE, A. E. Fatores associados à auto aplicação da insulina nos usuários com diabetes mellitus acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.6, p.1314-1322, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/12.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2014.

TORRES, H. C; PACE, A. E; STRADIOTO, M. A. Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. **Cogitare Enfermagem**, v.15, n.1, 2010.

VITOR, A. F.; et al. Teoria do Déficit de Autocuidado: Análise da sua Importância e Aplicabilidade na prática de Enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.3, n.14, p.611-616, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000300025&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 de nov.2014.

XAVIER, A. T. da. F.; BITTAR, D. B.; ATAÍDE, M. B. C. de. Crenças no Autocuidado em Diabetes- Implicações para a Prática. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.18, n.1, p.124-130, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100015>. Acesso em: 7 nov. 2014.

ZANETTI, M. L.; BIAGG, M. V. et al. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.2, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2014.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Fale-me o que o Sr(a) entende por diabetes mellitus.

Quando o Sr(a) ficou sabendo que tem diabetes?

O que sabe sobre as complicações do DM?

O Sr(a) já teve ou tem alguma complicação do DM? Qual?

O Sr(a) faz atividade física? Quais?

Participa de algum grupo de diabetes na comunidade? Onde e qual?

Quais os medicamentos que o Sr(a) utiliza para diabetes?

Depende de algum familiar para a continuidade do seu tratamento?

Como o Sr(a) usa a insulina. Poderia demonstrar?

O Sr (a) faz controle de HGT? Com qual a frequência?

Algum profissional de saúde explicou para o Sr(a) o que é diabetes, suas causas e complicações?

O Sr(a) tem dificuldades para fazer o tratamento? Quais?

Fale-me sobre os seus hábitos alimentares.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada: “**Conhecimento do paciente diabético acerca de seu autocuidado**” cuja origem é a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A pesquisa será realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre com pacientes adultos em tratamento do Diabetes Mellitus que fazem consulta de enfermagem no Programa de Saúde do Adulto e Idoso.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer o que pacientes portadores de diabetes sabem sobre o autocuidado. Sua participação nessa pesquisa consistirá em responder verbalmente algumas perguntas sobre sua situação de portador de diabetes durante a realização de uma entrevista individual com duração aproximada de 30 minutos. Com a sua permissão, a entrevista será gravada em áudio.

Por se tratar de uma entrevista com perguntas e respostas não se prevê nenhum tipo de risco para o Sr(a). Provavelmente, sua participação no estudo poderá causar-lhe algum desconforto ao se deslocar até Centro de Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, HCPA, no dia de sua entrevista, ou desconforto em relação a alguma das questões da entrevista. A pesquisadora estará atenta a sua necessidade de interromper a entrevista, se, por exemplo, o Sr(a) manifestar cansaço, ou por qualquer outro motivo, a vontade de interromper a atividade.

Sua participação no estudo contribuirá para uma melhor compreensão dos profissionais de saúde sobre qual é o entendimento que o paciente com diabetes tem acerca da doença e como desenvolve seu próprio cuidado de saúde. Os resultados poderão auxiliar a realização de estudos futuros sobre o tratamento do diabetes.

Se o Sr(a) estiver com um acompanhante no dia da entrevista, este poderá estar presente durante a entrevista, com a sua permissão.

Informamos que os resultados deste estudo serão utilizados com finalidade científica. Seus dados de identificação como nome e endereço não serão mencionados em todo material utilizado no desenvolvimento da pesquisa, nem na divulgação dos resultados.

Após ser esclarecido (a) sobre o estudo, no caso de aceitar fazer parte do mesmo, solicitamos que assine este documento, que está sendo apresentado em

duas vias. O Sr(a) ficará com uma via do documento e a outra ficará com o pesquisador que realizará a entrevista.

Informamos que o senhor (a) terá garantido total acesso às informações obtidas em todas as fases da investigação. Ressaltamos que a qualquer momento o Sr(a) poderá esclarecer dúvidas ou pedir mais informações junto a pesquisadora responsável Prof.^a Dr.^a Beatriz Ferreira Waldman, Contato: Escola de Enfermagem da UFRGS, Porto Alegre, fone: 3308-5256. Informamos também que o senhor (a) poderá esclarecer dúvidas sobre seus direitos como participante do estudo, junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no 2º andar do hospital, sala 2227, ou por meio do telefone (51) 3359-8304, das 8h às 17h, de segunda à sexta-feira.

Ressaltamos que sua participação no estudo é totalmente voluntária. O senhor (a) poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento, por qualquer motivo. No caso de possível desistência salientamos que não haverá prejuízo em sua assistência no Hospital de Clínicas de Porto Alegre-HCPA, como em nenhuma outra instituição. Também informamos que o senhor (a) será ressarcido de despesas de transporte no dia da entrevista.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

ANEXO A- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 140486

Data da Versão do Projeto: 26/08/2014

Pesquisadores:

BEATRIZ FERREIRA WALDMAN

ANDREIA YOUSSEF DOS SANTOS

Título: CONHECIMENTO DO PACIENTE DIABÉTICO ACERCA DE SEU AUTOCUIDADO

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 25 de setembro de 2014.