

**DIABETES MELLITUS: PROMOÇÃO DA SAÚDE COM ENFOQUE NO ADEQUADO  
 AUTOCUIDADO DOS USUÁRIOS DO SUS**

Francisco das Chagas Araujo Sousa<sup>1</sup>, Kaiza Vilarinho da Luz<sup>2</sup>, Eliana Campelo Lago<sup>2</sup>  
 Wenderson Costa da Silva<sup>3</sup>, Francisco Laurindo da Silva<sup>2</sup>, Amanda Laurindo Monteiro<sup>4</sup>  
 Hanna Laila da Silveira Santos<sup>4</sup>, João Pedro Pio Rodrigues<sup>5</sup>, Andre Ricardo Ferreira da Silva Rocha<sup>6</sup>  
 Vitor Emanuel Sousa da Silva<sup>2</sup>, Victor Mateus Pinheiro Fernandes<sup>2</sup>

**RESUMO**

O diabetes 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. O objetivo desse estudo foi descrever a atual adesão às práticas de autocuidado dos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), atendidos por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Caxias-MA. Trata-se de um estudo descritivo e de intervenção aberto, com abordagem quantitativa. Foram incluídos pacientes diagnosticados com DM2, usuários da UBS que se prontificaram a participar do estudo. Foram realizados 14 encontros na UBS. Pôde-se entrevistar 60 pacientes diabéticos, dentre eles, 42 (70%) do sexo feminino e 18 (30%) do sexo masculino, com predomínio na faixa etária de 51 a 70 anos e média de 57 anos. Foi possível perceber que o indivíduo diabético precisa adquirir maior conhecimento sobre sua doença, englobando características, complicações, hábitos alimentares e os fatores agravantes e de riscos modificáveis, criando, assim, maior possibilidade de intervenção. Logo, este projeto colaborou, ainda, com a construção do perfil da qualidade de vida específica dos pacientes diabéticos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), bem tornou possível conhecer os fatores relacionados à inadequada adesão terapêutica que se relacionam-se com a descontinuidade da assistência.

**Palavras-chave:** Pacientes. Diabetes Mellitus. Autocuidado.

- 1 - Universidade Estadual do Piauí, Piauí, Brasil.
- 2 - Universidade Estadual do Maranhão-UEMA, Maranhão, Brasil.
- 3 - UniFacema, Maranhão, Brasil.
- 4 - Unifacid - Wyden, Naranhão, Brasil.
- 5 - AESPI, Piauí, Brasil.
- 6 - Universidade Federal de Viçosa-UFV, Minas Gerais, Brasil.

**ABSTRACT**

Diabetes mellitus: health promotion with a focus on the suitable self-care of SUS user carriers

Diabetes is a group of metabolic diseases characterized by hyperglycemia and associated with complications, dysfunctions and insufficiency of various organs, especially eyes, kidneys, nerves, brain, heart and blood vessels. The objective of this study was to describe the current adherence to self-care practices of patients with type 2 Diabetes Mellitus (DM2), attended by a Basic Health Unit (UBS) in Caxias-MA. This is a descriptive and open intervention study, with a quantitative approach. Patients diagnosed with DM2, users of the UBS who volunteered to participate in the study were included. 14 meetings were held at UBS. It was possible to interview 60 diabetic patients, among them, 42 (70%) female and 18 (30%) male, with a predominance in the age group of 51 to 70 years old and average of 57 years old. It was possible to realize that the diabetic individual needs to acquire more knowledge about their disease, including characteristics, complications, eating habits and the aggravating and modifiable risk factors, thus creating a greater possibility of intervention. Therefore, this project also collaborated with the construction of the profile of the specific quality of life of diabetic patients treated by the Unified Health System (SUS), as well as making it possible to know the factors related to inadequate therapeutic adherence that are related to discontinuity. assistance.

**Key words:** Patients. Diabetes Mellitus. Self Care.

E-mail dos autores:  
 franciscoaraujo@ccs.uespi.br  
 anaileogal@gmail.com  
 anaileogal@gmail.com  
 wendersoncosta09@hotmail.com  
 flspb@yahoo.com.br  
 flspb@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

Uma epidemia de Diabetes Mellitus (DM) está em curso.

Atualmente, estima-se que a população mundial com DM é da ordem de 382 milhões de pessoas e que deverá atingir 471 milhões em 2035.

Cerca de 80% desses indivíduos com DM vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade, com crescente proporção de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens, coexistindo com o problema que as doenças infecciosas ainda representam (International Diabetes Federation, 2013).

Dados brasileiros de 2011 mostram que as taxas de mortalidade por DM (por 100 mil habitantes) são de 30,1 para a população geral, 27,2 nos homens e 32,9 nas mulheres, com acentuado aumento com o progredir da idade, que varia de 0,50 para a faixa etária de 0 a 29 anos a 223,8 para a de 60 anos ou mais, ou seja, um gradiente de 448 vezes (Brasil, 2014).

Dessa forma, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) notificaram a prevalência do Diabetes Mellitus (DM) na população brasileira, na faixa etária de 15 anos ou mais, de 3,6%.

No Maranhão, a prevalência estimada de DM em indivíduos nessa faixa etária é de 3,3%, o que representa 3.765 de doentes em Caxias-MA.

Dados considerados alarmantes, tendo em vista a vasta possibilidade de complicações, se a adesão terapêutica for falha e não houver eficácia dos cuidados prestados pela Atenção Básica.

O impacto do DM está principalmente relacionado às suas complicações altamente limitantes para a realização das atividades diárias e produtivas, comprometendo a qualidade de vida dos indivíduos.

Essa condição crônica é o principal fator de risco para as cardiopatias e doenças cerebrovasculares e, geralmente, está associada à hipertensão arterial, outro importante fator de risco para o diabetes mellitus (American Diabetic Association, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002) afirma que a natureza crônica, a gravidade das complicações e os meios necessários para controlá-las tornam o DM uma doença muito onerosa não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde.

Os custos do DM afetam o indivíduo, a família e a sociedade, porém não são apenas econômicos. Os custos intangíveis (p. ex., dor, ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida) também apresentam grande impacto na vida das pessoas com diabetes e seus familiares, o que é difícil de quantificar (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015).

Um ponto importante a se considerar é que em muitos casos, as incapacitações podem ser evitadas a partir de um autocuidado ideal. Ele é foco principal do estudo de Dorothea Elizabeth Orem, bastante evidenciado em sua Teoria do Autocuidado. Analisando tal teoria, o indivíduo pode exercer o controle e o domínio sobre si e sua assistência.

Logo, o ideal seria que os indivíduos diabéticos tivessem controle sobre o seu próprio cuidado e não é o que acontece na maioria das vezes, pois muitos não conhecem a trajetória da doença e suas complicações, as características e a finalidade da adesão ao tratamento.

Torna-se então evidente a necessidade de uma adequada educação em saúde para tais portadores da doença crônica, suprimindo suas carências de informações sobre qualquer aspecto da doença, visando o aumento do bem-estar e da qualidade de vida desses indivíduos.

A magnitude desse estudo justifica-se pelos altos índices da DM na região. Diante do exposto, este estudo teve como objetivo foi descrever a atual adesão às práticas de autocuidado dos pacientes com DM2, atendidos por uma UBS de Caxias-MA.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e de intervenção aberto, com abordagem quantitativa.

Foram incluídos pacientes diagnosticados com DM2, usuários de uma UBS localizada na cidade de Caxias do Estado do Maranhão e que se prontificaram a participar do estudo.

Foram excluídos aqueles que não aceitaram participar do projeto e aqueles com grave comprometimento neurológico que o impossibilita de participar das palestras e das respostas aos formulários.

Para traçar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes, realizou-se uma entrevista com respostas ao formulário, o qual

envolveu tópicos referentes à idade, sexo, cor da pele, escolaridade, estado civil, ocupação, religião, tipo de família, número de pessoas que convivem no domicílio, renda familiar, tipos de comorbidades, tempo de diagnóstico de DM2, monitorização e mensuração de peso, altura, Índice de Massa Corpórea (IMC), circunferência abdominal, pressão arterial média e glicemia capilar casual.

O formulário por meio do qual se procedeu a avaliação do autocuidado em portadores de DM2 foi a escala Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) (traduzida para o português).

Esta é operacionalizada em dias por semana, referindo-se a comportamentos concretos na semana anterior à sua aplicação (nos últimos sete dias o paciente relata o que fez de acordo com os tópicos seguintes), envolve questões referentes à alimentação geral (p. ex., se seguiu um plano alimentar saudável ou recomendado por algum profissional) e específica do paciente (p. ex., se consumiu carnes vermelhas, arroz, batata, massa, feijão, algum tipo de bebida alcoólica, doces, bolos, pastéis, mel, marmelada ou chocolate), referentes também a práticas de atividades físicas, monitorização da glicemia, ao cuidado com os pés (se examinou, lavou os pés, ou ainda se secou os espaços entre os dedos do pé), medicamentos e hábitos tabágicos.

Para a análise da aderência aos itens do questionário, estes foram parametrizados

em dias por semana, de 0 a 7, sendo zero a situação menos desejável e sete a mais favorável. Nos itens da dimensão alimentação específica (alimentos gordurosos e doces), os valores foram invertidos

Após a resposta aos formulários, procedeu-se às sessões de educação em saúde, que tiveram finalidade educativa, elucidando a necessidade de adesão e adequação alimentar, de atividades físicas regulares, cuidados específicos com os pés e abandono de hábitos tabágicos e alcóolicos.

As atividades ocorreram semanalmente com duração aproximada de duas horas na UBS. Essas atividades focalizam a promoção da saúde, a solidificação do autocuidado e a adesão significativa ao tratamento.

O presente estudo foi realizado de acordo com os aspectos éticos, seguindo a resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, tendo sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovado com parecer 2.325.278 e CAAE: 77159017.1.0000.5554.

## RESULTADOS

Foram realizados 14 encontros na UBS. Pôde-se entrevistar 60 pacientes diabéticos, dentre eles, 42 (70%) do sexo feminino e 18 (30%) do sexo masculino, com predomínio na faixa etária de 51 a 70 anos e média de 57 anos (Tabela 1)

**Tabela 1** - Perfil dos pacientes analisados na Unidade Básica de Saúde, Caxias-MA, Brasil, 2018.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	42	70,0
Masculino	18	30,0
Total	42	100,0
Faixa etária		
<50	9	15,0
51-70	31	51,7
71-90	20	33,3
Total	60	100,0

A maioria (64%) é constituída por idosas casadas, com ensino fundamental incompleto, católicas e que convivem com cinco a nove pessoas no seu domicílio.

Em relação ao tempo de diagnóstico de DM, a média de tempo nos indivíduos do sexo masculino foi de 10,5 anos. Já o sexo feminino teve média de tempo de diagnóstico de oito anos.

Houve predomínio, ainda, da associação de comorbidades, destacando-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dislipidemia e doenças vasculares. Já em relação às medidas antropométricas da amostra, as mulheres tiveram média de 62 kg de peso, 1,40 m de altura e 96,15 cm de circunferência abdominal. Os homens, 67,20 kg de peso, 1,60 m de altura e 98 cm de circunferência abdominal.

Em relação a SDSCA nos pacientes avaliados, o menor valor de aderência positiva encontrada para os itens “Dias em que consumiu bebida alcoólica às principais refeições a dimensão” e “Dias em que consumiu bebida alcoólica fora às refeições”, e menor aderência negativa na dimensão “Monitorização da glicemia” seguido do item “Atividade física”, onde boa parte dos

investigados teve menor adesão a atividade física por pelo menos 30 minutos (13,3%) ou alguma sessão de exercício físico específico (10%); e maior adesão para a dimensão “Cuidados com os pés” sendo o dia em que lavou os pés com maior aderência (98,7%). Em contrapartida os dias em que examinou os pés obteve menor aderência (16,7%), conforme observado na tabela 2.

**Tabela 2 -** Avaliação do autocuidado dos pacientes de DM da Unidade Básica de Saúde, Caxias-MA, Brasil, 2018.

Variáveis	n	%
Dias por semana que seguiu um plano alimentar recomendado por profissional		
0 – 4	47	78,3
5 – 7	13	21,7
Dias em que comeu 2 peças de fruta e/ ou doses de vegetais		
0 – 4	42	70,0
5 – 7	18	30,0
Dias em que comeu carne vermelha		
0 – 4	39	65,0
5 – 7	21	35,0
Dias em que comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar		
0 – 4	47	78,3
5 – 7	13	21,7
Dias em que misturou 2 ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão		
0 – 4	10	16,7
5 – 7	50	83,3
Dias em que consumiu bebida alcoólica às principais refeições		
0 – 4	60	100
Dias em que consumiu bebida alcoólica fora às refeições		
0 – 4	60	100
Dias em que comeu alimentos doces		
0 – 4	51	85,0
5 – 7	09	15,0
Dias em que praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos		
0 – 4	52	86,7
5 – 7	08	13,3
Dias em que participou de uma sessão de exercício físico específico		
0 – 4	54	90,0
5 – 7	06	10,0
Dias em que avaliou o açúcar no sangue		
0 – 4	59	98,3
5 – 7	1	1,7
Dias em que examinou seus pés		
0 – 4	50	83,3
5 – 7	10	16,7
Dias em que lavou seus pés		
0 – 4	1	1,7
5 – 7	59	98,3
Dias em que secou os espaços entre os dedos depois de lavá-los		
0 – 4	11	18,3
5 – 7	49	81,7
Dias em que tomou os medicamentos conforme indicado (se insulina e comprimido)		
0 – 4	06	10,0
5 – 7	54	90,0

Dias em que tomou insulina conforme indicado		
0 – 4	52	86,7
5 – 7	8	13,3
Dias em que tomou comprimidos conforme indicado		
0 – 4	25	41,7
5 – 7	35	58,3
Fumou algum cigarro durante os últimos 7 dias		
Sim	02	3,3
Não	58	96,7
Quantos cigarros fuma em um dia		
0 – 10	50	83,3
11 – 21	10	16,7
Quando fumou seu último cigarro		
Nunca fumou	21	35,0
Há mais de dois anos atrás	30	50,0
Um a dois anos atrás	1	1,70
Quatro a doze meses atrás	1	1,70
Um a três meses atrás	1	1,70
No último mês	2	3,30
Hoje	4	6,60

**Legenda:** 0 – 4 dias por semana; 5 – 7 dias por semana.

Logo após a coleta de dados, já oportunizando-se dos encontros semanais na UBS, foi realizada a aplicação de palestras educativas. Estas enfocaram desde as medidas preventivas do DM à forma correta de adesão ao tratamento medicamentoso e ao adequado autocuidado.

## DISCUSSÃO

O DM é interfere em todas as dimensões da vida da pessoa, desde a rotina mais trivial até o desejo de continuar a viver de modo saudável.

Essa condição crônica impõe ao indivíduo mudanças de hábitos de vida, como o comprometimento em relação à terapêutica medicamentosa, ao plano alimentar e à atividade física, o que requer capacidade de enfrentamento para os ajustes necessários à manutenção de um bom controle metabólico.

O compromisso de seguir ou o desejo de interromper o tratamento, traduzido em atitude positiva ou negativa frente à doença, está sempre presente no cotidiano da pessoa com DM (Torres-López, Sandoval-Díaz e Pando-Moreno, 2005).

Este evidenciou que dos 60 pacientes diabéticos entrevistados, 70% eram do sexo feminino, este dado encontra-se em conformidade com estudos prévios, como o estudo de Rezende Neta e colaboradores (2015), realizado com 331 pacientes com DM2 acompanhados pelas equipes da ESF em Teresina-PI, onde 67,4% dos participantes

eram do sexo feminino, o que corrobora com a pesquisa de Michels e colaboradores (2010), realizado em Santa Catarina (69,4%) e Veras e colaboradores, (2014) realizado em Ribeirão Preto

Conforme Levorato e colaboradores (2014) e Alves e colaboradores (2011), no contexto histórico, tem-se, o senso comum que a população masculina é um ser resistente, que raramente fica doente, motivo pelo qual a busca pelos serviços de saúde apresenta predominância de mulheres.

Alves e colaboradores (2011) ainda escrevem que com base nessas observações, pensa-se existir um longo trajeto a ser percorrido na procura de transcender os obstáculos estruturais e culturais motivadores de condutas negligentes na saúde por parte de uma parcela significativa de homens.

Percebe-se a relevância da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH), bem como, o desempenho do pessoal de saúde.

Com relação a faixa etária investigada, houve predomínio de indivíduos com idade entre 51 a 70 anos e média de 57 anos. Corroborando com o estudo de Coelho e colaboradores (2015) conduzido em Ribeirão Preto no estado de São Paulo com 218 adultos com DM2, houve prevalência da faixa etária de idade 60,7 anos (DP=8,2) e Santos e colaboradores (2014), realizado em Juiz de Fora-MG com 58 pacientes com DM2, houve prevalência de 58,47 ± 9,40 anos.

Rezende Neta e colaboradores (2015), Veras e colaboradores (2014) e Michels e colaboradores (2010) encontraram resultados similares.

Tais dados mostram uma prevalência de indivíduos idosos e outros próximos a faixa etária de 60 anos atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Conforme Silva e colaboradores (2016) a atenção a esses indivíduos vem crescendo na ESF, devido especialmente aos programas desenvolvidos como o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA).

Pois de acordo com Mourão e colaboradores (2016) há anos o Brasil tem tido os efeitos das alterações demográficas e epidemiológicas, cujos desfechos trouxeram um aumento na expectativa de vida e ao acréscimo de indivíduos idosos e as demandas nos serviços de saúde.

Em relação ao tempo de diagnóstico de DM, a média de tempo nos indivíduos foi de oito a 10,5 anos. Veras e colaboradores (2014) apresentaram resultados semelhantes, onde 46,6% dos pacientes investigados tinham a doença há mais 10 anos. Estando em conformidade com os resultados de Coelho e colaboradores (2015).

Este estudo evidenciou predomínio de comorbidades, destacando-se a HAS, dislipidemia e doenças vasculares, o que se encontra em conformidade com diversos estudos. Como o estudo de Veras e colaboradores (2014), em que a maioria dos investigados apresentavam mais de uma comorbidade, destacando-se HAS e dislipidemia.

O estudo de Cocillio e colaboradores (2015) conduzido em Maringá, no Estado do Paraná, verificou-se que 66,4% e 37,7% referiram, respectivamente, presença de HAS, hipercolesterolemia.

E o Estudo de Garcia, Fischer e Poll (2016) conduzido em Santa Cruz do Sul-RS, as comorbidades mais prevalentes nos pacientes diabéticos foram HAS e doença arterial coronariana.

O DM está associado a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos.

Conforme Cocillio e colaboradores (2015), identificar o predomínio de comorbidades associadas ao DM e os fatores de risco, bem como, os indivíduos com maior vulnerabilidade, pode contribuir para a

planificação e a introdução de ações em saúde dirigidas a esse grupo.

Portanto, deve-se dar atenção especial à HAS e as dislipidemias, uma vez que foram as comorbidades mais prevalentes entre os pacientes diabéticos neste e em outras investigações (Garcia, Fischer e Poll, 2016; Veras e colaboradores, 2014; Cocillio e colaboradores, 2015).

No que tange aos dados antropométricas, as mulheres tiveram média de 96,15 cm de circunferência abdominal e os homens 98 cm.

Ambos acima os valores de referência, onde as mulheres apresentaram risco muito alto cardiovascular ( $\geq 88$ ) (Oliveira, Rodrigues, 2016), Coelho e colaboradores (2015) apresentaram resultados semelhantes.

Conforme os valores de referência da Organização Mundial de Saúde (1998), classificam-se em: Sem risco cardiovascular ( $< 94$ , para homens;  $< 80$ , para mulheres); Risco ( $\geq 94$  para homens;  $\geq 80$ , para mulheres); Risco muito alto ( $\geq 102$  para homens;  $\geq 88$ , para mulheres).

Nesse contexto, as mudanças do estado antropométrico e da circunferência de cintura intensificam a chance de risco cardiometabólico. Identificar os dados antropométricas que se associem aos fatores de risco cardiovascular pode ser vantajoso para prevenir essas doenças (Oliveira e colaboradores, 2017; Gobato e colaboradores, 2014).

Para a avaliação das atividades de autocuidado, este estudo evidenciou menor aderência negativa a dimensão "Monitorização da glicemia" seguido da dimensão "Atividade física" onde item "realizar exercício físico específico (caminhar, nadar, etc), representou 90% dos achados que estavam próximo ao escore de zero. E maior para "Cuidados com os pés" sendo o dia em que lavou os pés com maior aderência (98,7%) (escore próximo de sete).

O estudo de Santos e colaboradores (2018) realizado em Vitória de Santo-PE, no domínio "Atividade Física", verificou-se que o item "realizar atividade física por pelo menos 30 minutos" obteve uma média de 0,54 dias, parecido ao questionamento sobre "exercício físico específico", estando em conformidade com os resultados deste estudo. Michels e colaboradores (2010) obtiveram resultados similares

Entretanto, no estudo de Michels e colaboradores (2015) e Coelho e

colaboradores (2015) quanto ao item “tomar injeções de insulina conforme recomendado”, obteve maior adesão, quando comparado com os dados deste estudo, onde apenas 13,3% dos pacientes tomam as injeções de insulina conforme recomendado.

Nos resultados de Rezende Neta e colaboradores (2015), o item examinar os pés obteve aderência de 3,06 dias (61,3%), o que corrobora com os dados dessa pesquisa, onde apenas 16,7% dos participantes exercem essa ação de 5 a 7 dias na semana.

A adesão a insulino terapia representou escores negativos próximos de zero, onde apenas 13,3% dos indivíduos entrevistados seguem as recomendações médicas do tratamento.

De acordo Trevizan, Bueno e Kopitke (2016) a ausência de adesão dos indivíduos com DM ao tratamento provoca um aumento da morbimortalidade. A utilização correta e regular da insulino terapia parece estar relacionado à aceitação da doença, à sensibilização e à percepção para o autocuidado. Os fatores socioeconômicos, psíquicos, culturais, de comportamento influenciam a ocorrência de problemas de saúde e nos fatores de risco envolvidos. O baixo nível instrução e a não inserção no mercado de trabalho parecem complicar a adesão ao tratamento. O pessoal de saúde que agem com essas situações precisam desenvolver competências para enfrentar melhor com a complexidade das doenças crônicas. A promoção da saúde, por meio de práticas coletivas envolvendo a equipe multidisciplinar, parece ser uma das alternativas para facilitar a correta adesão.

Evidenciou-se ainda que 78,3% dos pacientes não seguem um plano alimentar recomendado por profissional de 5 a 7 dias por semana, e um percentual significativo consomem alimentos inapropriados para sua condição clínica.

Conforme Santos e colaboradores (2014) a alimentação do indivíduo com DM é um elemento relevante para o controle da glicose no sangue, da taxa de colesterol e triglicérides, da pressão arterial, e do peso.

Por essa razão, a atenção à nutrição é uma parte essencial no tratamento. Uma vez que, um dos maiores obstáculos à adesão ao autocuidado dos desse grupo está associado ao estilo de vida, sendo necessária uma campanha de conscientização.

Nesse contexto, a assistência de saúde deve consolidar os comportamentos de

autocuidado. O processo educativo é complicado, constante e permanente, exigindo a introdução de estratégias atualizadas para o alcance das metas para o controle da doença, tendo em vista que requer a modificação de hábitos e padrões de comportamentos que estimulam sentimentos, emoções e crenças imutáveis (Veras e colaboradores, 2014).

Santos e colaboradores (2014) acrescentam ainda que a adesão à nutrição saudável é essencial para o controle do DM, já que os pacientes que com maior aceitação da dieta apresentaram menores valores de HbA1c e, ainda, apresentam menor chance de possuírem valores de HbA1c acima do valor de referência.

Nessa perspectiva, esclarecer para indivíduos com DM2 sobre a relevância da mudança nos hábitos de vida e nas atividades de autocuidado ajudará na prevenção e/ou retardo das complicações decorrentes do DM, além de contribuir para melhorar a qualidade de vida (Coelho e colaboradores, 2015).

## **CONCLUSÃO**

Foi possível perceber que o indivíduo diabético precisa adquirir maior conhecimento sobre sua doença, englobando características, complicações, hábitos alimentares e os fatores agravantes e de riscos modificáveis, criando, assim, maior possibilidade de intervenção.

Muitas ações de cuidado nem sempre são alcançadas de forma satisfatória devido a objeções dos próprios pacientes, que desconhecem a patologia, ou quando detectam a mesma tardiamente e às vezes porque a importância e a necessidade de mudanças no estilo de vida não são compreendidas por eles.

Em vista disso, não só o médico, mas toda a equipe de saúde precisa ter um comportamento ativo perante o portador e sua patologia, devendo se adequar às suas diferenças e ao seu meio sociocultural.

Ademais, é válido salientar que a extensão na universidade fundamenta a formação e capacitação de discentes para que a inclusão social e a participação no cotidiano da população caxiense ocorram de forma efetiva.

A partir do período de observação na UBS escolhida, foi possível identificar fatores influenciadores da limitação do adequado autocuidado. A

lém disso, a aplicação das palestras educativas contribuiu de forma efetiva para a

redução de limitações, bem como tornou possível a abertura de um espaço para a solidificação de vínculo entre os participantes e os membros do projeto e até mesmo a melhora da adesão ao tratamento medicamentoso.

## REFERÊNCIAS

- 1-Alves, R.F.; Silva, R.P.; Ernesto, M.V.; Lima, A.G.B.; Souza, F.M. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicologia: teoria e prática*. Vol. 13. Num. 3. 2011. p. 152-166.
- 2-American Diabetic Association. Standard of medical care in diabetes - 2011 (Position Statement). *Diabetes Care*. Vol. 34. 2011. p.562-569.
- 3-Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília. Ministério da Saúde. 2014.
- 4-Cocillio, H.P.M.; Arruda, G.O.; Teston, E.F.; Santos, A.L.; Marcon, S.S. Comportamentos e comorbidades associados às complicações microvasculares do diabetes. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 28. Num. 2. 2015. p.113-119.
- 5-Coelho, A.C.M.; Boas, L.C.G.V.; Gomides, D.S.; Foss-Freitas, M.C.; Pace, A.E. Atividades de autocuidado e suas relações com controle metabólico e clínico das pessoas com diabetes Mellitus. *Texto & Contexto - Enfermagem*. Vol. 24. Num. 3. 2015. p. 697-705.
- 6-Garcia, C.; Fischer, M.Q.; Poll, F.A. Estado Nutricional e as comorbidades associadas ao diabetes mellitus tipo 2 no idoso. *Estud. interdiscipl. Envelhec.* Vol. 21. Num. 1. 2016. p. 205-216.
- 7-Gobato, A.O.; Vasques, A.C.J.; Zambon, M.P.; Barros Filho, A.A.; Hessel, G. Síndrome metabólica e resistência à insulina em adolescentes obesos. *Revista Paulista de Pediatria*. Vol. 32. Num. 1. 2014. p. 55-59.
- 8-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. IBGE. 2010.
- 9-International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. Belgium. IDF. 2013.
- 10-Levorato, C.D.; Mello, L.M.; Silva, A.S.; Nunes, A.A. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 19. Num. 4. 2014. p. 1263-1274.
- 11-Michels, M.J.; Coral, M.H.C.; Sakae, T.M.; Damas, T.B.; Furlanetto, L.M. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. Vol. 54. Num. 7. 2010. p.644-651.
- 12-Mourão, L.F.; Xavier, D.A.N.; Neri, A.L.; Luchesi, K.F. Estudo da associação entre doenças crônicas naturais do envelhecimento e alterações da deglutição referidas por idosos da comunidade. *Audiology - Communication Research*. Vol. 21. 2016. e1657.
- 13-Oliveira, L.F.; Rodrigues, P.A.S. Waist circumference: measurement protocols and their practical applicability: measurement protocols and their practical applicability. *Nutrivisa - Revista de Nutrição e Vigilância em Saúde*. Vol. 3. 2016. p. 90-95.
- 14-Oliveira, R.P.; Remor, J.M.; Matsuo, A.R.; Dada, R.P.; Mendes, A.A.; Santos, T.L.C. dos; Locateli, J.C.; Terra, C.M.O.; Larazin, S.P.B.; Nardo Junior, N. Índice de adiposidade visceral como preditor de risco cardiometabólico em crianças e adolescentes. *Rev Bras Med Esporte*. Vol. 23. Num. 3. 2017. p.222.226.
- 15-Rezende Neta, D. S.; Silva, A. R. V.; Silva, G. R. F. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. Vol. 68. Num. 1. 2015. p. 111-116.
- 16-Santos, E.M.; Souza, V.P.; Correio, I.A.G.; Correio, E.B.S. Autocuidado de Usuários Com Diabetes Mellitus: Perfil Sociodemográfico, Clínico e Terapêutico. *J. res.: fundam. care. Online*. Vol. 10. Num. 3. 2018. p. 720-728.
- 17-Santos, G.F.P.; Peters, S.A.; Freitas, L.M.; Kamil, J.P.; Nemer, A.A. Adhesion to self-care influences the anthropometric and biochemical parameters of type 2 diabetic patients treated in hiperdia program in the Juiz de Fora city, Minas Gerais, Brazil. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*. Vol. 34. Num. 3. 2014. p. 10-19.



18-Silva, A.B.; Engroff, P.; Sgnaolin, V.; Ely, L.S.; Gomes, I. Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre-RS. Cadernos Saúde Coletiva. Vol. 24. Num. 3. 2016. 308-316.

19-Sociedade Brasileira de Diabetes. Epidemiologia e prevenção do diabetes mellitus. SBD. 2015.

20-Torres-López, T.M.; Sandoval-Díaz, M.S.; Pando-Moreno, M. "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. Cad Saúde Pública. Vol. 21. Num. 1. 2005. p.101-110.

21-Trevizan, H.; Bueno, D.; Koppitike, L. Avaliação da adesão ao tratamento de pacientes usuários de insulina em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev. APS. Vol. 19. Num. 3. 2016. p. 384-395.

22-Veras, V.S.; Santos, M.A.; Rodrigues, F.F.L.; Arrelias, C.C.A.; Pedersoli, T.A.M.; Zanetti, M.L. Autocuidado de pacientes inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. Revista Gaúcha de Enfermagem. Vol. 35. Num. 4. 2014. p. 42-48.

23-WHO. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series. Num. 894. Geneva. WHO. 2002.

E-mail dos autores:

anaileogal@gmail.com

joao.pedro.pio@hotmail.com

andreocrd06@gmail.com

anaileogal@gmail.com

Recebido para publicação em 07/06/2020

Aceito em 11/12/2021