



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

JOSÉ OSÓRIO FEIJÓ DE LIMA FREIRE

**O AUTOCUIDADO EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELITO NO
BRASIL: Revisão integrativa**

CAJAZEIRAS – PB

2016

JOSÉ OSÓRIO FEIJÓ DE LIMA FREIRE

**O AUTOCUIDADO EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELITO NO
BRASIL: Revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação da Graduação em Medicina da Universidade Federal de Campina Grande como requisito para a obtenção do título de Médico.

Orientadora: Prof^ª. Esp. Paula Frassinetti Oliveira Cezário

CAJAZEIRAS – PB

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

F866a Freire, José Osório Feijó de Lima.
O autocuidado em pacientes portadores de diabetes melito no Brasil:
revisão integrativa / José Osório Feijó de Lima Freire. - Cajazeiras, 2016.
34p.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Esp. Paula Frassinetti Oliveira Cezário.
Monografia (Graduação em Medicina) UFCG/CFP, 2016.

1. Diabetes melito - autocuidado. 2. Doenças crônicas. 3. Hiperglicemia. I. Cezário, Paula Frassinetti Oliveira. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616.379-008.64

JOSÉ OSÓRIO FELIÓ DE LIMA FREIRE

**O AUTOCUIDADO EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELITO NO
BRASIL: Revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação da Graduação em Medicina da
Universidade Federal de Campina Grande como requisito para a obtenção do título de
Médico.

Aprovada em 15 / 12 / 2016

Banca Examinadora

Paula Frassinetti Oliveira Cezário

Profª. Esp. Paula Frassinetti Oliveira Cezário
(Orientadora – UFCG)

Prof. Dr. José Ferreira Lima Júnior

Prof. Dr. José Ferreira Lima Júnior
(Membro da Banca)

Maria do Carmo Alustau Fernandes

Profª. Dra. Maria do Carmo Alustau Fernandes
(Membro da Banca)

Agradeço primeiramente a Deus o meu grande amor, meu tudo, e à virgem Maria pelo seu carinho e intercessão. Aos meus pais, pelo apoio, amor e compreensão que nunca deixaram faltar em minha vida. Aos meus irmãos, que além de tudo são amigos e fiéis em todas as circunstâncias. Aos meus avós, sem os quais eu não estaria aqui hoje. Minha namorada, que sendo sempre companheira, me foi sustento nas horas difíceis durante o curso. Por fim, agradeço a todos os meu amigos, tios, primos e colegas de sala que tornaram meus dias mais leves e felizes nessa caminhada.

FREIRE, José Osório Feijó de Lima. **O autocuidado em pacientes portadores de diabetes melito no Brasil: Revisão integrativa.** Trabalho de conclusão de curso (Medicina) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB – 2016. Orientadora: Prof.^a Esp. Paula Frassinetti Oliveira Cezário.

RESUMO

Introdução: O diabetes melito é caracterizado por um conjunto de distúrbios que possuem como característica em comum a hiperglicemia, devido a defeitos na produção e ação da insulina. Por ser uma doença crônica e de alta incidência, requer medidas de autocuidado como parte do seu tratamento, na prevenção das complicações crônicas e agudas decorrentes desta moléstia. Entretanto, diversos fatores podem interferir em como o paciente executa essas medidas. **Objetivos:** Identificar na literatura ações que incentivem a efetivação de práticas de autocuidado em paciente acometidos pelo diabetes. **Metodologia:** trata-se de uma revisão integrativa, realizada a partir de descritores pré-estabelecidos (diabetes e autocuidado), na base de dados da Scielo, LILACS, do PubMed. **Resultados e discussões:** Após a seleção sistemática, foram encontrados 25 artigos relevantes para o tema, que abordavam as diversas dificuldades para a implantação de um autocuidado efetivo nos pacientes com diabetes melito, e ressaltavam a importância da educação e do acompanhamento longitudinal para o tratamento desses pacientes. **Conclusão:** O autocuidado é uma parte fundamental no tratamento do paciente diabético e deve ser estimulado de forma efetiva, identificando-se e corrigindo-se todos os fatores que interferem na sua efetividade, e implementando-se um acompanhamento contínuo, longitudinal para os pacientes acometidos por esta moléstia.

FREIRE, José Osório Feijó de Lima. **Self-care in patients with diabetes mellitus in Brazil: Integrative review.** Term paper (Medicine) – Federal University of de Campina Grande, Cajazeiras-PB – 2016. Advisor: Tch. S. Paula Frassinetti Oliveira Cezário.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes mellitus is characterized by a group of diseases that have hyperglycemia in common, due to defects in the production and action of insulin. Due to the fact of being a high incidence chronic disease, it requires self-care measures as part of its treatment, in the prevention of chronic and acute complications resulting from this disease. However, several factors can interfere with how the patient performs these measures. **Objectives:** Identify in the literature actions that encourage the implementation of self-care practices in patients affected by diabetes. **Methodology:** This is an integrative review, based on pre-established descriptors (diabetes and self-care), in the database of SciELO, LILACS, PubMed. **Results and discussions:** After the systematic selection, it was found 25 articles relevant to the topic, which addressed the various difficulties for the implementation of effective self-care in patients with diabetes mellitus, and emphasized the importance of education and longitudinal follow-up for the treatment of these patients. **Conclusion:** Self-care is a fundamental part in the treatment of diabetic patients and should be effectively stimulated, identifying and correcting all factors that interfere with its effectiveness, and implementing a continuous, long-term follow-up for the patients affected by this disease.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Acetil-CoA – Acetil-Coenzima A

AVE – Acidente Vascular Encefálico

BIREME – Biblioteca Regional de Medicina

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

DCCT – Diabetes Control and Complications Trial

DM – Diabetes Melito

DM 1 – Diabetes Melito tipo 1

DM 2 – Diabetes Melito tipo2

GAD 65 – Ácido glutâmico

GLUT4 – transportador de glicose tipo 4

HLA – Antígeno Leucocitário Humano

IA2 e IA2B – Antitirosina-fosfatases

IMC – Índice de Massa Corpórea

LILACS – índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe

NAD – Nicotinamida Adenina Dinucleotídeo

NADH – Nicotinamida Adenina Dinucleotídeo Fosfato

PH – Potencial de Hidrogênio

PubMed – Publicações Médicas

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

UKPDS – United Kingdom Prospective Diabetes Study

ZNT – antitransportador de zinco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	10
2.1 Geral	10
2.2 Específico	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO	11
3.1 Diabetes Melito	11
3.2 Diabetes Melito no Brasil	12
3.3 O autocuidado em Diabetes Melito	15
4. METODOLOGIA	21
4.1 Tipo de pesquisa	21
4.2 Coleta e amostra dos dados	21
4.3 Processamento e análise dos dados	21
4.4 Critérios de inclusão e exclusão	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	23
6 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes melito (DM) não é somente uma doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas (LONGO et al., 2012).

O diabetes causou 4,9 milhões de mortes no mundo em 2014 e foi responsável por 11% do gasto total com a saúde de adultos: um custo estimado de 612 milhões de dólares. No Brasil, essa enfermidade foi responsável por 5,3% dos óbitos ocorridos em 2011 (BRASIL, 2013).

Para desenvolver cuidados adequados para a doença, é essencial que a pessoa tenha as habilidades necessárias. No entanto, essas habilidades podem ser influenciadas por fatores pessoais, como sexo, idade, auto-estima, questões psicológicas, fatores interpessoais e fatores ambientais (status socioeconômico, habitação e condições de vida), além do conhecimento sobre a doença, seu tratamento, duração, acesso a serviços de saúde, entre outros (COELHO et al., 2015).

Limitações para implementar mudanças no estilo de vida e autocuidado, ações que são exigidas pelo tratamento, são questões amplamente discutidas no contexto de cuidados em saúde prestados a indivíduos diabéticos. Tais limitações dificultam a resposta fisiológica dos indivíduos à doença, a relação entre profissionais e pacientes, levando também ao aumento dos custos diretos e indiretos (ROSSANEIS et al., 2016).

A identificação desses fatores é crucial para a correção dos problemas. Em especial na atenção básica da saúde, na formação e atuação dos profissionais e na educação em saúde dos pacientes. De modo que uma vez corrigidos, seja possível prevenir as devastadoras consequências que o diabetes melito traz para o paciente e todos os que o rodeiam.

A educação, considerada um processo social, deve relacionar-se com a implementação de atividades de resolução de problemas por parte dos profissionais de saúde, que valorize a experiência cotidiana de indivíduos, grupos sociais e familiares, e estimulam a participação ativa do aprendiz no processo educacional. Assim, a educação em saúde deve diferir do modelo tradicional de transmissão do conhecimento (IMAZU et al., 2015).

A retinopatia diabética, o pé diabético e o infarto agudo do miocárdio, são algumas das sequelas bastante conhecidas, mas que muitas vezes são um destino certo para muitos pacientes portadores dessa moléstia. A neuropatia diabética, por exemplo, costuma acometer cerca de 50% dos portadores de diabetes melito tipo 2. O AVE (acidente vascular encefálico),

por sua vez é a segunda causa de morte em pacientes portadores de diabetes melito tipo 2, atrás apenas da doença coronariana aguda, tem tido uma incidência crescente nos últimos anos.

Muitas das sequelas desses pacientes poderiam ser facilmente preveníveis com educação e acompanhamento na rede básica de saúde. O pé diabético, a causa mais comum de amputação não traumática no Brasil, constitui um bom exemplo disso. Medidas simples como o uso adequado de calçados, um corte reto das unhas, boa secagem dos pés após o banho e autoexame dos pés, são medidas de baixo custo, mas que são muitas vezes desconhecidas pelos próprios portadores da doença.

Desse modo, fica evidente que medidas educacionais, começando da atenção básica de saúde, fazem-se urgentes. É preciso assegurar todas as condições necessárias para que os pacientes portadores de doenças crônicas, em especial de diabetes, possam ter acesso a um tratamento integral, efetivo e contínuo, passando por medidas que promovam um autocuidado eficiente e duradouro.

Como estudante pude observar, principalmente em serviços terciários, pacientes que chegavam com graves sequelas do diabetes e que, em sua grande maioria, não eram capazes de realizar o manejo mais básico de seu autocuidado. Diante do exposto, fica a inquietação: Que motivos levam o paciente diabético a não aderir ao seu autocuidado, permitindo-se chegar a sequelas tão graves? Portanto, é preciso buscar entender e corrigir os fatores que levam os pacientes à não adesão do seu tratamento, se possível, ainda na atenção primária, de modo que se haja mais de forma preventiva e menos corretiva.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Identificar na literatura científica ações que abordem as práticas de autocuidado em paciente portadores de diabetes melito.

2.2 ESPECÍFICOS

- Evidenciar na literatura que fatores dificultam adesão ao autocuidado de pacientes com diabetes melito.
- Identificar na literatura ações que promovem e estimulam o autocuidado do paciente diabético.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O DIABETES NO BRASIL

As doenças crônicas são muitas vezes caracterizadas como doenças silenciosas, o que as torna um grande problema de saúde pública. As principais causas de acometimento da morbidade está relacionada a fatores como hipertensão, diabetes, dislipidemia, obesidade, entre outras (BRASIL, 2012).

Dentro desse espectro, o diabetes melito (DM) é um problema de saúde pública observado principalmente em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento. O aumento da expectativa de vida da população, combinado com uma dieta pobre e um estilo de vida sedentário estão contribuindo para taxas mais altas de ocorrência de diabetes em todo o mundo (SILVA et al., 2016).

Alguns dos principais indicadores que interferem no padrão de qualidade de vida de algumas famílias são os maus hábitos alimentares, com dietas hipercalóricas e a falta de prática de exercícios físicos. Isso ocasiona vários problemas de saúde como diabetes, hipertensão arterial. É possível perceber que a falta de tempo e o ritmo de vida frenético das populações urbanas os direcionam aos maus hábitos alimentares que, em na sua maioria, são constituídos por alimentos ricos em lipídios e carboidratos e pobres em vitaminas e sais minerais (BRASIL, 2012).

Em 2014 foram diagnosticadas 11,6 milhões de pessoas com diabetes melito no Brasil, com idade entre 20 e 79 anos, o que correspondia a cerca de 8,7% dos 133,8 milhões de brasileiros nessa faixa etária. Nesse mesmo ano, 116.383 de indivíduos diabéticos morreram, enquanto 41,7% dessas mortes ocorreram entre indivíduos com menos de 60 anos (ROSSANEIS et al., 2016).

A Organização Mundial de Saúde (2014) destaca que no ano 2030 espera-se que o diabetes ocupe à 7ª maior causa de mortes no mundo. No ano de 2012, no Brasil, foi realizado um estudo onde foi observada a ocorrência de mortalidade por diabetes na faixa etária entre 30 e 69 anos, os resultados obtidos refletiam que de cada 100 mil habitantes mortos 26,9 eram devido ao diabetes (57.876 óbitos) (MALTA et al., 2014).

Malta et al (2014) corroboram afirmando que a diabetes melito pode ser considerado um problema global e a mesma é responsável por 1,5 milhões de mortes em 2012 e 89 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade. Ao analisar os dados epidemiológico é

possível observar uma correlação entre envelhecimento, urbanização acelerada, maus hábitos alimentares e inatividade física, que favorecem ao adoecimento.

As doenças crônicas ocasionam no país um elevado custo, pois seu tratamento é caro, e gera uma alta prevalência, evidenciando que a doença tem um potencial importante para morbidade e tem fases típicas agudas e crônicas que muitas vezes eleva as taxas de hospitalizações e de mortalidade, gerando significativos danos econômicos e sociais (BRASIL, 2013).

O diabetes causou 4,9 milhões de mortes no mundo em 2014 e foi responsável por 11% do gasto total com a saúde de adultos: um custo estimado de 612 milhões de dólares. No Brasil, essa enfermidade foi responsável por 5,3% dos óbitos ocorridos em 2011, com taxa de mortalidade de 33,7 óbitos a cada 100 mil habitantes, apesar da redução de 1,7% ao ano verificada no período 2000-2011. A mortalidade por complicações agudas da doença, quase sempre preveníveis pelo pronto atendimento, mostrou uma taxa de 2,45 óbitos por 100 mil habitantes em 2010, sendo de 0,29 por 100 mil habitantes entre os menores de 40 anos de idade (BRASIL, 2013).

3.2 O DIABETES MELITO E SUAS COMPLICAÇÕES

A Organização mundial de saúde (2014), define diabetes melito como um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. O DM pode ser classificado em dois subtipos mais frequentes de acordo com o processo patogênico, diabetes melito tipo 1 (DM1) (caracterizada por deficiência de insulina) e diabetes melito (DM2) (caracterizada por resistência a insulina, o que compromete a sua secreção, e por produção excessiva de glicose pelo fígado). Este último compreendia cerca de 90% do total de casos em 2013 e vem crescendo em números cada vez maiores. Além disso, existem outros tipos específicos de DM (causado por distúrbios genéticos, endocrinopatias, gravidez, doenças exócrinas do pâncreas e fármacos) (LONGO et al., 2012).

Os indivíduos com qualquer um dos tipos de diabetes são incapazes de captar eficientemente a glicose do sangue, sendo importante destacar que a insulina aciona o movimento dos transportadores da glicose GLUT4 para a membrana plasmática das células musculares e do tecido adiposo. Outra alteração metabólica, comum no diabetes, é a excessiva e incompleta oxidação dos ácidos graxos no fígado. O acetil-CoA produzido pela

beta-oxidação não pode ser completamente oxidado pelo ciclo do ácido cítrico porque a relação $[NADH]/[NAD^+]$ está muito alta, pela própria beta-oxidação, gerando uma inibição no próprio ciclo. O acúmulo de acetil-coA leva à superprodução de corpos cetônicos acetoacetato e beta-hidroxibutirato, que o tecido extra-hepático não consegue consumir tão rapidamente como são sintetizados no fígado (NELSON; COX, 2011).

O sangue dos diabéticos contém então acetona, que é volátil e exalada, dando um hálito de um diabético não tratado um odor característico, muitas vezes confundido com o de etanol. A superprodução de corpos cetônicos, chamada cetose, resulta no aparecimento deles em concentrações muito elevadas como cetonemia e cetonúria. Esses corpos cetônicos são ácidos carboxílicos que liberam prótons ao se ionizar. Em diabéticos não controlados isso pode ultrapassar o tamponamento do sistema de bicarbonato do sangue e provocar uma acidose (diminuição do PH) ou cetoacidose, se combinado com cetose. Essa condição faz com que o paciente corra sérios riscos de vida (NELSON; COX, 2011).

Dentre as várias classes, há o DM tipo 1, que é caracterizado por destruição das células beta que levam a uma deficiência de insulina, sendo subdividido em tipos 1A, resultado da destruição imunomediada de células betapancreáticas com consequente deficiência de insulina, e 1B, contra as células beta e não associação a haplótipos do sistema Antígeno Leucocitário Humano (HLA). O tipo 1A tem marcadores de autoimunidade que são os autoanticorpos anti-ilhota ou antígenos específicos da ilhota e incluem os anticorpos anti-insulina, antidescarboxilase do ácido glutâmico (GAD 65), antitirosina-fosfatases (IA2 e IA2B) e antitransportador de zinco (Znt) (BRASIL, 2015).

A DM tipo 2 é na verdade um grupo heterogêneo de distúrbios que se caracteriza por defeitos na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose. A resistência à insulina e o defeito na função das células beta estão presentes precocemente na fase pré-clínica da doença. É causada por uma interação de fatores genéticos e ambientais. Entre os fatores ambientais associados estão sedentarismo, dietas ricas em gorduras e envelhecimento. A maioria dos pacientes com esse tipo de DM apresenta sobrepeso ou obesidade, e cetoacidose raramente se desenvolve de modo espontâneo, ocorrendo quando associada a outras condições, como infecções. Diferentemente do DM1 autoimune, não há indicadores específicos para o DM2 (BRASIL, 2015).

Tanto para o diabetes melito tipo 1 como o tipo 2, já foi comprovado em estudos (The Diabetes Control and Complications Trial - DCCT – americano, para o tipo 1; United Kingdom Prospective Diabetes Study - UKPDS – britânico, para o tipo 2) que os níveis de

glicose, dosados através dos níveis de hemoglobina glicada A1C, quando superiores a 7% tendem a desenvolver, a longo prazo, complicações macro e microvasculares resultantes da glicosilação não enzimática irreversível de fatores proteicos plasmáticos e teciduais que se ligam ao colágeno dos vasos (BRASIL, 2015).

Dentre as causas macrovasculares de acometimento do DM, encontra-se a doença coronariana (principal causa de morte nesse grupo), a doença cerebrovascular e a arteriopatia periférica. As principais repercussões clínicas do acometimento microvascular do diabetes melito são a retinopatia diabética (principal causa de cegueira em indivíduos com idade entre 20 e 74 anos), nefropatia diabética (acomete cerca de 20% dos diabéticos e é a segunda principal causa de morte em pacientes com DM1), a neuropatia diabética (acomete cerca de 50% dos pacientes com DM2) e o pé diabético, problema este que seria bastante amenizado com prevenção. (LONGO et al., 2012).

O pé diabético consiste numa das mais impactantes complicações do paciente diabético, sendo a mais comum do DM tipo 2 (DM2), que torna o diabetes melito a principal causa de amputação não traumática no Brasil. É caracterizada por alterações neurológicas, ortopédicas, vasculares e infecciosas que precedem o aparecimento de feridas não cicatrizantes. Esta complicação é um dos principais fatores que levam à amputação não-traumática dos membros inferiores. A taxa média global deste tipo de mutilação entre indivíduos com DM é estimada em 19,03%, trazendo grandes prejuízos sociais e econômicos de uma população que poderia estar economicamente ativa e, principalmente, para a qualidade de vida do paciente (ROSSANEIS et al., 2016).

É observado um déficit importante do autocuidado dos pés em boa parte dos estudos observados, caracterizado pela não secagem cuidadosa e regular entre os dedos; não verificação regular dos pés; andar descalço; má higiene e unhas inadequadamente aparadas (ROSSANEIS et al., 2016).

Outras medidas de prevenção como a prática de atividade física, a adoção de uma dieta pobre em carboidratos e lipídios e o controle intenso da glicemia, acompanhadas de um profissional de saúde, são medidas necessárias para o controle de complicações crônicas e agudas do DM. No DM 2, a perda de peso, corrigindo a obesidade de forma paulatina e permanente (com um índice de massa corpórea – IMC – entre 20 e 25), é o principal objetivo no tratamento inicial do paciente. O controle da dieta de forma individualizada e com acompanhamento de nutricionista, é responsável pelo controle dos níveis glicêmicos, tanto em paciente do tipo 1, como em pacientes do tipo 2 (COELHO, 2015).

Nesse sentido, a participação do paciente no manejo da doença é fator determinante no seu prognóstico. O controle glicêmico adequado, exige mudanças no estilo de vida e na adoção de ações de autocuidado, sendo fundamental para prevenir complicações decorrentes da hiperglicemia a longo prazo de portadores de DM (ROSSANEIS et al., 2016).

3.3 O AUTOCUIDADO EM DIABETES MELITO

Pela sua complexidade, o diabetes melito exige cuidados que vão além do tratamento farmacológico. Levar uma vida com hábitos saudáveis e de autocuidado, indo além de tomar uma medicação de horário, pode representar um desafio para muitos pacientes e para o sistema de saúde responsável pelo seu tratamento (STOPA et al. 2014).

O autocuidado pode ser definido como ações que os indivíduos iniciam e realizam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Quando realizadas eficazmente, contribuem para a manutenção da integridade e funcionamento humano. Sendo agente ativo através das atividades de autocuidado, o paciente constitui-se a peça principal para o controle do diabetes melito, uma vez que os pacientes e familiares são efetivamente responsáveis por mais de 95% do tratamento (NETA; SILVA; SILVA, 2015).

A educação é uma medida eficaz que gera impacto positivo na adesão ao tratamento não farmacológico do DM. Explicar ao paciente do que se trata a doença e conscientizá-lo sobre as suas possíveis consequências traz, comprovadamente, benefícios diretos sobre a participação do indivíduo no seu autocuidado e, do contrário, seu desconhecimento impede um controle adequado da doença (TORRES, SANTOS; CORDEIRO, 2014).

A educação em DM prevê uma parceria entre o educando e o educador, com o objetivo de promover o autocuidado. O principal objetivo [...] é treinar o paciente na tomada de decisões referentes ao seu tratamento, transformando-o em gerente da sua doença e incentivando-o a utilizar o sistema de saúde como uma ferramenta para o seu controle, quando for necessário. Desta maneira, o processo educativo aumenta a autonomia dos pacientes. Para que este processo seja bem sucedido, o paciente deve ter participação ativa no processo de aprendizagem, o conhecimento de cada pessoa deve ser valorizado, assim como o tempo e o espaço para trocas de informações devem ser garantidos (GRILLO et al., 2013).

A prática do autocuidado deve ser ensinada e acompanhada. O paciente muitas vezes por estar se deparando com uma doença nova, pela dificuldade de acesso ao médico e a outros profissionais de saúde, ou mesmo por falha por parte dos profissionais que os acompanham,

acabam por não conseguirem executar corretamente esta que é a parte mais importante no tratamento do paciente com DM: a mudança no estilo de vida e o autocuidado, conduzido com algum grau de autosuficiência. (GRILLO et al., 2013).

No estudo abordado por Neta et al. (2015), observa-se uma grande deficiência dos profissionais de saúde em transmitirem um conhecimento efetivo aos pacientes diabéticos. No estudo, demonstrou-se, por exemplo, que 66,5% dos pacientes, em um universo de 331 pessoas, negavam ter recebido orientações em relação à inspeção do calçado antes de usá-lo, ou ainda que 53,8% nunca tinham recebido orientação com relação ao exame periódico e secagem do espaço interdigital dos pés. Em CUBAS et al. (2013), a equipe de enfermagem referia orientar 100% dos pacientes com relação ao uso correto de calçados para diabéticos, entretanto, 85% dos pacientes faziam uso inadequado destes com bico fino, salto, sapatos secos, apertados ou muito frouxos e com o uso em grande escala de chinelos de dedo de borracha ou similar.

Claro, muitos são os fatores que interferem em como o paciente vai se portar diante daquilo que é orientado pelo profissional: aspectos culturais e educacionais, habilidades e limitações individuais, juntamente com a experiência de vida, condição de saúde e disponibilidade de recursos. Fatores estes que devem ser levados em consideração quando se vai orientar a terapêutica do paciente. (ROSSANEIS et al., 2016).

Nesse sentido, os fatores socioeconômicos, podem ser considerados um dos que mais interferem no estilo de vida e nas práticas de autocuidado de indivíduos com DM, tendo em vista que o baixo poder aquisitivo e os baixos níveis de escolaridade estão relacionados a um menor acesso a saúde e medidas preventivas. (NETA; SILVA; SILVA, 2015)

No que se refere às barreiras econômicas, uma dificuldade que o paciente de baixa renda possui é o acesso às diversas tecnologias, desde a capacidade de aquisição de um glicosímetro até um atendimento especializado com um profissional de saúde. Em IMAZU et al. (2015) por exemplo, pôde-se observar um grupo de pessoas de uma rede privada (maior nível socioeconômico) e usuários de uma rede de serviço terciário (maior acesso a profissionais especializados), que determinaram na amostra um conhecimento e prática de autocuidado superior ao observado em outros estudos. Em VERAS et al. (2014), foi abordado como o acesso a nutricionistas e educadores físicos tinha impacto direto sobre o estilo de vida que os pacientes levavam.

Como fator social, constata-se uma importante deficiência na capacidade de assimilação e compreensão daquilo que é passado ao paciente. Nesse sentido, o letramento

em saúde dos pacientes (capacidade de usar a leitura, a escrita e a habilidade computacional em um nível adequado para atender as necessidades do cotidiano) e dentro dele, o numeramento em saúde (habilidade para acessar, usar, interpretar e comunicar informações e ideias matemáticas, para participar e administrar demandas cotidianas), são importantes instrumentos de avaliação para o estudo dessa deficiência, e que constataram a dificuldade da população e utilizar conhecimentos médicos em benefício próprio de forma independente. É importante atentar que estes escores não possuem relação direta com nível de escolaridade do indivíduo (SAMPAIO et al., 2015).

Segundo Santana et al. (2014), num estudo realizado em idosos, foi detectada grande dificuldade dos pacientes interpretarem os resultados obtidos em aparelhos domiciliares de monitoramento, como o glicosímetro. Esse estudo demonstra como parte da população, mesmo com acesso a equipamentos, ainda precisa de auxílio para o manejo de sua doença no dia a dia, principalmente pela baixa escolaridade dos pacientes.

Em Carthery-Goulart et al. (2009), avaliou-se o nível de letramento de 312 indivíduos atendidos no SUS, dos quais 32,4% indicavam letramento inadequado. A pesquisa demonstrou uma correlação positiva entre escolaridade e pontuação no b-TOFHLA (escala de letramento em saúde) e uma correlação negativa entre a idade e o nível de letramento. Em Rodrigues et al. (2012), observamos uma relação direta entre o grau de escolaridade e as atitudes de autocuidado com o DM, onde a maioria dos pacientes apresentados apresentavam baixa escolaridade e resultado insatisfatório para a compreensão e adoção de práticas de autocuidado.

No estudo realizado por Sampaio et al., (2015), em Fortaleza-CE, indo na contramão da maior parte dos estudos, mostrou-se pouca importância do letramento em saúde, por si só, como fator de influência no controle glicêmico dos pacientes. Entretanto, esse estudo mostrou importante correlação entre o numeramento em saúde e a efetividade do autocuidado dos pacientes diabéticos. Este dado é importante considerando os cálculos que um paciente diabético deve fazer na contagem de carboidratos na dieta, quanto às dosagens, horários e intervalos de medicação, além da própria interpretação de sua glicemia.

A baixa escolaridade e as limitações relativas às condições sociais e financeiras representam um desafio para os trabalhadores da área da saúde, porque são necessárias diferentes estratégias para fornecer educação no autocuidado (ROSSANEIS et al., 2016).

Outra característica observada, comumente entre pacientes diabéticos, é que a não adesão ao tratamento se deve ao fato dele requerer auto-cuidado a longo prazo. (MAIA; REIS; TORRES, 2016)

O autocuidado é de fundamental importância no prognóstico e qualidade de vida de pacientes portadores de diabetes melito. Quando bem executado, torna-se fundamental na prevenção dos efeitos deletérios da hiperglicemia persistente e suas consequências nesses pacientes.

Dessa forma, a educação é fator chave no desenvolvimento de habilidades de autocuidado, como seguir uma dieta saudável, praticar atividade física regularmente, monitoramento do perfil de glicose e de lipídeos, no uso da medicação e na adoção de comportamentos saudáveis para prevenir complicações. Além disso, a literatura indica o tempo de participação nos programas educacionais como um fator importante, e apresenta estudos que provam a eficácia das intervenções de longa e curta duração. (ROSSANEIS et al, 2016)

No estudo realizado em usuários de unidades de saúde de Belo Horizonte com 236 pacientes, uma intervenção educativa de no mínimo 8h mostrou-se estatisticamente importante ($p < 0,05$) no aumento dos escores de letramento em saúde dos pacientes ao longo de um ano. Além da educação, o tempo de investimento na transmissão do conhecimento ao portador de diabetes melito mostrou-se importante arma na condução do autocuidado desses pacientes (MAIA; REIS; TORRES, 2016).

Em um ensaio clínico randomizado, realizado também em Belo Horizonte, mostrou-se a eficiência da promoção do autocuidado e da autonomia através de telefonemas realizados num período de 6 meses com 210 usuários de 8 unidades de saúde. Ao final do estudo foram constatados importantes progressos no autocuidado (através do Questionário de Atividades de Autocuidado de Diabetes) dos pacientes do grupo submetido às intervenções educacionais por telefone (FERNANDES; REIS; TORRES, 2016).

O maior desafio na educação em saúde é tornar o doente capaz de adotar as medidas de autocuidado de forma independente e duradoura. É necessário, nesse sentido, que a educação envolva um esforço contínuo, e até permanente, para a transmissão do conhecimento com o objetivo de fazer com que os pacientes adotem de forma duradoura as medidas para o autocuidado, tendo em vista que tanto a motivação pessoal do paciente como a sua capacidade de aquisição do conhecimento ficam restritos se realizados por apenas um pequeno período de tempo. (IMAZU et al., 2015)

De qualquer forma, sabe-se que programas educacionais, tanto de curta como de longa duração, trazem impacto importante no controle da glicemia do diabéticos. No entanto, é possível que os comportamentos de autocuidado variem ao longo do tempo em resposta a mudanças nos fatores pessoais e ambientais (MAIA; REIS; TORRES, 2016) .

Para que as ações educativas gerem a aprendizagem, é necessário que elas se baseiem em um tipo acessível e emancipatório de educação em saúde, ou seja, o modelo dialógico da educação em saúde que é impulsionado pela problematização, construção de conhecimentos e habilidades, e com base no diálogo, mudanças prolongadas no comportamento e maior autonomia para a transmissão individual (IMAZU et al., 2015).

No estudo realizado por IMAZU et al. (2015) em Londrina-PR com 150 indivíduos usuários de rede privada, mostrou-se a eficácia da educação em indivíduos portadores de DM2 quando abordados tanto de forma individual como em grupo, ou com alguma das formas isoladamente. Nesse estudo, uma equipe multiprofissional realizava consultas periódicas, intervenções por telefone e encontros em grupo que favoreceram o esclarecimento de dúvidas, a aquisição de conhecimento sobre a doença e a redução do seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos.

Outro aspecto determinante na terapêutica do paciente portador de DM é o meio cultural-religioso em que ele está inserido. Em SANTOS et al. (2014), observa-se que a população de idosos estudados possuía uma visão de conformação com a sua condição, atribuindo muitas vezes a Deus ou a seus méritos o seu processo patológico. Isso pode ser apontado como um fator de risco para o interesse no autocuidado do paciente e na busca por ajuda profissional.

A relação médico-paciente, ou entre a equipe de saúde e o paciente, é outro fator determinante na adesão do cliente ao tratamento. Em SANTOS et al. (2014), os usuários destacaram como eles valorizam o tratamento respeitoso e atencioso. Com base nesses critérios, referiram estabelecer relações com os serviços de saúde por sentimentos positivos ou negativos. Nesse sentido, é comum que os usuários, sem critérios técnicos para avaliar o desempenho dos profissionais, usem parâmetros cotidianos para avaliar os trabalhadores, como a amabilidade, a boa vontade e a complacência, o que acaba por determinar a continuidade e o cumprimento dos tratamentos oferecidos.

Além do acima exposto, existe ainda uma dificuldade de aceitação da doença, por parte dos pacientes, num momento inicial, o que os leva a retardar o início do tratamento, muitas vezes até o momento em que já se iniciam as sequelas dos pacientes. (TORRES, SANTOS; CORDEIRO, 2014).

Nesse contexto, a diversidade de sentimentos relacionados ao diagnóstico de diabetes mellitus é clara. Aceitando o novo estado de saúde, as reações negativas como medo e raiva e a necessidade de mudança são sentimentos que devem ser ouvidos e trabalhados pelos profissionais de saúde, que devem intervir em suas dúvidas e ansiedades para tranquilizá-los sobre seus medos e apreensão. (TORRES; SANTOS; CORDEIRO, 2014).

Assim, cabe também ao profissional de saúde intervir na deficiência do paciente de modo que não interfira no bom andamento do seu tratamento e, se possível, utilizar em seu favor essa deficiência para fazer com que o paciente possa aderir ao seu próprio cuidado.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

O estudo em questão trata-se de uma revisão integrativa. A mesma favorece um empoderamento de ações e atitudes que dão subsídios para questões norteadoras clínicas, bem como possibilitam uma síntese de determinados assuntos que auxiliam no entendimento de fragilidades. A revisão integrativa é de suma importância, evidenciando-se que uma ferramenta de grande valia para se trabalhar a saúde individual e coletiva, seu estudo requer um conhecimento científico que quando associado a evidência ou prática clínica se torna relevante na tomada de decisão do pesquisador (MENDES, 2008).

4.2 COLETA E AMOSTRADOS DADOS

Primeiramente, estimulados pela questão norteadora (Que motivos levam o paciente diabético a não aderir ao seu autocuidado, permitindo-se chegar a sequelas tão graves?) iniciamos a coleta dos dados a partir dos descritores “diabetes AND autocuidado”. Procurou-se artigos dos últimos 5 anos, com estudos realizados no Brasil. A pesquisa ocorreu agosto e novembro de 2016, nas bases de dados da Scielo, LILACS, página eletrônica da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) e do PubMed, totalizando-se 25 artigos nas 3 bases de dados que estavam dentro do assunto abordado e dos critérios estabelecidos.

4.3 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A construção desse trabalho deu-se por meio de seis etapas. A primeira etapa foi a escolha do tema a partir da questão norteadora (Que motivos levam o paciente diabético a não aderir ao seu autocuidado, permitindo-se chegar a sequelas tão graves?), sendo o alicerce para o início do trabalho e para a construção das próximas etapas. Na segunda fase foram escolhidas os descritores que nos conduziram para o início da pesquisa “diabetes AND autocuidado” buscando-se entre os diversos tipos de artigo o tema abordado. Em seguida, na etapa três, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão explicitados abaixo. A quarta etapa constou na extração das informações e resultados relevantes das literaturas, confrontando os autores que contribuíam de alguma forma com o estudo. Na quinta etapa,

ocorreu a leitura, a análise crítica e sistemática dos estudos com a interpretação e discussão dos resultados. Por fim, na sexta etapa, houve a finalização do trabalho e uma síntese do conhecimento adquirido, chegando-se a uma conclusão.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: artigos com texto completo, publicados nos últimos seis anos (2011-2016), com pesquisa realizada no Brasil, que atendessem aos descritores “diabetes” e “autocuidado. Os critérios de exclusão foram: artigos que não contemplassem os descritores e artigos não publicados no Brasil.

Na base de dados da scielo foram encontradas 135 artigos, sendo filtrados apenas 58 do Brasil e, destes, apenas 30 dos últimos cinco anos. Foram então excluídos três artigos que não se referiam ao Brasil e quatro que fugiam ao tema proposto (dois falavam sobre outra doença - HAS e neurosarcoideose - e dois falavam de escalas de avaliação em letramento em saúde), restando apenas 23 artigos. No PubMed, os descritores nos revelaram sete artigos, todos dos últimos cinco anos, sendo apenas cinco com o texto integral. Foi excluído um referente à outro país, e dois que se repetiam tanto na base de dados da scielo como na PubMed, restando dois artigos. No LILACS foram encontrados 7004 artigos com os descritores, selecionados 3286 com o texto completo disponível, cinco destes no Brasil, e apenas um nos últimos cinco anos. No total foram utilizados 25 artigos para a composição desse trabalho, além de livros de referência na área médica.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observando a revisão integrativa apresentada, observa-se que no Brasil ainda existe pouca produção em relação ao assunto abordado. Isso se torna preocupante quando é avaliado que o DM é um problema de saúde pública de alta prevalência, e que acarreta prejuízos financeiros e na qualidade de vida dos acometidos por ela e de todos que os cercam.

No quadro são apresentados os resultados obtidos de forma sistemática nas bases de dados, que abrangiam o assunto abordado e que foram relevantes na construção deste trabalho.

QUADRO 1. Artigos selecionados para a revisão integrativa da literatura, nas bases de dados on-line, entre 2011-2015.

Título	Periódico	Autor	Ano	Resultado
Relationship between the users' contact time in educational programs on diabetes mellitus and self-care skills and knowledge	Revista da Escola de Enfermagem da USP	MAIA, M. A.; REIS, I. A.; TORRES, H. C.	2016	Verifica a relação entre o tempo de contato dos usuários em programas educacionais e auto-cuidado e variáveis de conhecimento em diabetes melito. Ressalta a importância de uma educação continuada para o bom desempenho do autocuidado desses pacientes
Differences in foot self-care and lifestyle between men and women with diabetes mellitus	Revista Latino-Americana de enfermagem	ROSSANEIS, M. A. et al.	2016	Investiga as diferenças em relação ao auto-cuidado do pé e estilo de vida entre homens e mulheres com diabetes mellitus, analisando que fatores de risco possui cada grupo para complicações nos membros inferiores
Evaluation of the telephone intervention in	Revista Latino-Americana	FERNANDES, B. S. M.; REIS, I. A.;	2016	Avalia a efetividade da intervenção telefônica para promover o autocuidado relacionado à atividade

Título	Periódico	Autor	Ano	Resultado
the promotion of diabetes self-care: a randomized clinical trial	de enfermagem	TORRES, H. C.		física e seguir um plano de dieta em usuários com diabetes, em comparação com o monitoramento convencional dos usuários em um período de seis meses, relacionando o tempo investido nas intervenções com o autocuidado.
Self-care activities and their relationship to metabolic and clinical control of people with diabetes Mellitus	Texto e Contexto - Enfermagem	COELHO, A. C. M. et al.	2015	Avalia o autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 e verifica sua relação com características sociodemográficas e clínicas.
Effectiveness of individual and group interventions for people with type 2 diabetes	Revista Latino-Americana de enfermagem	IMAZU, M. F. M. et al.	2015	Compara a eficácia de duas intervenções educativas utilizadas por um profissional de saúde no monitoramento de indivíduos com diabetes melito tipo 2 (DM2), quanto ao conhecimento da doença, ao impacto na qualidade de vida e à adoção de ações de autocuidado.
Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico	Ciência e saúde coletiva	SAMPAIO, H. A. C. et al.	2015	Analisa fatores associados ao letramento em saúde e sua relação com controle glicêmico em pacientes diabéticos.
Adesão das pessoas com diabetes <i>mellitus</i>	Revista Brasileira de Enfermagem	NETA, D. S. R.; SILVA, A. R.	2015	Analisa o autocuidado e a percepção dele em pacientes com diabetes melito tipo 2 na Estratégia

Título	Periódico	Autor	Ano	Resultado
ao autocuidado com os pés		V.; SILVA, G. R. F.		Saúde da Família, em Teresina-PI.
The health-disease process and the family health strategy: the user's perspective	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Santos, D. S. et al.	2014	Analisa os significados que os usuários atribuem ao seu processo saúde-doença e ao serviço da Estratégia de Saúde da Família, formulado pelos usuários em seu contexto sociocultural.
Self-care among patients enrolled in a self-monitoring blood glucose program	Revista Gaúcha de Enfermagem	Veras, V. S. et al.	2014	Verifica atividades específicas de autocuidado de pacientes com diabetes mellitus. Demonstrou que há maior dificuldade em relação à mudança de hábitos em detrimento da terapia medicamentosa.
Knowledge, attitudes and practices for the prevention of diabetic foot	Revista Gaúcha de Enfermagem	Policarpo, N. S. et al.	2014	Identifica os conhecimentos, atitudes e práticas para a prevenção do pé diabético em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Reforçou a deficiência da atenção básica dos pacientes em realizar o autocuidado.
Self-reported diabetes in older people: comparison of prevalences and control measures	Revista de Saúde Pública	Stopa, S. R. et al.	2014	Apresentou dados importantes sobre a prevalência de diabetes melito em idosos na cidade São Paulo, e a respeito das medidas de controle da glicemia desses pacientes.
Home visit: an educational health strategy for self-care in diabetes	Acta paulista de enfermagem	TORRES, H. C.; SANTOS, L. M.; CORDEIRO, P.	2014	Evidenciou a dificuldade de aceitação da doença por parte dos pacientes e utilizou a visita domiciliar como estratégia educativa de saúde, para orientar as

Título	Periódico	Autor	Ano	Resultado
		M. C. S.		práticas de autocuidado de pacientes com diabetes mellitus tipo 2.
Uso de equipamentos de monitoramento da saúde por idosos no ambiente doméstico	Revista brasileira de geriatria gerontologia	SANTANA, C. S. et al.	2014	Identifica os aparelhos de monitoramento da saúde que são frequentemente utilizados por idosos em ambiente doméstico, descrevendo as dificuldades apresentadas na utilização destes equipamentos.
Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos	Fisioterapia em movimento	CUBAS, M. R. et al.	2013	Verifica o conhecimento dos usuários do programa de diabetes acerca de cuidados preventivos ao pé diabético, identificando as orientações que o paciente recebe quanto à prevenção e a aderência aos procedimentos de autocuidado preventivos.
Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes	Revista da Associação Médica Brasileira	GRILLO, M. F. F. et al.	2013	Avalia como os diversos tipos de educação influenciam no autocuidado do paciente diabético.
Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem	Revista brasileira de enfermagem	CHAVES, M. O.; TEIXEIRA, M. R. F. SILVA. S. E. D.	2013	Descreve a percepção dos usuários sobre o processo saúde doença, constatando o misticismo envolvido na relação entre o paciente e aquilo que envolve o diabetes (tratamento, prevenção, presença dos profissionais de saúde).

Título	Periódico	Autor	Ano	Resultado
The effect of educational intervention on the disease knowledge of diabetes mellitus patients	Revista Latino-Americana de enfermagem	PEREIRA, D. A. et al.	2012	Avaliou a efetividade da ação educacional sobre o conhecimento da doença de pacientes com diabetes tipo 2.
Nível de atividade física e exercício físico em pacientes com <i>diabetes mellitus</i>	Revista da Associação Médica Brasileira	DUARTE, C. K. et al.	2012	Pacientes com DM ambulatoriais (adultos e usuários de insulina) foram avaliados conforme o nível de atividade física (questionário internacional; atividades moderadas, intensas e caminhadas realizadas em uma semana típica), questionados sobre prática formal de exercícios, autocuidado e episódios de hipoglicemia relacionados à atividade física e os motivos para não praticá-lo.
Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes <i>mellitus</i>	Acta Paulista de Enfermagem	RODRIGUES, F. F. L. et al.	2012	Relaciona o conhecimento e a atitude de usuários com Diabetes mellitus tipo 2 conforme a escolaridade e o tempo da doença.

É notável que, entre os estudos reunidos nesta revisão, grande parte dos usuários da rede básica, tinham uma baixa eficiência de seu autocuidado antes das medidas educativas tomadas. Isso nos permite inferir, como também é atestado na maior parte dos estudos, a relação entre a deficiência no autocuidado do diabetes e a falta de conhecimento em relação a

eles. Dentre esses estudos, educação em saúde foi apontada como fator essencial na promoção das medidas de autocuidado e fator modificador do processo saúde-doença.

Nos estudos apontados por Sampaio et al., (2015) e por Santana et al. (2014), observa-se uma correlação entre os escores obtidos no letramento em saúde e o grau de conhecimento sobre o autocuidado dos pacientes. A deficiência no conhecimento sobre a sua doença e o seu tratamento são abordados como fatores fundamentais para modificar os hábitos de autocuidado dos pacientes. Apesar de não haver uma relação direta entre letramento em saúde e escolaridade, pode-se inferir que o baixo grau de instrução e cognição da população é fator que dificulta o acesso ao conhecimento de sua moléstia e o seu tratamento, ao observar-se, por exemplo, a dificuldade de interpretação de resultados obtidos em glicosímetros nos estudos abordados por Santana et al. (2014).

Deve-se levar em conta que o tratamento do diabetes melito não é algo simples. Por envolver desde hábitos de automonitoramento e administração de medicações até mudanças no estilo de vida, o diabetes engloba uma série de cuidados que não é, a princípio, corretamente executadas por pessoas leigas. Assimilar as informações fornecidas como algo a ser praticado em sua rotina diária é, muitas vezes, um grande desafio ao paciente. Partindo disto fica nítida a necessidade de um acompanhamento profissional intenso, com uma rede de saúde adequada para receber esses pacientes. (STOPA et al. 2014).

Torres et al. (2014), infere a respeito da aceitação e do medo da doença, e como eles podem influenciar sobre o tratamento do paciente. Utilizou-se visitas domiciliares como ação transformadora da terapêutica dos pacientes e na mudança de seu prognóstico.

Já, em Maia et al. (2016), ressalta-se a importância do cuidado longitudinal e seu acompanhamento por uma equipe de saúde, tendo em vista que boa parte dos pacientes tendem a não dar continuidade no seu tratamento quando não estão sendo acompanhados. Em Fernandes et al. (2016), esse acompanhamento foi realizado por telefone, obtendo-se resultados positivos com as intervenções, sendo observado que quanto maior o tempo dedicado ao paciente, maior era a adesão do mesmo ao seu autocuidado de forma efetiva.

Em Neta et al. (2015), é apontado uma falha na comunicação entre o paciente e os agentes de saúde. Nesse estudo, todos os profissionais de saúde referiam dar corretamente as instruções questionadas em relação ao autocuidado dos pacientes diabéticos, entretanto, os pacientes, quando avaliados, não sabiam especificar as medidas orientadas corretamente. O estudo não busca se aprofundar no mérito das causas para tal acontecimento, mas deixa em aberto a temática para futuros estudos.

Santos et al. (2014), aborda o tema da crença da população e sua interferência no tratamento dos pacientes. Há um certo misticismo no modo como as pessoas, em especial os idosos, encaram o processo saúde-doença, e como isso altera o desenvolvimento da terapêutica desses pacientes.

Como apontado por Marques et al. (2013) os idosos constituem um dos grupos de maior risco para o desenvolvimento de complicações, uma vez que tipicamente apresentam baixa adesão ao autocuidado.

Veras et al. (2014), ressalta a importância de um cuidado multidisciplinar, destacando-se o papel do médico, enfermeiro, nutricionista e educador físico, no acompanhamento dos portadores de DM.

Independente da causa, fica claro em todos os estudos a necessidade de uma abordagem pessoal e individualizada para uma efetiva mudança no quadro de saúde que se apresenta. Em praticamente todos eles, principalmente os realizados na atenção primária, era nítida a grande deficiência na informação e execução das medidas de autocuidado. Muitas vezes, o próprio sistema de saúde, com uma organização incapaz de abranger todos os pacientes em suas necessidades individuais, é que deixa a desejar no que se refere à atenção às doenças crônicas. Ressalta-se a importância do cuidado continuado, tendo em vista as grandes dificuldades cognitivas, de escolaridade, sociais e educacionais dos pacientes atendidos na atenção básica, principalmente.

6 CONCLUSÃO

O autocuidado pode ser considerado a parte mais importante no tratamento do paciente diabético, pois beneficia o estado de saúde, reduzindo custos decorrentes de internações e complicações. O autocuidado exige mudanças de comportamento que somadas às orientações e ao uso de medicamentos, podem retardar e estabilizar o avanço da doença.

São muitas as dificuldades enfrentadas para uma efetiva ação do sistema saúde na promoção do autocuidado. O sistema de atenção básica ao paciente por si só, se realizado de forma tradicional, como vem sendo realizado, tem sido insuficiente para suportar o cuidado integral do qual o paciente necessita.

Atitudes simples como ligações, visitas domiciliares periódicas são medidas de baixo custo mas que causam grande impacto na vida dos pacientes e que, portanto, devem ser adotadas e estimuladas.

Uma rede de saúde com a capacidade de educação continuada a longo prazo, com foco no letramento em saúde, seria o ideal no nosso contexto, tendo em vista as diversas dificuldades encontradas, nos estudos apresentados, em o paciente aderir a um autocuidado efetivo e autosuficiente.

É necessária a formação, e atuação contínua, da equipe interdisciplinar em conjunto com os diabéticos e a sociedade civil organizada. A atenção primária à saúde deve ser capacitada para a realização de práticas educativas dialógicas e reflexivas que valorizem o nível cultural das pessoas. Adicionalmente, os profissionais envolvidos precisam intensificar as ações direcionadas ao aconselhamento e à comunicação, uma vez que foi demonstrada a eficácia das orientações na adesão às práticas de autocuidado.

Cabe ao profissional de saúde, com a ajuda de um sistema bem estruturado, saber reverter tais adversidades a seu favor e a favor do cliente. Construir uma relação médico-paciente positiva sempre que possível. Contextualizar dentro da sua religião ou cultura o tratamento ofertado, de modo a reforçar sua necessidade. Envolver a família e cuidadores no processo de aprendizado sobre a doença. Adequar, na medida do possível, o tratamento dentro das necessidades socio-econômicas dos pacientes. Por fim, permitir uma certa maleabilidade na hora de conduzir o tratamento de cada indivíduo dentro do seu contexto.

REFERÊNCIAS

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>>. Acesso em: 3 nov. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. 2012.

CHAVES, Miriam de Oliveira; TEIXEIRA, Mirian Rose Franco; SILVA, Sílvia Éder Dias da. **Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, [s.l.], v. 66, n. 2, p.215-221, abr. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672013000200010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200010&lang=pt>. Acesso em: 2 nov. 2016.

CARTHERY-GOULART, Maria Tereza, et al. **Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults**. Rev Saude Publica. 2009

COELHO, Anna Claudia Martins et al. **Self-care activities and their relationship to metabolic and clinical control of people with diabetes Mellitus**. Texto Contexto - Enferm., [s.l.], v. 24, n. 3, p.697-705, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000660014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300697&lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2016.

CUBAS, Marcia Regina et al. **Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos**. Fisioterapia em Movimento, [s.l.], v. 26, n. 3, p.647-655, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-51502013000300019>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502013000300019&lang=pt>. Acesso em: 7 nov. 2016.

DUARTE, Camila Kümmel et al. **Nível de atividade física e exercício físico em pacientes com diabetes mellitus**. Revista da Associação Médica Brasileira, [s.l.], v. 58, n. 2, p.215-221, mar. 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42302012000200018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200018&lang=pt>. Acesso em: 6 nov. 2016.

FERNANDES, Bárbara Sgarbi Morgan; REIS, Ilka Afonso; TORRES, Heloisa de Carvalho. **Evaluation of the telephone intervention in the promotion of diabetes self-care: a randomized clinical trial**. Revista Latino-americana de Enfermagem, [s.l.], v. 24, p.327-345, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0632.2719>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100396&lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2016.

GRILLO, Maria de Fátima Ferreira et al. **Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes**. Revista da Associação Médica Brasileira, [s.l.], v. 59, n. 4, p.400-405, jul. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.02.006>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000400021&lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2016.

IMAZU, Maria Fernanda Manoel et al. **Effectiveness of individual and group interventions for people with type 2 diabetes**. Revista Latino-americana de Enfermagem, [s.l.], v. 23, n. 2, p.200-207,

abr. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0247.2543>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200004&lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2016.

LONGO, Dan. et al. **Medicina Interna de Harrison**. 18. ed. Rio de Janeiro: Mcgraw Hill, 2012. 2 v.

MAIA, Mariana Almeida; REIS, Ilka Afonso; TORRES, Heloísa de Carvalho. **Relationship between the users' contact time in educational programs on diabetes mellitus and self-care skills and knowledge**. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [s.l.], v. 50, n. 1, p.59-64, fev. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342016000100008>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000100059&lang=pt>. Acesso em: 2 nov. 2016.

MALTA, Deborah Carvalho, et al.. **Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011**. Epidemiol Serv Saúde. 2014.

MARQUES, Marília Braga, et al. **Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado**. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [s.l.], v. 47, n. 2, p.415-420, abr. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342013000200020>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200020&lang=pt>. Acesso em: 2 nov. 2016.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto Contexto - Enferm., [s.l.], v. 17, n. 4, p.102-106, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2016.

NELSON, David Lehninger; COX, Michael Megher. **Princípios de Bioquímica de Lehninger**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

NETA, Dinah Sá Rezende; SILVA, Ana Roberta Vilarouca da; SILVA, Grazielle Roberta Freitas da. **Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés**. Rev Bras Enferm, [s.l.], v. 68, n. 1, p.111-116, fev. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680115p>>. Acesso em 2 nov. 2016.

PEREIRA, Dalma Alves et al. **The effect of educational intervention on the disease knowledge of diabetes mellitus patients**. Revista Latino-americana de Enfermagem, [s.l.], v. 20, n. 3, p.478-485, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692012000300008>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300008&lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2016.

POLICARPO, Natalia de Sá et al. Knowledge. **Attitudes and practices for the prevention of diabetic foot**. Revista Gaúcha de Enfermagem, [s.l.], v. 35, n. 3, p.36-42, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.45187>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000300036&lang=pt>. Acesso em: 1 nov. 2016.

RODRIGUES, Flávia Fernanda Luchetti et al. **Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus**. Acta Paul. Enferm., [s.l.], v. 25, n. 2, p.284-290, 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002012000200020>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200020&lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2016.

ROSSANEIS, Mariana Angela et al. **Differences in foot self-care and lifestyle between men and women with diabetes mellitus.** Revista Latino-americana de Enfermagem, [s.l.], v. 24, p.427-455, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1203.2761>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100384&lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2016.

SAMPAIO, Cynthia de Freitas; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante. **Nursing process as a strategy in the development of competence for self-care.** Acta Paul. Enferm., [s.l.], v. 25, n. 2, p.96-103, 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002012000900015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900015&lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2016.

SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho et al. **Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico.** Ciênc. Saúde Coletiva, [s.l.], v. 20, n. 3, p.865-874, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.12392014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300865&lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2016.

SANTANA, Carla da Silva et al. **Uso de equipamentos de monitoramento da saúde por idosos no ambiente doméstico.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, [s.l.], v. 17, n. 2, p.383-393, 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1809-98232014000200015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000200383&lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2016.

SANTOS, Débora de Souza et al. **The health-disease process and the family health strategy: the user's perspective.** Revista Latino-americana de Enfermagem, [s.l.], v. 22, n. 6, p.918-925, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0002.2496>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000600918&lang=pt>. Acesso em: 6 nov. 2016.

SILVA, Natália Chantal Magalhães da et al. **Foot reflexology in feet impairment of people with type 2 diabetes mellitus: randomized trial.** Revista Latino-americana de Enfermagem, [s.l.], v. 23, n. 4, p.603-610, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0036.2594>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400603&lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (Brasil). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.** 2015. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2016.

STOPA, Sheila Rizzato et al. **Self-reported diabetes in older people: comparison of prevalences and control measures.** Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 48, n. 4, p.554-662, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048005219>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400554&lang=pt>. Acesso em: 2 nov. 2016.

TORRES, Heloisa de Carvalho; SANTOS, Laura Maria dos; CORDEIRO, Palloma Maciel Chaves de Souza. **Home visit: an educational health strategy for self-care in diabetes.** Acta Paul. Enferm., [s.l.], v. 27, n. 1, p.23-28, jan. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400006>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000100006&lang=pt>. Acesso em: 2 nov. 2016.

VERAS, Vivian Saraiva et al. **Self-care among patients enrolled in a self-monitoring blood glucose program.** Revista Gaúcha de Enfermagem, [s.l.], v. 35, n. 4, p.42-48, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.47820>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000400042&lang=pt>. Acesso em: 7 nov. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014.** 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>>. Acesso em: 26 out. 2016.