



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

WALLISON PEREIRA DOS SANTOS

**REPRESENTAÇÃO CLÍNICA, COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO E
CRENÇAS ASSOCIADAS AO TRATAMENTO DE PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS.**

CUITÉ - PB
2018

WALLISON PEREIRA DOS SANTOS

**REPRESENTAÇÃO CLÍNICA, COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO E
CRENÇAS ASSOCIADAS AO TRATAMENTO DE PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem
do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal
de Campina Grande, campus Cuité, como requisito parcial
à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dra. Anne Jaquelyne Roque Barreto.

CUITÉ - PB

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes - CRB 15 - 256

S237r

Santos, Wallison Pereira dos.

Representação clínica, comportamentos de autocuidado e crenças associadas ao tratamento de pessoas com diabetes mellitus. / Wallison Pereira dos Santos. - Cuité: CES, 2018.

92 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) - Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2018.

Orientadora: Dra. Anne Jaquelyne Roque Barreto.

Coorientadora: Msc. Bernadete de Lourdes André Gouveia.

1. Diabetes mellitus. 2. Autocuidado. 3. Estilo de vida. I.
Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.379-008.64

WALLISON PEREIRA DOS SANTOS

**REPRESENTAÇÃO CLÍNICA, COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO E
CRENÇAS ASSOCIADAS AO TRATAMENTO DE PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem
do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal
de Campina Grande, campus Cuité, como requisito parcial
à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

DATA DE APROVAÇÃO: / /

Prof. (a) Dra. Anne Jaquelyne Roque Barreto
Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande

Prof. (a) MSc. Bernadete de Lourdes André Gouveia
Avaliadora Interna
Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira
Avaliador Interno
Universidade Federal de Campina Grande

Cuité-PB

2018

Dedico a presente pesquisa as pessoas mais importantes na minha vida, a razão de todo meu esforço, meu porto seguro, minha mãe **Da Luz** e ao meu pai **Edmilson** por me motivar tanto na busca pelos sonhos. Agradeço a Deus por ter me abençoado tanto ao me conceder uma família tão maravilhosa; por conhecer um amor tão fraterno e verdadeiro.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço à **Deus** por ter me abençoado para trilhar esse caminho até aqui, por todos os momentos difíceis ultrapassados, pois esses foram capaz de me tornar mais forte diante as adversidades da vida. Obrigado Senhor, por sempre reservar o melhor pra mim e me livrando de todo mal.

A minha mãe, **Maria da Luz**, sem sombras de dúvidas a melhor mãe do mundo inteiro, obrigado pelo companheirismo, pela amizade e conselhos, tudo isso é por ti. Obrigado por nunca ter duvidado que juntos iríamos conseguir. Te amo!

Ao meu pai, **Edmilson Regis**, esse herói que Deus me presenteou, que nunca mediu esforços para que esse momento chegasse. Muito obrigado meu pai por tudo, nunca vou poder retribuir o que fizeste por mim. Sei que muitas vezes o senhor renunciou seus próprios sonhos para que eu realizasse o meu.

A minha irmã **Milene Santos**, por todo o companheirismo e compreensão quando foi necessário, por sempre estar ao meu lado, sempre está combinando todas as atitudes comigo. Te amo, irmã.

A minha namorada **Fernanda Freitas**, por ser a pessoa com quem eu posso contar em todos os momentos da minha vida. Obrigado pela paciência, conselhos e companheirismo de todas as nossas lutas diárias. Te amo!

Obrigado as irmãs que Cuité me presenteou, **Myllene Miguel** e **Fernanda Texeira**, por ter me suportado durante toda a trajetória e ainda acrescentado o “**Ranço**” no nosso ciclo de amizades que de fato são pessoas maravilhosas, nos matamos de brigar, mas existe um sentimento bom, obrigado **Julyana Falcão**, **Mariana Alencar** e **Jessika Guimarães**.

Agradeço em especial a minha amiga, conselheira e mãe fora de casa, a você **Bernadete de Lourdes**, o meu muito obrigado, por todas as vezes que me apoiou em ideias, obrigado por sempre me motivar a ser um pesquisador, a seguir carreira acadêmica e me tornar um profissional. Não tenho nem palavras para agradecer por todos os ensinamentos, por toda a paciência, por toda disponibilidade, atenção e preocupação para além com nossa pesquisa.

Obrigado professora **Anne Jaquelyne**, por ter aceitado dar continuação a pesquisa na ausência da professora Bernadete. Muito obrigado pelos ensinamentos, dicas e orientações, pode ter certeza que a senhora foi muito importante para a construção deste trabalho.

A **Banca Examinadora**, agradeço primeiramente por terem aceitado participar desse momento tão importante, **Matheus Figueiredo Nogueira**, pelas imensas contribuições, no aperfeiçoamento deste trabalho. O senhor foi essencial para o engrandecimento desse estudo.

Agradeço ao Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW/UFPB por ter disponibilizado o espaço para realização da pesquisa, tal como aos participantes do estudo por terem favorecido aplicação do formulário e extração dos dados, sem eles esta pesquisa não teria acontecido, foram eles os principais protagonistas deste estudo. A cada um deles, meu muito obrigado.

“O Diabetes Mellitus é a pior doença que existe, ele é o câncer do século, o indivíduo vai definhando e se acabando até a morte” (participante da pesquisa, 2017).

LISTA DE CONVENÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

ADA	Associação Americana de Diabetes
AGE	Produto de Glicação Avançada
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DDAVP	Acetato de Desmopressina
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DP	Desvio Padrão
FA	Frequência Absoluta
FID	Federação Internacional de Diabetes
FR	Frequência Relativa
GPDOC	Grupo de Pesquisa em Doenças Crônicas
HLA	Antígeno Leucocitário Humano
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
MCS	Modelo de Crenças em Saúde
MODY	Maturity Onset Diabetes Of The Young
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
MS	Ministério da Saúde
NPH	Neutral Protamine Hagedon
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paraíba
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSP	Sensibilidade Protetora Plantar
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes

SPD	Sociedade Portuguesa Diabetologia
SPSS	Statistical Platform Analysis Advanced
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

RESUMO

SANTOS, W. P. **Representação clínica, comportamentos de autocuidado e crenças de pessoas com Diabetes Mellitus.** João Pessoa, 2018. 92f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité – PB, 2018.

O Diabetes Mellitus é um grupo heterogêneo de distúrbios que levam a deficiência e/ou restrição na produção de insulina, podendo ser por destruição da célula beta pancreática ou mesmo por inatividade da insulina. É importante ressaltar que por se tratar de uma doença crônica, o tratamento visa o controle glicêmico e a redução de agravos, não objetivando assim a cura. O entendimento das necessidades de saúde que o indivíduo apresenta perpassa a percepção da ausência de sintomas, é necessário fazer com que o usuário com Diabetes adira ao tratamento e sobretudo adote práticas protetoras da saúde, dessa forma se faz necessário que o profissional de saúde compreenda o comportamento do indivíduo e ainda o que pode interferir nesse comportamento, intervindo na lacuna da compreensão comportamental e acreditação deste na terapêutica proposta. O estudo tem como objetivo: analisar o estado clínico, comportamental e crenças das pessoas com Diabetes Mellitus atendidas no ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley. A pesquisa foi do tipo exploratória descritiva com abordagem quantitativa. Realizou-se com as pessoas com o diagnóstico de diabetes mellitus atendidas no ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, no município de João Pessoa – Paraíba. Para a coleta de dados, utilizou-se a aplicação de um formulário semi-estruturado desenvolvido pelo pesquisador, com abordagem direta aos participantes no momento da consulta. Para a análise dos dados foi empregada a utilização de método estatístico, o SPSS, versão 2.0, os resultados foram expressos através de tabelas e gráficos e discutidos conforme literatura atual e pertinente. Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, submeteu-se a pesquisa ao Comitê de ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley, conforme estabelecido na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e aprovada sob o parecer de número 2.039.944. A maioria dos participantes são acometidos pelo diabetes tipo 2 (75,7%) e fazem uso de hipoglicemiantes orais (49,7%). A análise comportamental permitiu inferir que os participantes do estudo adotam medidas preventivas e que de fato ocorre uma mudança comportamental após conhecimento da sua condição de saúde, com exceção da monitorização das taxas glicêmicas, que apresentou um baixo índice. A crença depositada no tratamento é positiva, e sofre influência do estímulo de pessoas que de acordo com o estudo residem no mesmo domicílio, fazendo refletir a baixa influência dos profissionais de saúde para a adesão a um estilo de vida saudável e continuidade do tratamento. Mediante os dados analisados é possível identificar o perfil clínico de pessoas com diabetes mellitus, tal como compreender o comportamento de autocuidado expressado pelos participantes e as crenças em relação ao tratamento, contribuindo para que os profissionais de saúde possam intervir ativamente, com estratégias que vislumbrem a adesão de indivíduos à práticas saudáveis de vida.

Descritores: Diabetes Mellitus; Autocuidado; Estilo de vida.

ABSTRACT

SANTOS, W. P. **Clinical representation, self-care behaviors and beliefs of people with Diabetes Mellitus.** João Pessoa, 2018. 92f. Graduation Work (Nursing Bachelor) - Nursing Academic Unit, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande, Cuité - PB, 2018.

Diabetes Mellitus is a heterogeneous group of disorders that lead to deficiency and / or restriction in insulin production, either by destruction of the pancreatic beta cell or even by inactivity of insulin. It is important to emphasize that because it is a chronic disease, the treatment aims at glycemic control and the reduction of diseases, thus not aiming at cure. The understanding of the health needs that the individual presents surpasses the perception of the absence of symptoms, it is necessary to make the user with Diabetes adhere to the treatment and above all adopt health protective practices, in this way it is necessary for the health professional to understand the behavior of the individual and also what can interfere in this behavior, intervening in the lacuna of the behavioral understanding and its accreditation in the proposed therapeutics. The objective of this study was to analyze the clinical, behavioral and beliefs of people with Diabetes Mellitus treated at the outpatient clinic of the University Hospital Lauro Wanderley. The research was descriptive exploratory type with a quantitative approach. It was carried out with people diagnosed with diabetes mellitus at the endocrinology clinic of the Lauro Wanderley University Hospital, Federal University of Paraíba, in the city of João Pessoa - Paraíba. For the data collection, the application of a semi-structured form developed by the researcher was used, with a direct approach to the participants at the moment of the consultation. For the analysis of the data was used the statistical method, SPSS, version 2.0, the results were expressed through tables and graphs and discussed according to current and pertinent literature. As it is a study involving human beings, the research was submitted to the Ethics Committee of the Lauro Wanderley University Hospital, as established in Resolution 466/12 of the National Health Council and approved under the opinion of number 2,039,944. Most of the participants are affected by type 2 diabetes (75.7%) and use oral hypoglycemic agents (49.7%). The behavioral analysis allowed to infer that the participants of the study adopt preventive measures and that in fact a behavioral change occurs after knowledge of their health condition, except for the monitoring of glycemic rates, which presented a low index. The belief in treatment is positive, and is influenced by the stimulus of people who according to the study reside in the same household, reflecting the low influence of health professionals for adherence to a healthy lifestyle and continuity of treatment. Based on the data analyzed, it is possible to identify the clinical profile of people with diabetes mellitus, such as understanding the self-care behavior expressed by the participants and the beliefs regarding treatment, contributing to health professionals being able to intervene actively, with strategies that adherence to healthy living practices.

Descriptors: Diabetes Mellitus; Self-care; Lifestyle.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Outras causas específicas de desenvolvimento do Diabetes Mellitus.....	28
---	----

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1-** Distribuição em frequência absoluta e porcentagem das informações sociodemográficas dos participantes do estudo. (n=185), João Pessoa, (PB), 2018.44
- Tabela 2-** Distribuição em frequência absoluta e porcentagem dos dados clínicos dos participantes do estudo. (n=185), João Pessoa, (PB), 2018.....47
- Tabela 3-** Distribuição em frequência absoluta e porcentagem das atitudes comportamentais segundo comportamentos de autocuidado propostos pela SBD dos participantes do estudo. (n=185), João Pessoa, (PB), 2018.52
- Tabela 4-** Distribuição em frequência absoluta e porcentagem das crenças em relação ao tratamento expostos pelos participantes do estudo. (n=185), João Pessoa, (PB), 2018.64

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Distribuição das complicações do DM mais frequentes dentre os participantes do estudo. (n=80), João Pessoa, (PB), 2018.50
- Gráfico 2** – Distribuição das práticas alimentares reveladas pelos participantes do estudo. (n=185), João Pessoa, (PB), 2018.54
- Gráfico 3** – Distribuição da frequência de realização das atividades físicas dos participantes do estudo. (n=185), João Pessoa, (PB), 2018.56
- Gráfico 4** – Distribuição da monitorização dos níveis glicêmicos dos participantes do estudo. (n=74), João Pessoa, PB, 2018.57
- Gráfico 5** – Distribuição das práticas preventivas em função da redução de complicações advindas do DM. (n=185), João Pessoa, (PB), 2018.59
- Gráfico 6** – Distribuição das manifestações clínicas relatadas pelos participantes que percebem alteração nos níveis glicêmicos. (n=129), João Pessoa, (PB), 2018.62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 OBJETIVOS.....	22
2.1 Objetivo geral.....	23
2.2 Objetivo específico.....	23
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	24
3.1 Origem do termo Diabetes Mellitus.....	25
3.2 Magnitude epidemiológica do Diabetes Mellitus.....	25
3.3 Sistema de classificação da doença metabólica.....	26
3.4 Restabelecimento dos níveis glicêmicos e tratamento.....	28
3.5 Complicações sistêmicas do Diabetes Mellitus.....	30
3.6 Comportamentos de autocuidado.....	32
3.7 Influência das crenças na adesão ao tratamento do DM.....	33
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	35
4.1 Tipo de estudo.....	36
4.2 Cenário do estudo.....	36
4.3 População e amostra.....	37
4.4 Instrumento de coleta de dados.....	39
4.5 Procedimento de coleta de dados.....	39
4.6 Aspectos éticos.....	39
4.7 Análise dos dados.....	40
4.8 Financiamento.....	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
5.1 Seção sociodemográfica.....	44
5.2 Seção clínica.....	46
5.3 Seção comportamental.....	51

5.4 Seção crenças.....	63
6 CONCLUSÃO.....	66
REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICES.....	78
ANEXOS.....	86

1 Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas as principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) até o ano de 2020 as mortes por DCNT corresponderá cerca de 73% das causas dos óbitos mundiais. Nos últimos anos as DCNT têm se tornado questão de preocupação global, não apenas no que se refere a saúde, mas também em vários outros setores pelo seu grande impacto social e econômico, que são consequências dos elevados índices de mortes, perda da qualidade de vida e alto grau de limitação das pessoas em suas atividades de trabalho e lazer (SILVA et al, 2013; MALTA et al, 2014).

Esse grupo de doenças é capaz de atingir pessoas de todas as classes socioeconômicas, porém com maior intensidade naqueles que fazem parte de camadas mais vulneráveis, como idosos, baixa escolaridade e sem renda. Entre as DCNT, destacam-se como mais prevalentes, as doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes mellitus (DM) e doenças respiratórias crônicas (MALTA et al, 2014).

O DM é um grupo heterogêneo de distúrbios de natureza metabólica provocada pela deficiência de produção e/ou da ação insuficiente da insulina, aumentando o nível de glicose no sangue (MATSUMOTO et al, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). Ocorre por alterações nas células beta do pâncreas, órgão responsável pela produção e liberação do hormônio insulina. A principal funcionalidade deste hormônio é promover o transporte e entrada de glicose para o interior das células, garantindo a atividade celular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). Com a falta de controle do nível glicêmico, alterações importantes no organismo ocorre e conseqüentemente aumenta o número de hospitalizações (MATSUMOTO et al, 2012).

O processo de urbanização, o aumento do envelhecimento populacional, obesidade, sedentarismo, maior sobrevivência, bem como a maior facilidade de acesso a produtos industrializados, são fatores que predispõem o surgimento do DM. Desencadeando uma verdadeira “epidemia” da doença no mundo e no Brasil. Estatísticas revelam que atualmente existem 387 milhões de diabéticos na população mundial e que a projeção deste cenário para o ano de 2035 se concentra em cerca de 471 milhões de pessoas, em que 80% corresponde a países em desenvolvimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

No ano de 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), revelou que o Brasil apresentava 6,2 % da população com 18 anos ou mais com diagnóstico de DM, traduzindo um

contingente de 9,1 milhões de pessoas. As regiões Norte e Nordeste foram as que apontaram menores incidências. A região Nordeste estimou 5,4% do total de sua população. Na capital do estado da Paraíba, João Pessoa, a incidência de pessoas com DM era de 9,3% do total da população, caracterizando um número de 331.945 mil pessoas com a doença no ano de 2013. Informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, apontam que 397.124 mil portadores foram cadastrados no grupo HiperDia no estado da Paraíba (DATASUS, 2015).

Pesquisa realizada no ano de 2013 pelo Ministério da Saúde (MS), apontou que o perfil de pessoas acometidas pelo diabetes mellitus eram idosos com 75 anos ou mais, do sexo feminino, de cor branca, com grau de instrução ensino fundamental incompleto e habitantes das macrorregiões mais desenvolvidas do país. A maior incidência na população feminina já foi atestada em outras pesquisas realizadas no Brasil, trazendo como fator uma subnotificação da população masculina, uma vez que as mulheres procuram mais os serviços de saúde, sobretudo no período gestacional. Outros estudos enfatizam a maior prevalência de sedentarismo nas mulheres, sendo um fator de risco para a doença metabólica (ISER et al, 2015).

O DM é uma doença que não tem cura, dessa forma, o tratamento visa o controle das taxas glicêmicas e aumento na qualidade de vida. O tratamento pode ser não medicamentoso, onde são adotadas medidas de mudança no estilo de vida, ou o tratamento medicamentoso que inclui os medicamentos orais e a introdução de insulina (BRASIL, 2013).

A atual classificação do DM se baseia na etiologia da doença e não apenas no esquema terapêutico de tratamento. Dessa forma, a classificação proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA), apontam quatro categorias classificatórias: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos de DM específicos e DM gestacional. O DM 1 é definido pela destruição das células beta que levam a deficiência de insulina, esse ainda é subdividido em tipo 1A (autoimune) e tipo 1B (Idiopático); o DM 2 é a forma mais comum verificada na população, cerca de 95% dos casos, caracterizado por distúrbios na ação e secreção da insulina e ainda na regulação hepática da glicose. Já os outros tipos específicos de diabetes mellitus são as formas de apresentação menos comuns, é bastante variada e depende da alteração de base, seja associada ou genética, a exemplos: diabetes neonatal, mitocondrial e outros. E o DM gestacional, caracteriza-se por qualquer espécie de intolerância à glicose, durante a gestação (SBD, 2016).

Diante da problemática apresentada, é possível realizar reflexões críticas acerca do planejamento, implantação e implementação de estratégias para o enfrentamento do DM. Dessa forma se torna necessário conhecer o perfil do público acometido pelo DM, a fim de promover um serviço de qualidade e efetivo, nesse sentido esse estudo se apresenta como único e singular, uma vez que não existem pesquisas que abordem os sete comportamentos de autocuidado estabelecidos pela SBD, no ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley, sendo assim de suma importância preencher essa lacuna.

Para a Ciência esse estudo é pertinente, pois demonstrará qual o perfil demográfico, social e clínico das pessoas com DM atendidas no ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Sendo assim é valioso para o serviço de saúde, bem como para os profissionais envolvidos e a comunidade científica, o conhecimento do perfil do público atendido na referida instituição.

A motivação em realizar o presente estudo foi consubstanciada a partir da minha participação no Grupo de Estudo e Pesquisa em Doenças Crônicas – GPDOC/UFPB, que aborda as mais diversas pesquisas em doenças crônicas, entre elas o DM. Somando-se a esta vivência no GPDOC, a experiência acadêmica como estudante de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande também pode permitir reflexões críticas no contexto do DM, permitindo o despertar para essa temática.

Sendo assim, a partir dessa vivência e da complexidade da doença, o DM torna-se um grande desafio para o serviço público de saúde, isso se deve ao processo fisiopatológico de natureza progressiva, ao aumento na prevalência e nos índices de hospitalizações. Neste contexto, emergiu os seguintes questionamentos: Qual o perfil sociodemográfico e clínico das pessoas com DM atendidas no ambulatório de Endocrinologia do HULW? Existem traços comportamentais de autocuidado expresso por tais indivíduos? As características sociodemográficas, clínicas, comportamentais e crenças das pessoas com Diabetes Mellitus influenciam na atitude de autocuidado e tratamento?

Pretendemos com os resultados desta pesquisa subsidiar informações que permitam melhorias no gerenciamento do ambulatório de Endocrinologia do HULW, seja no planejamento e/ou implementação de ações específicas e individualizadas para as pessoas atendidas com DM.

2 *Objetivos*

2.1 Objetivo geral:

- Analisar o estado clínico, comportamental e as crenças de pessoas com diabetes mellitus atendidas no ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

2.2 Objetivos específicos:

- Averiguar a representação sociodemográfica e clínica das pessoas com diabetes mellitus atendidas no ambulatório de Endocrinologia do HULW;
- Desvendar o comportamento de autocuidado das pessoas com diabetes mellitus atendidas no ambulatório de Endocrinologia do HULW;
- Identificar as crenças das pessoas com diabetes mellitus e sua influência no manejo terapêutico.

3 *Revisão da Literatura*

3.1 Origem do termo Diabetes Mellitus

O conhecimento do diabetes mellitus (DM) já data de vários séculos. Em 1500 a.C. o Papiro egípcio Ebers, descreve uma doença que se caracterizava pelo aumento do volume em grande quantidade de urina. Arataeus da Capadócia, no século II, denominou essa doença como diabetes, significando: “a carne do corpo e dos membros se derretia e se convertia em urina”. Foi observado que as pessoas com essa enfermidade, apresentavam não só o aumento da quantidade de urina, mas somava-se ainda o sabor doce e o aspecto espesso, adicionando dessa forma o termo “mellitus”, que ficou a cargo do pesquisador Thomas Willis em 1675. Os pesquisadores Minkowski e Von Mering realizaram uma experiência que ao remover o pâncreas de cães, detectou o surgimento do DM e no final do Século II o pesquisador Opie, no ano de 199 a.C. notou o aparecimento de lesões em células beta das ilhotas de pacientes que morriam com DM (PAULA et al, 2014).

O DM é caracterizado não apenas por uma única doença, mas por um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, o que é resultado de alterações na ação ou secreção da insulina (SBD, 2016). Segundo a Sociedade Portuguesa Diabetologia (SPD), o termo diabetes mellitus caracteriza uma alteração metabólica de etiologia múltipla, representada especificamente por uma hiperglicemia crônica, adicionado a distúrbios também no metabolismo dos hidratos de carbono, lipídios e proteínas (SPD, 2015). A grande incidência do DM vem aumentando nos últimos tempos, resultando em necessidade de uma maior atenção, uma vez que geralmente está associado à outras comorbidades como a dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial (BRASIL, 2013).

3.2 Magnitude epidemiológica do diabetes mellitus

Acredita-se que o número atual de pessoas com DM seja de 387 milhões e que em 2035 esse número aumente para 471 milhões de pessoas. É importante observar que cerca de 80% dessa população são residentes de países em desenvolvimento (SBD, 2016).

A Sociedade Brasileira de Diabetes afirma que no Brasil no ano de 2014 existiam 11,9 milhões de pessoas com Diabetes Mellitus, e a projeção para 2035 era de 19,2 milhões, mais prevalente em indivíduos que estejam na faixa etária de 20 a 79 anos. Quanto a incidência de mortalidade, estima-se que no ano de 2011 foram cerca de 33,7 mil óbitos, desse total 27,2 era

do sexo masculino e 32,9 feminino, dessa forma o DM ocupa entre a quarta e oitava posição das principais causas de morte (SBD, 2016).

O perfil do DM compreende uma população majoritariamente idosa, com idade entre 65 e 74 anos, de cor branca, ensino fundamental incompleto e do sexo feminino (ISER et al, 2015; SBD, 2016).

No estado da Paraíba o número de pessoas com DM em 2014 chegou a 209.025 mil indivíduos com a doença, representando cerca de 5,3% da população total, e um número de 3.648 óbitos registrados em todo o estado. Na capital João Pessoa o número de diabéticos chega a 47.197 mil pessoas com a doença, enquanto que o número de óbitos em 2016 apenas na capital chegam ao número de 132 mortes confirmadas pelo DM (DATASUS, 2015).

3.3 Sistema de classificação da doença metabólica

A classificação do DM foi definida pela Associação Americana de Diabetes (ADA) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), conforme as últimas publicações e diretrizes no âmbito nacional e internacional, organizam a classificação em quatro categorias: Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Diabetes gestacional e outros tipos específicos de Diabetes Mellitus (SBD, 2016; MARASCHIN et al, 2010).

O DM tipo 1 é descrito pela destruição das células beta pancreáticas, levando a um distúrbio na produção de insulina, geralmente essa destruição celular se apresenta por autoimunidade. O nível de destruição das células beta é bastante variável, ocorrendo de forma mais rápida em crianças e de maneira mais lenta no público adulto. É responsável por cerca de 5% a 10% de todos os casos de DM, normalmente se inicia antes dos 30 anos de idade, porém pode acometer pessoas de qualquer outra faixa etária. O DM1 é subdividido em tipo 1A e tipo 1B (SBD, 2016).

O DM tipo 1A também é conhecido por autoimune, consiste na autodestruição das células, ou seja, a defesa do próprio corpo entende que as células betas pancreáticas são corpos estranhos. Dessa forma inicia-se o processo de fagocitose dessas células com o propósito de eliminá-las. A sua fisiopatologia pode estar envolvida com fatores genéticos e ambientais. Já o tipo 1B, o Idiopático indica que não tem uma etiologia conhecida para o início do DM, é caracterizada pela inexistência de marcadores de autoimunidade e ainda pela não associação a partes do cromossomo do sistema Antígeno Leucocitário Humano (HLA),

sendo assim descartando a hipótese de uma possível combinação de carga genética especificamente no braço curto do cromossomo 6 (SBD, 2014, 2016).

No DM tipo 2 a fisiopatologia está associada por defeitos na ação e secreção da insulina e ainda na regulação da produção hepática de glicose, apresentando um estado de resistência à ação da insulina. É mais comumente observado na população, quando comparado ao DM 1, representando 90% dos casos. Não existe a relação com processos autoimunes e geralmente acomete pessoas com idade superior a 30 anos e que já apresentam pré-disposição genética. Nos últimos tempos observou-se uma grande quantidade de diabéticos de classificação tipo 2, ocasionado pela variação genética, porém a herdabilidade ainda é majoritariamente presente. Manifesta-se principalmente em indivíduos com história de excesso de peso, advindos da infância. Também há um aumento em casos de diabetes tipo 2 em crianças, adolescentes e adultos jovens (MARASCHIN et al, 2010; BRASIL, 2013).

O DM Gestacional é definido como qualquer espécie de intolerância à glicose de impacto relevante, de surgimento e diagnóstico durante o período gestacional, é caracterizado pela resistência à insulina e a diminuição da função das células beta. É observado em 1 a 14% de todas as gestações, aumentando o risco para morbidade e mortalidade perinatal, no Brasil 7% das gestações são de alto risco pela presença de hiperglicemia. Cerca de 4 a 6 semanas após o parto a mulher deve ser reavaliada e reclassificada de acordo com os aspectos mensurados, a saber: glicemia de jejum alterada; tolerância à glicose diminuída ou normoglicêmica. Geralmente após o período de expulsão do recém-nascido, os níveis glicêmicos do sangue retornam aos seus valores normais, porém pode não acontecer essa reversão e desenvolver assim o DM em um intervalo de tempo entre 5 e 16 anos pós-parto (SBD, 2016).

Ainda para a SBD, na quarta categoria da classificação do diabetes mellitus, apresenta-se o DM por causas específicas, representado por características peculiares, estão dispostos no quadro abaixo.

Quadro 1. Outras causas específicas de desenvolvimento do Diabetes Mellitus.

DIABETES MELLITUS E OUTRAS CAUSAS ESPECÍFICAS	
Defeitos genéticos na função das células beta	Incluem o Maturity-Onset Diabetes of the Young (MODY), diabetes neonatal, diabetes mitocondrial e outros. O MODY é caracterizado por alterações

	específicas na carga genética do indivíduo, ocasionando em mutações desses genes e alterações na forma e função das células beta pancreáticas em graus variáveis.
Defeitos genéticos na ação da insulina	Decorrentes de mutações no gene receptor, ocasionando a resistência à insulina e aumento da ação biológica dos andrógenos.
Doenças do pâncreas exócrino	Pancreatite, trauma com pancreatectomia e carcinoma pancreático são potenciais causadoras do Diabetes Mellitus.
Endocrinopatias	Ocasionam o aumento de hormônios contrarreguladores da ação da insulina, entre eles o hormônio do crescimento, cortisol e glucagon.
DM induzido por medicamentos ou agentes químicos	Estão associados com alterações no metabolismo da glicose, diminuindo a ação ou excreção da insulina, os agentes mais comuns são os glicocorticoides, ácido nicotínico e pentamidina.
Infecções	Em especial, as infecções por vírus, que apresentam participação no processo de gênese do diabetes mellitus. A infecção viral a nível do pâncreas pode induzir o surgimento do DM, a partir de dois mecanismos, a inflamação e a destruição direta das células beta.
Formas incomuns de DM autoimune	Pode-se citar a Síndrome de Stiff-Man e os Anticorpos antirreceptores de insulina.

Fonte: SBD, 2016; ARAUJO, 2013; SILVA, 2010.

3.4 Restabelecimento dos níveis glicêmicos e tratamento

Antes de iniciar o tratamento para DM, é importante salientar que este tem por finalidade a obtenção da normalidade dos níveis de glicose no sangue. Desta maneira é necessário ter o diagnóstico confirmado de DM, para iniciar a terapêutica e principalmente ter o conhecimento de qual tipo se trata. Sendo assim pode-se classificar o tratamento em duas grandes categorias, o tratamento medicamentoso e o não-medicamentoso (YARID et al, 2010).

O tratamento não-medicamentoso consiste em uma mudança no estilo de vida que a pessoa com DM deverá adotar, que inclui alteração do plano alimentar, inserção de atividades físicas e monitorização das taxas glicêmicas a fim de manter o bom controle. Já o tratamento medicamentoso é efetivado pelo uso de hipoglicemiantes orais, insulino terapia e ainda combinações terapêuticas dos dois tratamentos, sendo variante das características apresentadas por cada peculiaridade do DM (SBD, 2016; COSTA, 2011).

No DM1, se faz necessário um tratamento durante toda a vida por haver uma deficiência na secreção do hormônio insulina. A pessoa com Diabetes Mellitus tipo 1, após início do tratamento deve estar em constante reavaliação e monitorização das taxas glicêmicas, a fim de reajustar a dose de insulina de acordo com a necessidade apresentada. (RUBIN et al, 2011; LEAL et al, 2010).

Já no DM tipo 2, cerca de 80% dos indivíduos acometidos estão acima do peso, sendo necessário uma intervenção não-medicamentosa, visando a estabilidade do peso corporal e paralelamente o retorno dos níveis glicêmicos no sangue, em pacientes com valores acima de 300mg/dl, está indicado a inserção da insulina por um período provisório, até restabelecimento do valor padrão. Posteriormente devem seguir o tratamento não-medicamentoso, ou em alguns casos o auxílio de hipoglicemiantes orais associados que irão atuar com diferentes mecanismos de ação, especificamente para cada alteração celular que resultou no desequilíbrio do controle metabólico (ISER et al, 2015).

A insulina é um hormônio de origem protéica, administrado por via injetável. A grande parte das insulinas utilizadas são extraídas do pâncreas bovino e suíno, tendo em vista grande proximidade com a humana, uma vez que apenas o último aminoácido da cadeia é diferente, porém com o avançar da tecnologia hoje podemos encontrar insulinas sintéticas, feitas a partir de recombinações de DNA de células de outros tecidos que se apresentam livres de impurezas. A tipologia da insulina a ser utilizada irá depender do que se pretende alcançar com essa terapêutica. Deve ser levando em consideração o tempo de ação, início da ação, o pico e a duração do seu efeito, desta forma a Insulina se apresenta na sua forma regular, a Neutral Protamine Hagedorn (NPH) e ainda os análogos da insulina (LEAL et al, 2010).

A insulina regular apresenta um efeito mais rápido, de rápida ação e também de rápida duração, tem um aspecto incolor, enquanto que a insulina NPH possui aspecto leitoso e sua duração e ação é mais prolongada e lenta, tendo em vista que é associado a substâncias como Protamina e o Zinco. Os análogos da insulina são produzidos a partir da insulina humana e

modificada para atender a especificidade de indivíduos que por algum motivo não podem receber a insulina regular ou NPH, podendo ser de ação mais curta ou mais prolongada (SBD, 2016).

Os medicamentos hipoglicemiantes orais mais comumente utilizado no tratamento e manejo clínico do DM tipo 2 são: Biguanidas em que consiste na estimulação direta da glicose nos tecidos, removendo a glicose do sangue, como não estimulam a secreção da insulina, não necessita da integridade das células beta, a representante desse grupo medicamentoso é a metformina; As Tiazolidinedionas são hipoglicemiantes de segunda geração que agem aumentando e sensibilizando a ação da insulina no fígado, músculos e adipócitos, ativam os receptores nucleares que regulam o gene de ativação do metabolismo glicídico e lipídico, captando a glicose; As Sulfoniluréias estão relacionadas na regulação dos canais de K, inibem os canais de K, o que irá despolarizar as células beta pancreáticas, estimulando a entrada CA, ocasionando assim a secreção de insulina, os mais comuns dessa classe são a glibenclamida, gliclazida, glimeperidina e glipizida. Existem ainda outras classes medicamentosas com seus respectivos mecanismos de ação como os inibidores da alfa-glicosidade; Inibidores da dipeptidil-peptidase IV; Agonistas do GLP1 e as Glinidas (LEAL et al, 2010).

A intervenção em gestantes com DMG, inicialmente se dá pela orientação e reorganização do plano alimentar e estímulo à prática regular de atividades físicas. Recomenda-se o monitoramento glicêmico pré e pós-prandial em gestantes com risco de desenvolvimento do DMG, a dose ajustada de insulina se faz permitida entre a 29^a e a 33^a semana de gestação. Os análogos de insulina têm maior proveito do que a insulina regular, uma vez que promove melhor controle dos níveis de glicemia pós-prandial, sem que ocorra hipoglicemias. O tratamento para os outros tipos específicos de DM, irá depender da característica apresentada e da alteração observada. Sendo assim, a partir da mutação específica que poderá ou não ser utilizados os medicamentos hipoglicemiantes ou a insulina, e até mesmo a combinação de terapêuticas diferentes (SBD, 2016)

3.5 Complicações sistêmicas do diabetes mellitus

Com o aumento dos níveis de glicose no sangue, ocorre a formação endógena dos produtos de glicação avançada (AGEs), ocasionando dessa forma diversas complicações macrovasculares, incluindo danos celulares e teciduais. O dano celular ocorre pela modificação das estruturas intracelulares, que estão envolvidos na transcrição gênica. A

situação hiperglicêmica sustentada somando-se com o aumento dos AGEs na corrente sanguínea contribui para o desenvolvimento da aterosclerose, com o comprometimento de grandes vasos sanguíneos, a exemplo das artérias coronarianas, dos membros inferiores e as cerebrais (FERREIRA et al, 2011).

As principais complicações do DM são representadas pela Neuropatia diabética também conhecida por neuropatia autônoma diabética (NAD). Compromete cerca de 40% das pessoas com DM, afeta os sistemas cardiovascular, digestivo, glandular, além da motricidade pupilar. A retinopatia diabética é a complicação ocular mais severa, ocasionando a cegueira irreversível, normalmente se manifesta de forma tardia e é encontrada em mais de 90% dos indivíduos com DM1. Já as complicações cardiovasculares representam a principal causa de morte sobretudo em pacientes com DM2. A nefropatia diabética é outra complicação silenciosa do DM, e consiste em alterações no processo de filtração glomerular, comprometendo a excreção de pequenas quantidades de moléculas de proteína de baixa densidade através da urina (PASQUALOTTO et al, 2012; SBD, 2016).

A neuropatia diabética é classificada em quatro tipos principais: a neuropatia periférica, que é caracterizada pela perda da sensibilidades tátil, dolorosa e térmica dos membros inferiores (MMII); a neuropatia autonômica definida pela lesão nervosa do sistema nervoso autônomo que é responsável pelo controle do coração, bexiga, pulmões, estômago, intestinos, órgão sexuais e olhos; a amiotrofia diabética se expressa por afetar nervos da coxas, quadris, nádegas e pernas ao invés das extremidades, também é chamada de neuropatia femoral ou proximal, bastante comum em pessoas com DM2; e por fim, não menos importante, a mono neuropatia, sendo caracterizada por envolver e lesionar um nervo ou ramo específico, podendo ser na face, tronco ou pernas, ocorre geralmente pela compressão do nervo, mais comum em pessoas idosas diabéticas (SBD, 2015).

A neuropatia periférica é a complicação mais comumente observada em pessoas com DM, pode ser de natureza sensitiva ou sensitivo-motora, é definida por um dano difuso ou focal nas fibras nervosas periféricas somáticas ou autonômicas. O início acontece de maneira lenta, apresentando alguns sinais como: Formigamento, adormecimento ou queimação nos locais afetados. Inicialmente os danos são observados nos dedos dos MMII, posteriormente se estende para pés e pernas, as mãos também são envolvidas, porém, de forma mais tardia (PICON et al, 2011).

O pé diabético pode apresentar diversas outras consequências para a vida do indivíduo, que vão desde feridas crônicas, infecções, até amputações dos membros. As complicações do pé diabético são consideradas as mais graves e de maior impacto socioeconômico, sendo responsável por 70% do total de amputações não traumáticas de membros inferiores na população geral. A maior parte dessas amputações são de etiologia evitável. Dessa forma, assume considerável importância no tocante as abordagens de educação e saúde entre as pessoas com DM. Esta prática de Educação em Saúde possibilita a prevenção de ocorrência da ulceração dos pés, promovendo o autocuidado (MANUAL DO PÉ DIABÉTICO, 2016).

3.6 Comportamentos de autocuidado

O processo educacional das pessoas com DM tem como principal objetivo fornecer ao indivíduo, familiar e/ou cuidadores a possibilidade de assimilarem conhecimentos e técnicas, habilidades, atitudes e comportamentos para o manejo do diabetes, proporcionando uma melhor qualidade de vida, a fim de evitar ou adiar as complicações. Sendo assim, deve-se despertar nas pessoas com DM o reconhecimento central no papel de manejo de sua própria saúde por meio dos comportamentos de autocuidado (SBD, 2016).

Dessa forma, a Sociedade Brasileira de Diabetes apresenta os principais objetivos a serem alcançados pelas pessoas submetidas ao processo de educação em diabetes que devem ser seguidas em conjunto entre a pessoa com DM e a equipe multiprofissional: Incorporar hábitos saudáveis de alimentação e atividade física; compreender a ação dos medicamentos e da insulina; monitorar a glicemia; manusear e fazer aplicação da insulina adequada; tomar as medicações regularmente; desenvolver comportamentos para evitar o risco de complicações agudas como hipoglicemia e hiperglicemia, e complicações crônicas a exemplo de retinopatias, nefropatias, neuropatias e outras; resolver problemas que corrija adequadamente eventuais complicações como hipoglicemias e hiperglicemias e ainda manter equilíbrio emocional para conviver bem com o DM (SBD, 2016).

Existe grande dificuldade na adesão das pessoas com diagnóstico de DM aos comportamentos de autocuidado. Estudos demonstram que alguns fatores são influentes na não adesão a esse processo a partir do diagnóstico da doença, como: sentimentos de raiva, de tristeza e de depressão, e dificuldades no controle do DM. O principal desafio para a adesão ao comportamento de autocuidado está relacionado aos hábitos alimentares, uma vez que

acontece a variação de alimentos dentro da mesma casa, viagens que não permitem manter a dieta e ainda afirmam o elevado preço de alimentos integrais (SANTOS et al, 2014).

A Sociedade Brasileira de Diabetes juntamente com a Associação de Educadores em Diabetes desenvolveu pesquisas acerca do comportamento de autocuidado dos indivíduos com DM e a partir de seus resultados, define-se sete comportamentos que devem ser adotados, a saber: Comer saudavelmente, fazer atividades físicas, vigiar as taxas, tomar os medicamentos, encontrar soluções, reduzir riscos e adaptar-se saudavelmente (SBD, 2016).

3.7 Influência das crenças na adesão ao tratamento do DM

A adesão ao tratamento é fundamental para o controle e redução de complicações que podem ser acompanhadas do DM, porém existem diversos fatores que dificultam essa adesão ao tratamento, sobretudo ao medicamentoso. Estudos apontam que um tratamento longo ou finito é o tipo de maior rejeição ou até mesmo abandono por parte dos indivíduos. Alguns afirmam que o grande número de doses diárias e o alto custo financeiro podem refletir negativamente nessa adesão (ALMEIDA et al, 2013; BOAS et al, 2014).

A adesão à terapêutica proposta envolve diversos fatores que estão correlacionados entre si, sendo estes condicionados aos comportamentos adotados pelo indivíduo. Mesmo que o serviço de saúde ofereça todos os recursos, seja da prevenção à reabilitação, o comportamento é um fator considerado como primordial, uma vez que irá levar em consideração a questão as restrições alimentares, traços de autocuidado, envolvimento social, cultural e religioso (FARIA et al, 2014).

Sendo a adesão definida como o equilíbrio entre a prescrição e o comportamento do indivíduo, a adequada adesão acontece quando a pessoa consegue seguir as recomendações dos profissionais de saúde, associado o tratamento com a mudança comportamental necessária. As maneiras de avaliar uma adesão adequada são por meio da análise da mudança de comportamento como: aceitação da dieta, adoção de hábitos saudáveis, mudança no estilo de vida, comparecimento às consultas e controle da doença (SILVA et al, 2014).

A adesão sofre influência de determinadas situações e podem ser relacionados ao paciente, à interação profissional-paciente, ao profissional, aos comportamentos adotados, à organização dos serviços de saúde e à própria terapia. No entanto, o esclarecimento sobre a patologia e a sua condição clínica é um elemento chave para persuadir o paciente a aderir ao tratamento. Em relação ao paciente, pesam a condição socioeconômica e cultural, o acesso

aos serviços de saúde e a frequência às consultas. Muitas vezes, as crenças comportamentais, os costumes sobre as práticas de saúde, os valores e as percepções do paciente em relação à doença e ao tratamento são particulares (SANTOS et al, 2013).

São necessárias estratégias para a sensibilização do indivíduo à adoção de práticas saudáveis, dessa forma, entender e compreender as crenças e valores do indivíduo é fundamental, tendo em vista que diversos campos tem se apoiado sobre teorias e modelos psicológicos, para explicar a modificação comportamental, portanto cita-se o Modelo de Crenças em Saúde (MCS) como imperiosa no que diz respeito ao entendimento comportamental dos indivíduos sobre sua adesão ao tratamento (SANTOS et al, 2014).

O MCS é o modelo de maior influência e o mais amplamente pesquisado. É definido como a forma de tentar explicar porque as pessoas não se preveniam contra doenças ou agravos, cuja informações e tratamento são difundidos. Ele é baseado em quatro crenças, duas é a respeito da enfermidade e as outras duas relacionadas aos comportamentos de saúde para prevenir ou tratar a doença. Existem alguns estímulos que fazem parte do MCS que podem provocar a tomada de decisões, sendo de origem interna (sintomas) ou externa (influência da família, dos amigos, dos meios de comunicação) (COLETA et al, 2011).

4 *Percurso Metodológico*

4.1 Tipo de estudo

Esse estudo classifica-se como uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa. A escolha do tipo da pesquisa se deu a partir do objetivo de proporcionar visão geral acerca do tema, evidenciar a observação e a valorização dos fenômenos e estabelecer ideias através de resultado dos dados numéricos (GIL, 2008).

Para Gil (2010), as pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Nos estudos descritivos busca-se apresentar propriedades e características importantes de pessoas, grupos ou fenômenos, através de medições ou coleta de dados, com o objetivo de analisar e descrever tendências de um grupo ou população (AUGUSTO et al, 2013).

A pesquisa quantitativa é utilizada onde exista a necessidade de extrair e evidenciar indicadores e tendências a partir de grande quantidade de dados. Esses achados são filtrados, organizados e tabulados para depois serem submetidos a técnicas de organização e classificação bem como testes estatísticos para transformá-los em informações que serão analisadas e discutidas de acordo com um referencial teórico ou outras pesquisas relacionadas (MARTINS et al, 2013).

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em uma instituição hospitalar pública, vinculado ao Sistema Único de Saúde, precisamente no ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), localizado no município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba. Informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2016 a estimativa populacional no estado da Paraíba é de 801.718 habitantes. A cidade localiza-se na porção mais oriental das Américas e do Brasil, com longitude oeste de 34°47'30" e latitude sul de 7°09'28". O local é conhecido como a Ponta do Seixas (IBGE, 2016).

A seleção desse cenário se justificou pelo vínculo do orientando-pesquisador participante com o Grupo de Pesquisa em Doenças Crônicas-GPDOC vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB, e pela pesquisadora responsável desenvolver atividades de doutoramento na Universidade Federal da Paraíba; e ainda pelo ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley, local da pesquisa, ser referência nesse serviço para todo o estado paraibano.

4.3 População e amostra

A pesquisa foi realizada com o universo populacional de todas as pessoas atendidas no setor de Endocrinologia do HULW. Para Gil (2010), população se configura como o total de habitantes de determinado lugar, que possuem determinadas características, ou seja, um conjunto de amostras.

Amostra é um subconjunto da população, onde se estabeleceu determinadas características que as diferem das demais. A amostragem foi não probabilística do tipo por conveniência. Dessa forma a amostra do presente estudo foi composta de todas as pessoas com diagnóstico de DM atendidas no ambulatório de endocrinologia do HULW, que se enquadrassem nos critérios de inclusão.

A fim de definir o cálculo do *n*-amostral, foram solicitadas informações junto aos profissionais de enfermagem responsáveis pelo atendimento dos pacientes com DM na instituição a ser pesquisada, tendo em vista que não possuem sistema de cadastro informatizado do quantitativo dos pacientes atendidos no ambulatório de endocrinologia. Os profissionais de saúde dispõem de agenda individual com a estatística mensal das consultas que foram realizadas aos pacientes. Assim, foi solicitado aos mesmos a média mensal de atendimentos e dessa forma foi possível identificar que a média mensal de consultas correspondia a 180 pacientes com DM.

Assim, tomou-se como base para o cálculo do *n*-amostral o número de pacientes atendidos no ambulatório de endocrinologia nos meses de fevereiro e março de 2017, que totalizou 360 pacientes com diabetes mellitus. A escolha desses meses ocorreu para delimitar o período de coleta de dados proposto para o estudo.

Considerando a população de 360 pacientes que foram atendidos ambulatoriamente, o tamanho da amostra foi definido, admitindo-se nível de confiança de 95% e com base na margem de erro de 5%. Adotou-se o valor antecipado para *p* de 0,5 ou 50%, tendo em vista não haver número concreto do perfil clínico, comportamental e das crenças dos indivíduos. Dessa forma o número mínimo de pacientes com DM que foram abordados no estudo, foi determinado pela expressão:

$$n_0 = \frac{p \cdot (1-p) \cdot z^2}{e^2} \qquad n = \frac{n_0}{1 + (n_0/N)}$$

Onde:

n_0 = Tamanho da amostra;

N = É o tamanho da população ou universo investigado;

p = valor da prevalência estimada do evento ($p = 0,5$ ou 50%);

z = valor tabulado da normal reduzida para o nível de confiança de 95% ($z = 1,96$);

e = erro máximo admissível que o pesquisador está disposto a assumir para os resultados que serão extraídos a partir da amostra ($e = 0,05$ ou 5%);

n = é o tamanho mínimo da amostra que deverá ser selecionada.

$$n_0 = \frac{p \cdot (1-p) \cdot z^2}{e^2} \quad n_0 = \frac{0,5 (1-0,5) \cdot 1,96^2}{0,05^2} = 384,16$$

$$n = \frac{n_0}{1 + (n_0/N)} \quad \frac{384,16}{1 + (384,16/360)} = 185$$

logo, $n = 185$.

Nessa pesquisa com n -amostral de 185 pacientes em atendimento no ambulatório de endocrinologia do HULW, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: pessoas com idade superior a 18 anos; com capacidade de verbalização; aceitasse participar livremente do estudo, ao promover a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quanto aos critérios de exclusão, foram desconsiderados da pesquisa pacientes em atendimento de primeira consulta. É importante destacar que a amostra selecionada para o estudo seguiu de acordo com o cálculo do n -amostral, respeitando o número mínimo de 185 participantes.

Quanto aos riscos dessa pesquisa, foram mínimos, restringindo-se apenas a possibilidade de constrangimento durante a entrevista, visto que o tema proposto irá abordar as representações clínicas, comportamentais e crenças, bem como as possíveis interferências para atitudes de autocuidado das pessoas com DM.

4.4 Instrumento de coleta de dados

As informações foram extraídas através de um formulário semi-estruturado, presente no apêndice B. Segundo Lakatos e Marconi (2010) o formulário é um dos instrumentos essenciais para a investigação social. O autor define formulário como sendo uma lista formal, catálogo ou interrogatório, em que o preenchimento é feito pelo próprio investigador, na medida que realiza as observações ou recebe as respostas.

1.4 Procedimento de coleta de dados

A presente pesquisa iniciou-se após a autorização do Comitê de ética em pesquisa (CEP). O pesquisador entrou em contato prévio com a coordenação do ambulatório de endocrinologia do HULW, para fins de apresentação da pesquisa e posteriormente agendou os dias de coleta dos dados, apresentando a razão de realizar a pesquisa, o modo de como deverá ser executada, seguindo os requisitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12.

Como no referido ambulatório notou-se um grande número de consultas de retorno, optou-se por dividir a coleta dos dados em duas etapas temporais, utilizando 15 dias de coleta no mês de julho e outros 15 dias do mês de agosto. Dessa forma evitando ao máximo que o mesmo participante pudesse ser reabordado.

4.6 Aspectos éticos

Ao se tratar de uma pesquisa envolvendo informações de seres humanos, os princípios éticos foram considerados, sendo estes estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que em suas atribuições recomenda em seu capítulo III que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender as exigências éticas e científicas fundamentais, destacando-se entre seus princípios éticos (capítulo III, item 2.g) a necessidade do TCLE devidamente assinado pelo participante da pesquisa e a submissão do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa.

No intuito de atender a resolução supracitada, foi esclarecido aos participantes os objetivos da pesquisa e a garantia do anonimato, bem como a autonomia que este tem de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem que sofra nenhum tipo de penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro. Para aqueles que aceitaram participar, foi apresentado então o TCLE, que foi lido e assinado em duas vias, uma via sob a tutela dos participantes e outra via sobre a guarda dos pesquisadores, por um período de cinco anos.

A fim de cumprir as exigências estabelecidas pela Resolução nº 466/12, o presente estudo foi submetido a Plataforma Brasil, de onde encaminhou o projeto ao CEP do HULW que aprovou a pesquisa com parecer favorável de nº 2.039.844.

4.7 Análise dos dados

A contribuição do método estatístico é fornecer uma descrição quantitativa da amostra selecionada, considerando como um todo organizado. Assim, definem-se e delimitam-se as classes sociais, pertencendo às características dos membros dessas classes e após, mede-se sua importância ou variação, ou qualquer outro atributo quantificável que contribua para o seu melhor entendimento (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Existem duas fases da análise, a saber: apresentação do material e tratamento, e interpretação dos resultados. Na apresentação do material, é necessária a escolha de unidades de codificação, enumerando a frequência e a intensidade surgida no documento, a determinação das categorias a serem empregadas na codificação do conteúdo dos dados, a partir das hipóteses da investigação e o registro e quantificação dos dados. Já o tratamento e interpretação dos resultados iniciam-se com a análise invariável. Somam-se provas estatísticas e testes de validade, podendo, posteriormente, fazer inferências e interpretações do resultado (MARCONI; LAKATOS, 2007).

No processamento dos dados, foram organizados numa planilha do *Microsoft Office Excel 2010*, e repassados para *Microsoft Office Access 2013* com finalidade de confeccionar os dados necessários para o processamento no *Software SPSS versão 20*. Este *Software* formulou dados sobre a frequência de todas as variáveis. Em que foi considerado em nível de significância de 95% em todas as análises. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos.

5 Resultados e Discussão

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa. No sentido de permitir uma melhor visualização e interpretação, as informações serão distribuídas em 4 (quatro) grandes blocos, a saber: seção sociodemográfica, clínica, comportamental e crenças dos indivíduos, em que os dados do estudo são comparados com a literatura atual e pertinente à temática, abordando os pontos de convergência e divergência.

5.1 Seção sociodemográfica

Tabela 1 - Distribuição em frequência absoluta (f) e porcentagem das informações sociodemográficas dos participantes do estudo (n=185). João Pessoa (PB), 2018.

Variáveis	Categorias	f	%
Sexo	Masculino	51	27,6%
	Feminino	134	72,4%
Estado civil	Solteiro	32	17,3%
	Casado/união estável	103	55,7%
	Viúvo	34	18,4%
	Divorciado	16	8,6%
Faixa etária	<19 anos	02	1,3%
	20 a 39 anos	12	6,4%
	40 a 59 anos	73	39,4%
	60 a 79 anos	92	49,7%
	80 anos ou mais	06	3,2%
Anos de estudo	Sem escolaridade	14	7,6%
	1 a 5 anos de estudos	69	37,3%
	6 a 10 anos de estudos	25	13,5%
	11 a 15 anos de estudos	48	25,9%
	Acima de 15 anos de estudos	29	15,7%
Arranjo familiar	Mora sozinho	20	10,8%
	Com familiares/cuidadores	165	89,2%

TOTAL	185	100%
--------------	------------	-------------

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A Tabela 1 apresenta um compilado de todas as variáveis sociodemográficas dos participantes do estudo. De acordo com a amostra selecionada a maioria dos participantes é do sexo feminino (72,4%); quanto ao estado civil 55,7% da amostra possuem união estável ou são casados. Em relação a faixa etária, o maior percentual foi de 60 a 79 anos, representando 49,7%; já quanto aos anos de estudo é possível observar que são pessoas escolarizadas, uma vez que 41,6% tem no mínimo ensino médio. No que diz respeito ao arranjo familiar 89,2% residem com familiares ou cuidadores.

A questão cultural sobre a relação entre o autocuidado e a sexualidade de fato pode ser observada na prática clínica, tendo em vista o quantitativo observado de pessoas do sexo feminino, revelando a influência da masculinidade hegemônica, em que o homem considera-se como um ser que nunca adoece, viril, forte e provedor da família acima de qualquer situação, não admitindo fraqueza ou mesmo um possível adoecimento, uma vez que isso representa ferir a masculinidade, quando este assume uma posição cultural (COELHO et al, 2017).

Estudo realizado por Oliveira (2016) revela que a questão cultural da masculinidade se sobrepõe à saúde, levando em consideração que os homens não costumam procurar o serviço de saúde para fins de prevenção, essa busca só acontece quando o problema de saúde está em estágio avançado. E essa questão é imposta pela própria sociedade, desde o nascimento, desenvolvimento e envelhecimento do homem.

A maior parte dos participantes é casada e/ou possuem união estável (55,7%). Esse é um ponto positivo, levando em consideração que esses indivíduos estão sujeitos a uma demanda maior de cuidados por seu companheiro ou companheira. Nos casos de pessoas que moram sozinhas, a prática do autocuidado parece ser precária e insuficiente para o equilíbrio do processo saúde/doença e domínio da autonomia (GRAZZIANO, et al 2014).

A literatura destaca que os viúvos e solteiros estão mais propensos a não realizarem as medidas de autocuidado, quando comparadas as pessoas casadas, pelo fato de terem um companheiro que possam dividir sentimentos, emoções, ajuda mútua, seja no auxílio a um tratamento ou até mesmo na companhia da vida cotidiana, diminuindo muito o risco de

desenvolvimento de distúrbios psicológicos e até mesmo de abandono da terapêutica (DURIDAN et al, 2014).

De acordo com a atual transição demográfica do país, é possível observar a diminuição da taxa de fecundidade e aumento da perspectiva de vida, levando a inversão da pirâmide etária, onde a maior frequência são de pessoas idosas, justificando o maior percentual de participantes do estudo ser idosos. Juntamente com essa transição nota-se também a mudança do perfil epidemiológico, uma vez que as doenças mais comuns deixam de ser as infecciosas para dar lugar as doenças de cunho crônico-degenerativo, sendo essas, variáveis de acordo com o estilo de vida adotado pelo indivíduo durante toda a sua trajetória, como é o caso do DM (MARINHO et al, 2016).

Na variável anos de estudo é possível constatar que trata-se de pessoas escolarizadas, um fator de extrema importância para o entendimento do processo saúde-doença pelos próprios indivíduos. O analfabetismo ou tempo exíguo de escolaridade interfere diretamente no nível de conhecimento e entendimento sobre a patologia, especialmente no DM. Dessa forma, o conhecimento pode evitar tomada de decisões errôneas acerca da adesão ao tratamento, do autocuidado e até mesmo de automedicações. O desconhecimento pode aumentar as chances do indivíduo se expor a complicações que na maioria das vezes são evitáveis. O esclarecimento pode despertar na pessoa a busca por práticas preventivas como uma alimentação saudável, exercícios físicos e a resolução rápida de complicações agudas, a exemplo de hiperglicemia ou hipoglicemias relacionadas ao tratamento e controle do DM (CUNHA et al, 2017).

O maior percentual é de 1 a 5 anos de estudo (37,3%) que pode ser justificado pelo cenário da pesquisa, tratando-se de uma cidade desenvolvida e referência para todo o estado, infere-se afirmar que seus habitantes possuem maior acesso aos serviços educacionais. Sendo que quanto menor o nível, conseqüentemente menor será a compreensão de atender efetivamente as necessidades de saúde e doença. Logo, é possível remeter que a pessoa com DM e que se encaixe na situação de vulnerabilidade, como a baixa escolaridade, terá maior chance de desenvolver complicações (NASCIMENTO et al, 2015).

Cerca de 90% dos participantes do estudo residem com familiares/cuidadores, revelando que o cuidado parece acontecer no próprio domicílio. De acordo com Lima et al (2016) os familiares se tornam os principais responsáveis pelo cuidado, muitas vezes esse

cuidado é despendido pelo próprio cônjuge e ocorre de forma inapropriada, seja pela falta de conhecimento ou mesmo pela própria condição física do indivíduo.

5.2 Seção Clínica

Tabela 2 - Distribuição em frequência absoluta e porcentagem dos dados clínicos dos participantes do estudo (n=185). João Pessoa (PB), 2018.

Variáveis	Variantes	f	%
Classificação do DM	Diabetes mellitus tipo 1	40	21,6%
	Diabetes mellitus tipo 2	140	75,7%
	Diabetes mellitus gestacional	04	2,2%
	Diabetes mellitus específico	01	0,5%
Terapêutica adotada	Spray inalatório	01	1,0%
	Insulinoterapia	45	24,4%
	Hipoglicemiantes orais	93	49,7%
	Terapia associada	46	24,9%
Forma de monitoramento das taxas	Glicemia plasmática	54	29,2%
	Hemoglobina glicada	45	24,3%
	Glicemia capilar	86	46,5%
Complicações do DM	Sim	80	43,2%
	Não	105	56,8 %
TOTAL		185	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Nesta seção é majoritária a presença do Diabetes Mellitus tipo 2 (75,7%). Esse fato está intimamente ligado a uma maior frequência da faixa etária observada, entre 60 a 79 anos, idade comumente associada ao DM 2. Foi descrito ainda a frequência de apenas 1 (0,5%) participante acometido pelo DM específico, o DM insipidus de ocorrência muito rara, cerca de 1 em 10 mil.

Quanto a terapêutica adotada um total de 92 (49,7%) participantes fazem uso de hipoglicemiantes orais. Dentre a classe mais utilizada cita-se as biguanidas, a Metformina (78,2%); o outros 20,8% que utilizam hipoglicemiantes orais fazem uso da classe das sulfonilureias (glibenclamida, glicazida, glifage e glimepirida). É imperioso destacar que pela presença do DM específico, foi encontrado uso de medicação por via inalatória, DDAVP (1,0%).

Merece destaque ainda o quantitativo do uso contínuo de insulino terapia (24,4%), tendo em vista essa terapia é indicada logo de início para o tratamento do DM 1 ou quando ocorre descompensação severa no DM 2, que mesmo fazendo uso combinado de hipoglicemiantes orais não é possível estabelecer níveis normais de glicose sanguínea. Em contrapartida o uso prolongado de insulina pode ocasionar diversos efeitos colaterais como: lipodistrofia, reações alérgicas sistêmicas e ainda resistência à insulina. No que diz respeito a forma de monitoramento mais frequente, destaca-se a Glicemia capilar (46,5%), procedimento que pode ser realizado no âmbito domiciliar e de fácil interpretação.

A classificação do DM se dá pela especificidade da origem do problema, seja por defeitos/destruição das células beta pancreáticas, resistência à insulina, ineficiência da insulina ou elevação dos níveis glicêmicos por uma condição transitória na vida, entre outras. Sabe-se ainda que o DM1 é mais comumente observado em indivíduos jovens e que possuem certo grau de hereditariedade, enquanto o DM2 está relacionado ao estilo de vida do indivíduo e acomete mais as pessoas acima de 30 anos e idosos, reforçando o que foi encontrado no presente estudo pela maior quantidade de pessoas idosas com DM2 (GARCIA et al, 2017).

O DM2 está intimamente relacionado ao estilo de vida adotado pelo indivíduo durante toda a trajetória, tendo em vista que pessoas cujo estilo de vida sempre foi desregrado, inatividade física, alimentação rica em lipídios e carboidratos, que fizeram uso de cigarro, álcool e outras drogas são mais suscetíveis a desenvolver o DM em alguma fase da vida (CORADINI et al, 2017).

Costa (2016) afirma que a mudança no perfil epidemiológico traz consigo uma mudança também no perfil de pessoas com DM, uma vez que com a maior oferta de produtos industrializados, maior acesso a *fast food's*, ao aumento da inatividade física, fazem com que aumentem os fatores de risco para desenvolvimento de doenças crônicas, como o DM, sendo possível observar a presença em indivíduos cada vez mais jovens, ligado também ao estilo de vida e não apenas ao quesito hereditariedade. O número de jovens com idade média de 20

anos com DM2 chega a 11,6 milhões e a previsão é que até 2030 esse número duplique (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2014).

O tratamento do DM irá depender da causa que o levou ao aumento dos níveis glicêmicos. É constituída por administração de insulinas, hipoglicemiantes orais e mudança no estilo de vida, o chamado tratamento não medicamentoso. De acordo com dados do estudo, o maior percentual observado foi de DM2 e conseqüentemente maior número de indivíduos que fazem uso dos hipoglicemiantes orais. É importante destacar que o indivíduo diagnosticado com DM2 de imediato irá traçar um plano alimentar e de atividades físicas com vistas a diminuição desse nível glicêmico. Caso não seja possível, fará uso de mono-terapia, mesmo assim se não houver o controle, ele poderá fazer uso da terapia combinada entre duas medicações e posteriormente da insulinoterapia. Vale ressaltar que a terapia não medicamentosa deve estar presente durante todo o tratamento, como coadjuvante (ARRELIAS et al, 2015; SBD, 2017).

Tendo em vista o alto número de participantes que fazem uso de hipoglicemiantes orais, deve-se chamar atenção para o fenômeno da polifarmácia, tendo em vista que os indivíduos com DM, não possuem apenas essa doença de maneira isolada, mas tem outras patologias associadas, sendo assim fazem uso de diversas medicações ao mesmo tempo. A politerapia é justificável quando permite obter efeito terapêutico sinérgico, portanto aumentando a eficácia do tratamento, ou para a terapia de múltiplas doenças coexistentes. Embora a escolha seja sempre pela prescrição do menor número possível de medicamentos, em especial a monoterapia, a prescrição de vários medicamentos para o tratamento de uma patologia é uma prática médica muito comum e, muitas vezes necessária (PEREIRA et al, 2017).

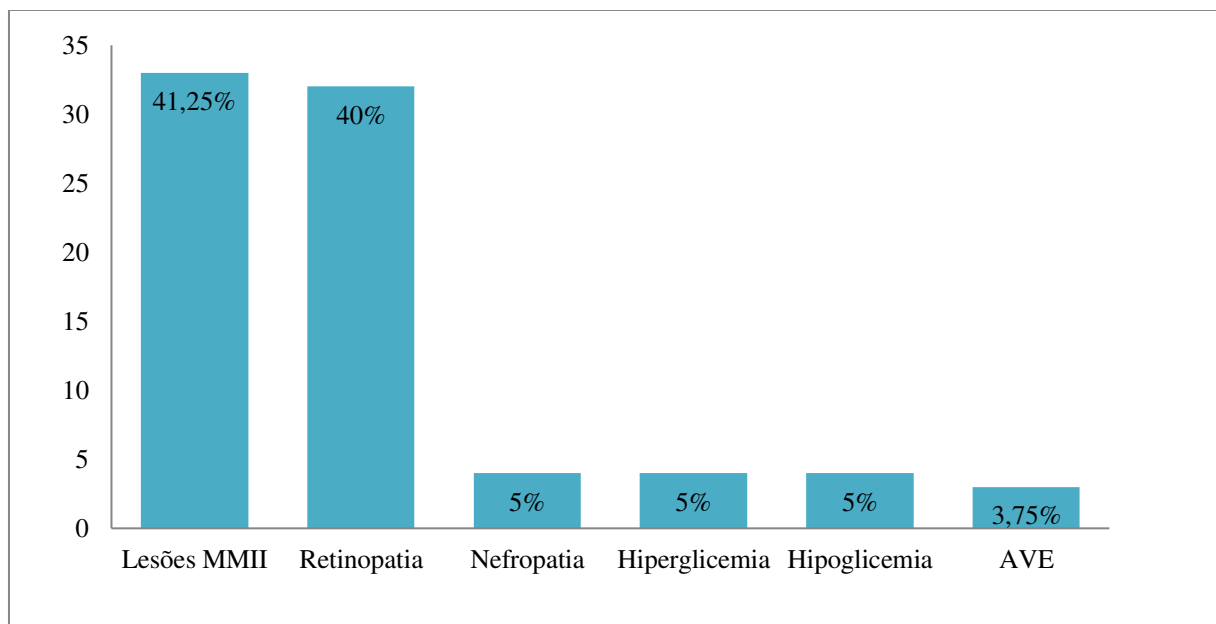
Frente ao evento de polifarmácia e das possíveis interações medicamentosas. É notável a importância da devida orientação dos pacientes com DM tipo 2 que seguem com o tratamento medicamentoso, de modo a vislumbrar um equilíbrio glicêmico, sem que haja a interferência de outras drogas (ROLIM et al, 2016).

Para um efetivo controle dos níveis glicêmicos é importante que ocorra a sua monitorização. No presente estudo é possível identificar que a maioria dos indivíduos que realizam o monitoramento, lançam mão do método de glicemia capilar. Monteiro et al (2015) relata a importância do auto monitoramento domiciliar como medida de autocuidado, levando

em consideração que essa medida é capaz de evitar diversas complicações e agravos, como retinopatia, nefropatia e retinopatia. A SBD (2017) completa ao afirmar que o monitoramento das taxas glicêmicas faz parte dos 7 (sete) comportamentos de autocuidado que devem ser vislumbrados pelo indivíduo com DM a fim de ter uma melhor qualidade de vida.

No que diz respeito às complicações, a maioria (56,8%) dos participantes referiram não ter desenvolvido complicações advindas do DM. Esse fato é justificado pela grande quantidade de pessoas com DM2 e nesse tipo de DM as complicações de cunho crônico são mais prevalentes após anos depois do diagnóstico da patologia (CORTEZ et al, 2015).

Gráfico 1 - Distribuição das complicações do DM mais frequentes dentre os participantes do estudo. (n=80). João Pessoa (PB), 2018.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

No que diz respeito ao surgimento de complicações advindas do DM, 80 (43,2%) dos participantes relatam o aparecimento destas. Dentre os que verbalizaram apresentar alguma complicação, destacam-se as lesões de membros de inferiores (41,25%). Merece destaque ainda os acometidos pelo Acidente Vascular Encefálico (AVE), representando 3,7%, que mesmo sendo em menor escala, trata-se de uma complicação devastadora para a qualidade de vida do indivíduo e decorre de uma vida desregrada.

As complicações do DM podem ser classificadas em agudas (hipoglicemia, hiperglicemia e cetoacidose diabética) e crônicas (retinopatia, nefropatia, cardiopatia isquêmica, neuropatias, doença cerebrovascular e vascular periférica). Uma das complicações mais presentes diz respeito a neuropatia periférica, o pé diabético, presente em 50% do total de diabéticos, a nível mundial (BRINATI, 2017). A neuropatia periférica é mais comum nos membros inferiores (MMII), por diversos fatores como a deficiência de vasos em realizar o retorno venoso, a questão gravitacional e ainda ser a extremidade mais distante do coração, quando comparado aos membros superiores (MMSS) (GARCIA et al, 2018).

Mediante descompensação dos níveis glicêmicos e autocuidado insuficiente, pode haver o surgimento do pé diabético, que na maioria das vezes resulta em uma amputação. Um dos principais fatores de risco para amputação não traumática dos MMII é a complicação do pé diabético, ocasionado pelo DM descompensado, caracterizado por lesões nos pés decorrentes de neuropatias periféricas, doença vascular periférica e deformidades anatômicas, o que representa um grande número de internações hospitalares, morbidade e mortalidade, e com maior prevalência em idosos, corroborando os achados do presente estudo (THOMAZELLI et al, 2015; SILVA et al, 2017).

Com a diminuição da sensibilidade nos pés em decorrência das complicações do DM, a presença de lesões pode passar despercebida, e estas, muitas vezes acabam evoluindo para ulcerações, isquemias, infecções e conseqüentemente ser causas de amputações. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Diabetes (FID), a melhor maneira de evitar a amputação é o reconhecimento precoce dos sinais de risco (dedos em garra, proeminência de metatarsos, calosidades, limitação da mobilidade articular, Perda de Sensibilidade Protetora Plantar (PSP), insensibilidade ao monofilamento 10g, testes sensitivo-motores alterados, sensibilidade vibratória, sensibilidade dolorosa, reflexo aquileu) e o cuidado adequado de prevenção, visando eliminar as complicações (LIMA et al, 2017).

O indivíduo após submeter-se a uma amputação apresenta mudanças no cotidiano e na percepção de sua qualidade de vida, ocasionadas por alterações na função corporal, limitações físicas, dependência parcial ou total, uso de próteses ou dispositivos que auxiliem na mobilidade, além do impacto nas relações sociais (PEDRAS et al, 2016).

Outra complicação cujo número de participantes que relataram foi significativo, é a retinopatia diabética. Essa complicação é caracterizada como um agravo microvascular e

também uma das principais causas de cegueira na população idosa. Ocorre uma perda visual progressiva irreversível, geralmente surge 5 (cinco) anos após o diagnóstico (BARATA et al, 2017).

A retinopatia diabética é capaz de trazer alterações significativas para a qualidade de vida do indivíduo acometido, dessa forma necessitando de rastreamento efetivo e de qualidade que possa prevenir essa complicação. Mendes et al (2016) afirma que a detecção precoce é essencial para uma terapêutica eficaz, evitando a perda da visão. É importante destacar que todos os diabéticos com mais de 12 anos devem fazer o rastreio visual no momento do diagnóstico e continuar pelo menos uma vez ao ano.

Em menor escala, porém de maior importância o Acidente Vascular Encefálico (AVE), merece atenção no quesito gravidade, uma vez que uma complicação desse patamar é capaz de causar transformações devastadoras na vida do indivíduo e a depender da situação, evoluir ao óbito. O AVE é caracterizado por sinais clínicos de distúrbios focais e/ou globais, pode ser de origem isquêmica ou hemorrágica, levando em consideração sua etiologia. A sua relação com DM diz respeito a eventos intravasculares que podem aumentar ou diminuir componentes presentes no sangue (CONTERNO et al, 2016).

5.3 Seção Comportamental

Tabela 3 - Distribuição em frequência absoluta e porcentagem das atitudes comportamentais segundo comportamentos de autocuidado proposto pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) dos participantes do estudo (n=185). João Pessoa (PB), 2018.

Variáveis	Categorias	f	%
Alimenta-se Saudavelmente	Sim	135	73%
	Não	50	27%
Prática de atividade física regular	Sim	119	64,3%
	Não	66	35,7%
Toma as medicações corretamente	Sim	163	88,1%
	Não	22	11,9%

Vigia as taxas glicêmicas	Sim	74	40%
	Não	111	60%
Encontra soluções para eventuais alterações	Sim	105	56,8%
	Não	80	43,2%
Reduz os riscos de desenvolver complicações	Sim	117	63,2%
	Não	68	36,8%
Adaptou-se saudavelmente ao DM	Sim	113	61,1%
	Parcialmente	41	22,2%
	Não	31	16,8%
TOTAL		185	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

No que diz respeito a seção comportamental esta foi baseada nos sete comportamentos de autocuidado proposto pela Sociedade Brasileira de Diabetes, distribuídos em alimentação saudável, pratica de atividade física, tomar as medicações corretamente, vigiar as taxas glicêmicas, encontrar soluções para eventuais alterações, reduzir os riscos de desenvolver complicações, sendo elaborado pelo autor um escore de pontuação em cada quesito de acordo com o comportamento expressado e ao final aqueles que pontuaram acima de 4 foram denominados como adaptou-se saudavelmente ao DM, pontuação 3 adaptou-se parcialmente ao DM e pontuação 2 ou menor não adaptou-se saudavelmente ao DM.

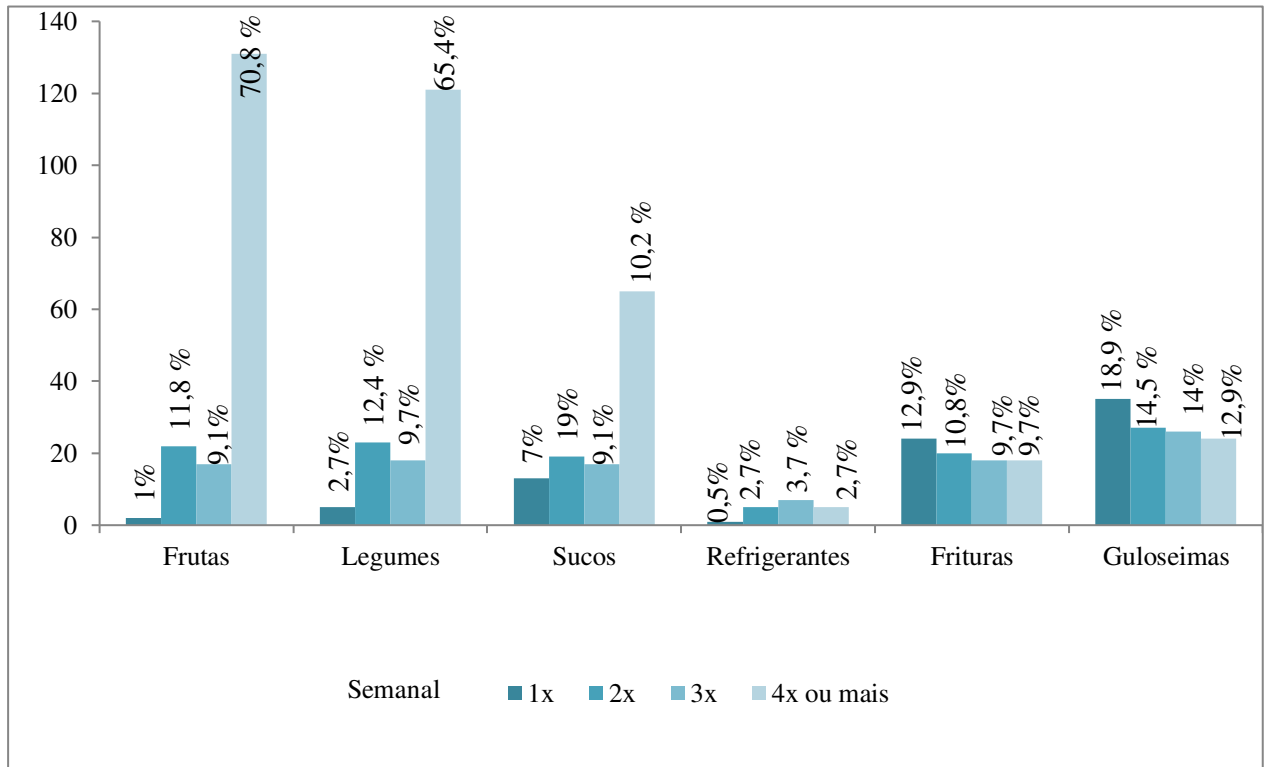
Quanto a alimentação foi possível observar que 73% da amostra da pesquisa alimenta-se saudavelmente, 64,3% realizam alguma prática de atividade física, mesmo que não seja regular, levando em consideração que grande parte referiu realizar atividades sociais usando como meio de deslocamento os MMII. No quesito tomar a medicação corretamente 88,1% afirmam fazer uso regular, em contrapartida 60% dos participantes não monitoram as taxas glicêmicas. 56,8% encontram soluções para eventuais alterações e 63,2% reduzem os riscos de desenvolver complicações do DM. Ao realizar o cálculo de todos os scores estabelecidos tem-se que 61,1% adaptou-se saudavelmente ao DM.

Ao receber um diagnóstico de DM os indivíduos podem reagir de diferentes formas, não aceitando a condição da doença ou aderindo efetivamente ao tratamento proposto que diz respeito não apenas a ingestão ou administração de medicações, mas a uma gama de mudanças que devem ocorrer no seu estilo de vida. Para um tratamento efetivo e qualificado, se faz necessário uma total adesão a práticas saudáveis. A adesão ao tratamento pode ser definida como a aceitação e mudança comportamental na qual coincide com a orientação de um profissional de saúde, como por exemplo o uso regular das medicações, seguimento de dietas, mudanças no estilo de vida, ou seja, adotar comportamentos e práticas protetoras e restauradoras da saúde (BOAS et al; REMONDI et al, 2014).

A adaptação saudável e/ou aderência à mudança do estilo de vida dos indivíduos com DM está relacionada com diversos fatores, sendo eles social, educacional e comportamental. Percebe-se que existe muita recusa no que diz respeito às limitações dietéticas e a prática regular de atividades físicas, tendo em vista a incompreensão da importância desses para o controle dos níveis glicêmicos, tal adesão é influenciada principalmente pelo comportamento do indivíduo (FILGUEIRA et al, 2017). Tal informação não condiz com os achados do presente estudo, levando em consideração que o pior escore foi observado apenas no quesito monitoramento das taxas.

Quanto a alimentação, na classificação geral os participantes do estudo enquadram-se na categoria alimentação saudável, levando em consideração que um grande quantitativo consome frutas 70,8% e legumes 65,4% regularmente 4 vezes ou mais na semana. É possível observar que de fato houve uma reeducação alimentar, principalmente ao compararmos o quantitativo daqueles que consomem sucos naturais 35,1% com os que consomem refrigerante 2,7% de maneira rotineira pelo menos 4 vezes na semana. Cabe ressaltar que 84,3% do total de indivíduos consomem peixe semanalmente, o que não é tão comumente observado na região do Nordeste.

Gráfico 2 - Distribuição das práticas alimentares reveladas pelos participantes do estudo. (n=185). João Pessoa (PB), 2018.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Toda via é notório que mesmo havendo uma mudança no estilo de alimentação, ainda existe uma quantidade considerável de indivíduos que consomem frituras e guloseimas (bolos, doces, tortas, pães) por mais de 4 vezes na semana. Os participantes do estudo revelam que é necessário mesclar sua alimentação, esquivando-se da dieta proposta, mesmo que isso possa pôr em risco a vida destes.

É importante ressaltar que a frequência absoluta de indivíduos que se classificam como alimenta-se saudavelmente foi de 135 (73%) valor inferior ao total daqueles que consomem frutas e legumes isoladamente. Esse dado justifica-se por haver participantes que consumiam apenas um alimento saudável e uma vez na semana.

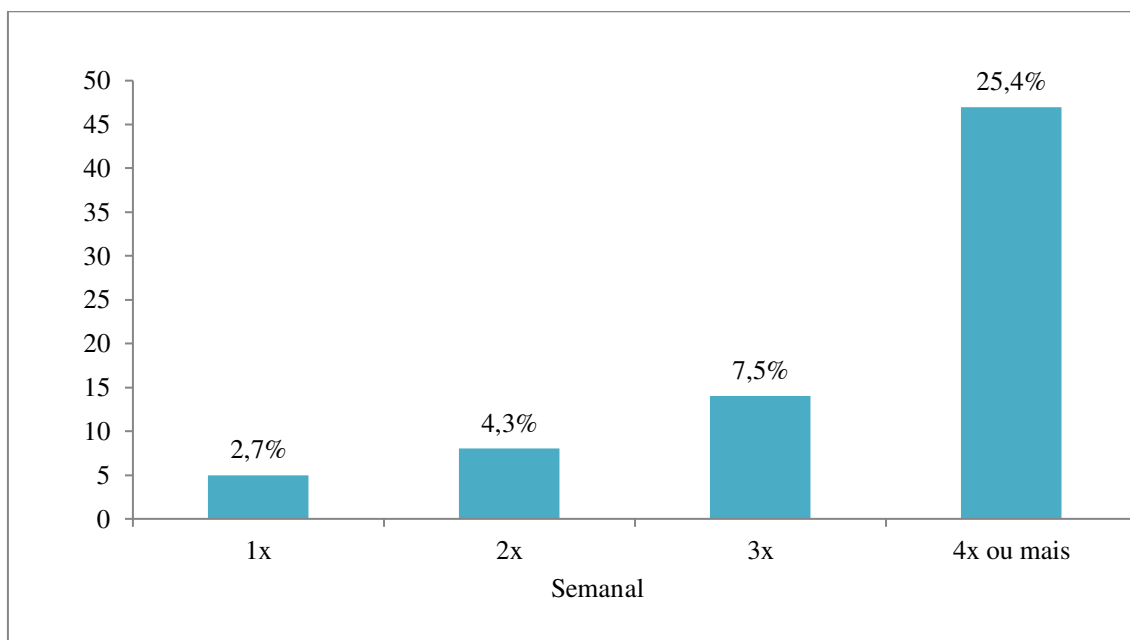
Sob a ótica de Bernardes et al (2016), uma alimentação adequada deve levar em consideração a relação entre o consumo de nutrientes e o aumento/diminuição da chance de adoecer em função da rotina adotada por cada indivíduo. A alimentação saudável sofre influências das crenças do indivíduo, ou seja, da formação cultural, principalmente em relação ao julgamento da existência de alimentos nocivos ou proibidos, sendo essa uma variável de

difícil modificação, interferindo ativamente no processo de autocuidado (CHAVES et al, 2015).

Em estudo realizado por Gonçalves et al (2015) foi investigada a percepção dos usuários diabéticos sobre a sua alimentação na cidade de Santa Cruz, Rio Grande do Norte, em que estes relataram alimentar-se de maneira correta, respeitando o intervalos de horário e o balanceamento nutricional. Posteriormente foi avaliado o Índice de Massa Corporal (IMC) e logo percebeu-se que as informações emitidas pelos indivíduos não condizia com o grau de IMC encontrado, onde a maioria classificou-se como sobrepeso ou obeso.

O padrão alimentar dos indivíduos podem diferir de acordo com a sua localidade, tal como a sua percepção de alimentação saudável, que vem sendo construído junto a sua formação cultural. Sendo assim, as informações emitidas pelos participantes não podem ser desconsideradas, uma vez que além de relatar sua percepção sobre alimentação saudável, no presente estudo foram questionados também sobre quais alimentos fazem uso e a frequência de ingestão e de acordo com essas informações foram classificados como indivíduos que possuem alimentação saudável.

Gráfico 3 - Distribuição da frequência de realização das atividades físicas dos participantes do estudo (n=185). João Pessoa (PB), 2018.



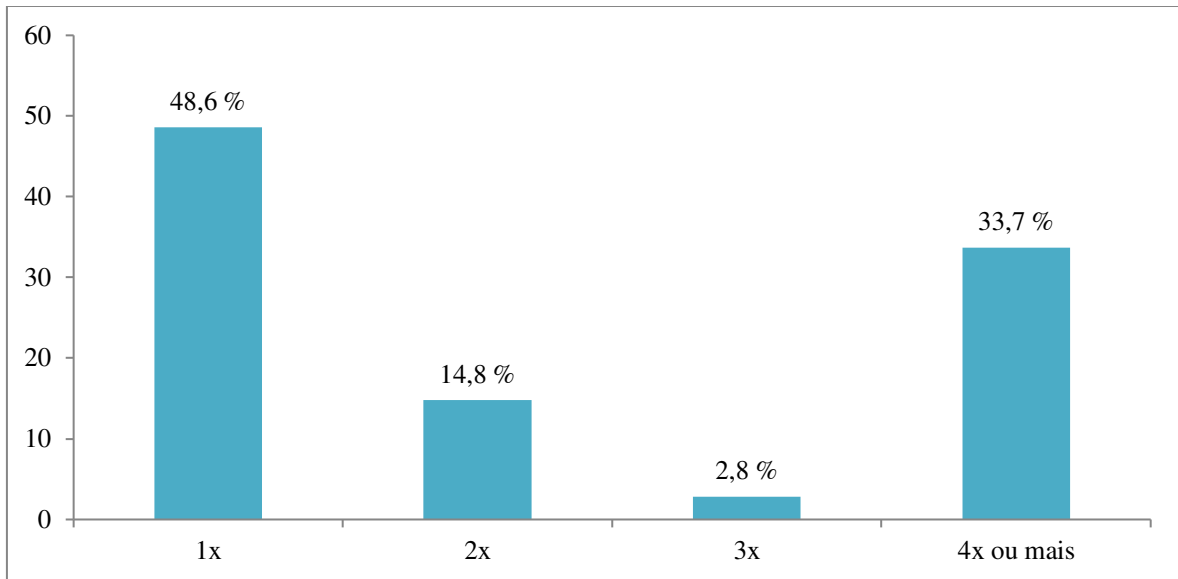
Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

No quesito realização de atividades físicas 64,3% dos participantes afirmam fazer alguma espécie de atividade. Destes, 25,4% realizam caminhada regular 4 vezes ou mais por semana. É um quantitativo considerável se compararmos com a idade expressa pelos participantes, onde a maioria possui entre 60 e 79 anos (69,7%). Nessa pesquisa foi considerado como atividade física não apenas a prática da caminhada isolada, mas também foi analisado de que meio esse indivíduo realiza as atividades sociais da vida como: ir à igreja, ir ao banco, ir fazer compras, dentre outras atividades, sendo assim observou-se que 67 (56,3%) participantes utilizam carro, 13 (10,9%) fazem uso de transporte coletivo, 5 (4,2%) usufruem de motocicleta, 5 (4,2%) utilizam a bicicleta e 88 (73,9%) do total daqueles que praticam atividade física, realizam as atividades a pé, caracterizando também como uma atividade física que não ocorre de maneira regular, mas é capaz de evitar uma gama de complicações e combater o sedentarismo.

Melo et al (2016) afirma que a prática de atividade física tem relação direta com a qualidade de vida dos indivíduos, pois pode diminuir o sedentarismo e obesidade, sobretudo naqueles com DM. Em contrapartida, estudo realizado por Souza et al (2017) evidencia tamanha importância da atividade física seja ela regular ou não, tendo em vista que os benefícios não estão totalmente concentrados na redução de peso, uma vez que atividades dessa natureza são capazes de diminuir o risco cardiovascular e ainda aumentar a autoestima ao passo que reduz os níveis de HbA1c. A prática de atividade física se faz imprescindível no tratamento do DM, pois é capaz de aumentar significativamente o número de capilares e fibras musculares, estimulando e facilitando o transporte e captação de glicose pela membrana plasmática e pelos tecidos, levando a diminuição dos níveis glicêmicos (RODRIGUES et al, 2014).

A atividade física faz parte do estilo ideal de vida, tendo em vista que o indivíduo com DM apresenta diversas alterações a nível vascular e a prática de alguma atividade física pode retardar ou até mesmo prevenir o surgimento de tais complicações, a exemplo do pé diabético. De acordo com pesquisa realizada por Malta et al (2017), a inatividade física é fator de risco ainda para o surgimento do próprio DM, uma vez que existe uma maior frequência de DM auto referido entre a população que não realiza nenhum exercício físico.

Gráfico 4. Distribuição da monitorização das taxas glicêmicas dos participantes do estudo (n=74). João Pessoa (PB), 2018.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

O Gráfico 4 apresenta a frequência de monitorização das taxas glicêmicas, levando em consideração que a maioria não realiza o monitoramento (60%). Dentre os que monitoram a glicemia é possível observar que 48,6% dos participantes fazem esse acompanhamento apenas 1 vez por semana e 33,7% realizam o monitoramento 4 vezes ou mais por semana.

A frequência da monitorização depende de diversos fatores, inclusive do ambiente em que este é realizado. Durante a realização da pesquisa foi possível associar que quando essa monitorização era realizada no âmbito da Unidade Básica de Saúde (UBS) a frequência era menor quando comparado a realização no domicílio. De acordo com os locais de monitoramento, os dados sugerem que a maior parte era realizada no domicílio 44,6%, seguido da UBS 28,5%, Serviço hospitalar 17,5%, laboratório 6,7% e farmácia com apenas 2,7%.

O monitoramento das taxas glicêmicas trata-se de uma estratégia importante para redução de complicações evitáveis, principalmente por poder ser realizada de forma fácil e também de interpretação facilitada. Ressalta-se que o monitoramento deve ser considerado especialmente para os indivíduos que fazem uso da insulinoaterapia, por ser mais instáveis, sobretudo essa medição deve ser feita após ingestão de alimentos ou mesmo quando se houver

intercorrências, levando em conta um número mínimo de três medições por dia, o que não foi encontrado no presente estudo (FUJIMOTO et al, 2016; MARQUES et al, 2017).

Estudo semelhante revela que os participantes não têm a preocupação de realizar o monitoramento das taxas, evidenciando quando estes apresentam determinadas alterações, o que confirma os achados desta pesquisa, em que os indivíduos não consideram essa medida importante (GONÇALVES et al, 2015). De acordo com a American Dietetic Association (ADA), um efetivo controle glicêmico é aquele que verifica-se em 80 a 90% das avaliações, índices glicêmicos de jejum entre 80 e 120mg/dl, 1 a 2 horas pós-prandiais entre 80 e 160mg/dl, e entre 2 e 3 horas da madrugada, superiores a 60mg/dl. Pontos esses que não se correlacionaram com a pesquisa, visto que 60% dos participantes responderam não monitorar sua glicemia.

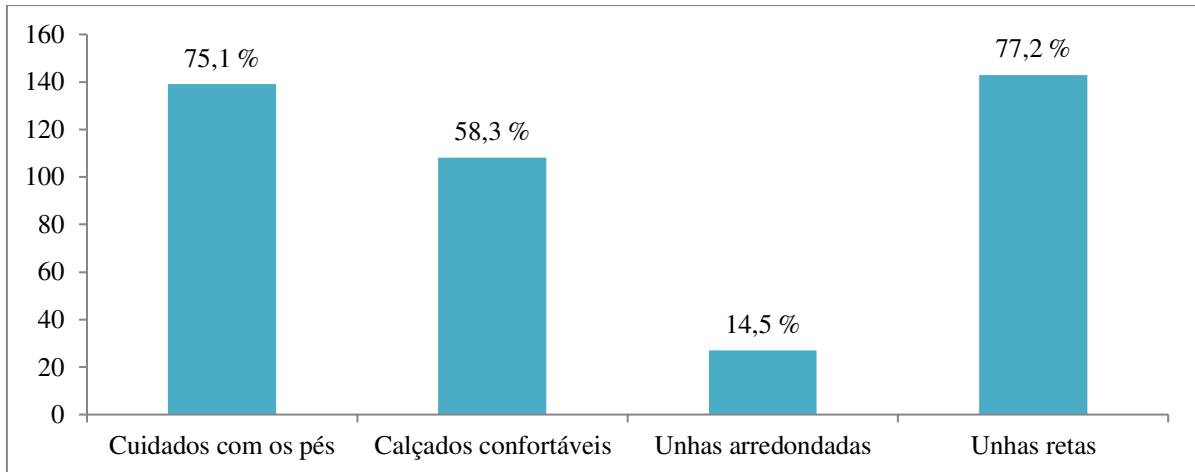
Quanto ao local de monitoramento da glicemia, dentre os participantes que realizavam na UBS foi possível relacionar a uma baixa frequência dessas medições. Esse fato pode ser justificado pela falta de insumos, falta de profissionais e até mesmo pela condição de saúde do indivíduo não necessitar de determinada frequência. Os indivíduos que necessitam de um controle rígido dizem respeito aos que fazem uso regular de insulina, gestantes e os que fazem uso de insulinas especiais como é o caso da insulina de ação ultrarrápida (SILVA et al, 2016 a).

Segundo a Lei Federal de nº 11.347, de 27 de setembro de 2006 todos os indivíduos com DM1 e que conseqüentemente façam uso regular de insulina devem receber insumos necessários para administração e monitorização glicêmica em seu domicílio, um enorme avanço conquistado mediante poder legislativo. Entretanto é possível observar que nem todos os insulíndependentes possuem tal insumos, ficando a cargo do serviço de saúde suprir essa necessidade, o que acaba por “afogar” o serviço e ainda uma rápida utilização desses instrumentos, levando a regulação periódica prolongada para a medição, que deveria ser feita pelo menos 3 (três) vezes ao dia. Outra alternativa é a aquisição própria, sendo que nem todos possuem situação financeira favorável para tal feito (ANDRADE et al, 2014).

É oportuno destacar que ao receber um diagnóstico de DM o indivíduo passa a repensar a sua rotina, hábitos adotados durante toda uma vida e enraizados na cultura, principalmente dos mais idosos. Sendo assim os resultados revelam que o comportamento dos participantes de fato tem sido repensado e modificado, dado esse que pode ser justificado pelo baixo índice da frequência de complicações advindas do DM, expresso na seção clínica.

Deve-se ainda chamar atenção para o monitoramento glicêmico que de acordo com o presente estudo ainda não conseguiu alcançar sua plenitude.

Gráfico 5 - Distribuição das práticas preventivas em função da redução de complicações advindas do DM (n=185). João Pessoa (PB), 2018.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A redução de complicações também faz parte dos sete comportamentos de autocuidado dos indivíduos com DM. Tendo em vista que o maior e mais frequente tipo de complicação diz respeito às neuropatias periféricas, consequentemente em lesões de membros inferiores, realizou-se levantamento de quais práticas preventivas eram mais comuns entre os indivíduos diabéticos participantes do estudo. Destaca-se que 75,1% participantes afirmam ter cuidado com os pés, compreendidos em lavar e secar bem, hidratar, massagear e observar o membro; 58,3% utilizam calçados confortáveis e 77,2% do total da amostra cortam as unhas de forma reta, porém ainda é possível observar mesmo que em menor escala que ainda se utilizam o corte arredondado 14,5% dos participantes.

Vale salientar que o número total de indivíduos que reduzem complicações foi de 117 (63,2%), uma vez que levou em consideração a pontuação de dois ou mais fatores que caracterizam essa redução de agravos e no Gráfico 5 são apresentados esses fatores de forma isolada em que um mesmo participante realiza mais de uma ação em busca da redução de complicações.

De acordo com Paula et al (2016) existem cinco pontos básicos de prevenção de complicações dos MMII, o pé diabético, sendo eles: inspeção regular e exame dos pés e dos

calçados; identificação do paciente de alto risco; educação do paciente, da família e dos profissionais de saúde; uso de calçados apropriados e tratamento da patologia não ulcerativa tais como os calos, as alterações patológicas de unhas. O cuidado com os pés é capaz de evitar diversos agravos e eventos estressantes, uma vez que o impacto causado compreende incapacitações físicas e sociais, dor, perda na qualidade de vida e ansiedade (SILVA et al, 2015).

É importante destacar que o autocuidado deve ser despertado ao indivíduo com diagnóstico de DM, e essa sensibilização deve partir inicialmente do profissional de saúde, sobre tudo o enfermeiro, que exerce a função cultural de profissional orientador e educador a fim de despertar nas pessoas o interesse por práticas de autocuidado e consequentemente prevenção de maiores agravos que são evitáveis (SILVA et al, 2016 b).

O autocuidado com os pés compreende práticas relacionadas a autonomia/emancipação do indivíduo em analisar, identificar e observar possíveis alterações nos MMII, sendo esse indivíduo um sujeito ativo no seu processo saúde-doença (BERNINI et al, 2017). Tais práticas dizem respeito a inspeção diária; realização de exercícios para os pés; não andar descalço; uso de sapatos adequados, macios e confortáveis; uso de meias de algodão sem costura; corte adequado das unhas e secar os espaços interdigitais (SILVA et al, 2016 c).

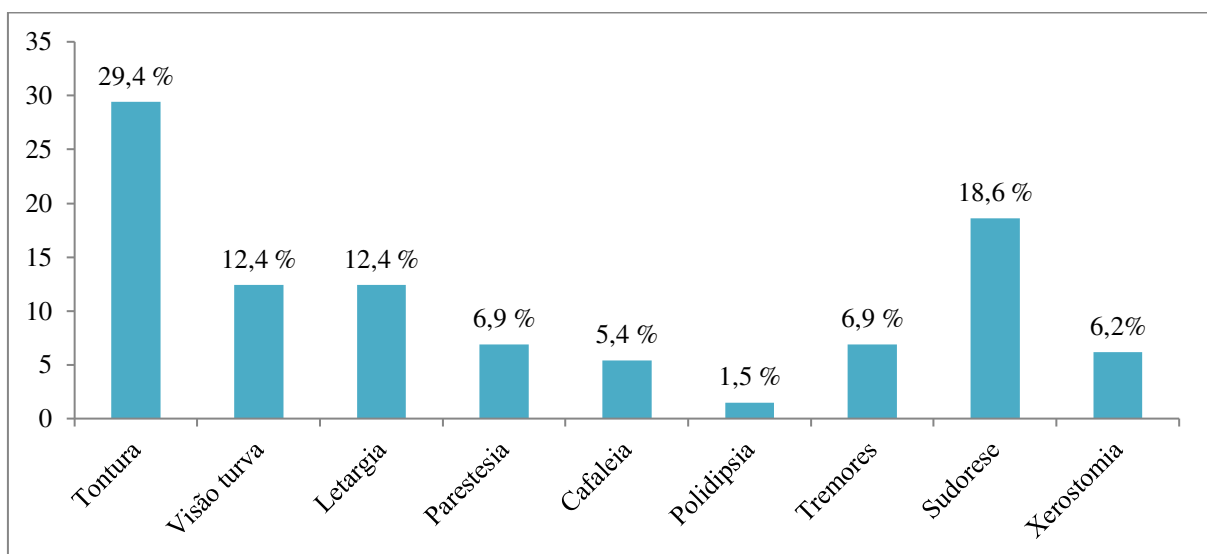
Feitosa et al (2017) destaca que o uso constante de calçados confortáveis é considerado como fator indispensável para a prevenção de lacerações nos MMII. Essa medida é capaz de aliviar a deposição de altas pressões em pontos de proeminência óssea nos pés, dessa forma evitando calos, deformidades, amputações e ferimentos, desde que o sapato seja adequado, macios e consequentemente confortáveis. Deve-se chamar atenção para a confecção de calçados especialmente com palmilhas, considerado de extrema importância para o favorecimento do bem-estar.

Quanto a forma de cortar as unhas, o presente estudo revela que a maioria (77,2%) cortam as unhas retas, o que não condiz com os achados do estudo realizado por Oliveira Neto et al (2017) onde o autor objetivou avaliar a prática de autocuidado dos participantes em uma unidade de referência para DM do estado do Ceará e ficou evidente que grande parte dos indivíduos (45,9%) realizam o corte arredondado. Entretanto o referido autor alerta que a ação de cortar as unhas de forma arredondada é uma prática inadequada, que poderá ocasionar lesões ao se “aprofundar o corte” nas laterais da unha.

Reforçando essa informação, estudo proposto por Arbutio et al (2015) fez um levantamento do conhecimento de enfermeiros na prevenção do pé diabético na cidade de Curitiba, Paraná e foi possível observar que os enfermeiros afirmaram que o corte ideal das unhas é o corte reto e nunca deve ser arredondado especialmente para os indivíduos com DM. O Ministério da Saúde (MS) no uso de suas atribuições e por meio do caderno nº 36 que apresenta as estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, o DM, apresenta a informação de que não se deve cortar os cantos das unhas, evitando laceração dessa região e possíveis infecções, evoluindo para uma possível amputação e acrescenta ao afirmar que caso ocorra a encroação da unha, não se deve realizar a retirada sem a ajuda de um profissional de saúde.

Portanto, a partir da investigação é possível refletir que a maioria dos participantes de fato cortam as unhas da forma correta, mas deve-se chamar atenção que ainda houve indivíduos que cortam de maneira arredondada, sendo um risco para laceração e início da mais frequente complicação do DM, as lesões de MMII. Dessa forma, se faz necessário maior atuação dos profissionais de enfermagem no que diz respeito a prevenção desses agravos e ainda na compreensão da formação cultural de cada indivíduo. Pontua-se que durante a investigação junto aos sujeitos da pesquisa foram dispensadas diversas informações individuais de como deveria ser feito esse cuidado com os pés, de como cortar adequadamente as unhas, dentre outras informações pertinentes ao tema.

Gráfico 6 - Distribuição das manifestações clínicas relatadas pelos participantes que percebem alteração nos níveis glicêmicos (n=129). João Pessoa (PB), 2018.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Quando investigado acerca de encontrar soluções para eventuais alterações, foi possível notar que 129 (69,7%) do total da amostra percebem quando ocorre alguma alteração nos níveis glicêmicos, seja por uma hipoglicemia ou hiperglicemia. No que diz respeito aos sinais clínicos expressos por tais alterações tem-se que 29,4% referiram tontura, seguido de 18,6% que apresentou suor frio.

Quanto ao quesito encontrar alguma solução mediante a manifestação clínica, é possível destacar que 105 (56,7%) adotam alguma conduta. É importante pontuar que mesmo os indivíduos percebendo eventuais alterações nem todos procuram uma medida de correção, a exemplo de 19 (14,7%) da amostra que apenas senta e aguarda a manifestação abrandar, porém uma grande parcela busca medidas de correção, destacando-se a ingestão de alimento adocicado referido por 60 (57,1%) participantes, 38 (36,1%) tomam de imediato a medicação seja ela um hipoglicemiante oral ou a insulino terapia.

As medidas adotadas pelos indivíduos diabéticos com a finalidade de normalizar os níveis glicêmicos são realizadas sem supervisão ou ajuda de familiar/vizinho, uma vez que 78 (60,4%) participantes não procuram ajuda no momento da medida de correção dos níveis glicêmicos.

De acordo com a SBD (2017) encontrar soluções para eventuais alterações é um dos sete comportamentos de autocuidado que devem-se expressos pelos indivíduos com DM. Esse quesito é de suma importância ao passo que evidencia o nível sublime de emancipação do indivíduo sobre sua própria saúde e é capaz de evitar diversas complicações resultante de alterações básicas do nível glicêmico.

A autonomia do indivíduo dentro do tratamento do DM é uma fator que deve ser considerado e estimulado por parte dos profissionais de saúde, levando em consideração que são sujeitos dotados de vontade, conhecimento e cultura que devem ser respeitados, além de os profissionais emitirem informações coerentes sobre todo o processo de saúde que envolve o indivíduo, uma vez que são de inteira responsabilidade do profissional que a informação seja repassada e compreendida para que esse usuário possa intervir na prevenção de complicações e agravos (BAADE et al, 2016).

Mediante as alterações dos níveis glicêmico, os indivíduos podem apresentar as seguintes manifestações clínicas, quando se tratar de hiperglicemia: polidipsia; poliúria; enurese; visão turva; náuseas; dor abdominal; vômitos; desidratação até alterações do estado mental. Em relação ao estado de hipoglicemia, poderá apresentar: tremores; sudorese; palidez;

tontura; alterações sensitivas e comportamentais e em casos extremos convulsões e coma (MIGUEL et al, 2014).

Ao analisarmos as manifestações clínicas expressas pelos participantes do estudo, podemos inferir que diz respeito a um estado hipoglicêmico, caracterizado como uma diminuição do nível de glicose na corrente sanguínea e sua principal medida de correção é a ingestão de algum alimento, geralmente adocicado, representado o que de fato foi encontrado no estudo em que 51,7% afirmam fazer esse tipo de correção (LACERDA et al, 2017). É importante chamar atenção que outro sintoma apresentado pelos participantes foi a visão turva, sendo que esse sinal clínico diz respeito ao quadro de hiperglicemia, por sua vez é o aumento da carga de glicose circulante na corrente sanguínea e sua forma de correção é a administração imediata de insulina/hipoglicemiante oral e ainda a suspensão de alimentos, sobretudo os adocicados (SALLUM FILHO et al, 2015).

Ao calcularmos o número isolado de sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, chegaremos à conclusão de que de fato os indivíduos conseguem diferenciar a sintomatologia de quando ocorre uma hipo e/ou hiperglicemia, tendo em vista que um número considerável sabe agir mediante tais alterações, todavia é importante destacar a imensa contribuição que o profissional de saúde pode ofertar no sentido de fornecer informações corretas, de medidas de correção certas e principalmente de extinguir qualquer tipo de dúvida acerca desse processo.

5.4 Seção Crenças

Tabela 4 - Distribuição em frequência absoluta, frequência relativa, desvio padrão e porcentagem das crenças em relação ao tratamento expostas pelos participantes do estudo (n=185). João Pessoa, (PB), 2018.

Variáveis	Categorias	f	%
Vantagens	Nenhuma	14	7,7%
	Melhora a saúde	71	38,5%
	Redução de complicações	17	9,2%
	Controle das taxas	22	11,8%
	Viver mais	34	18,3%
	Qualidade de Vida	15	8,1%
	Não sabe responder	12	6,4%

	Nenhum	38	20,5%
	Monitorização glicêmica	13	7,0%
	Dieta	36	19,5%
Desvantagens	Custo Financeiro	02	1,0%
	Não ter curo	06	3,4%
	Seguimento ambulatorial	20	10,8%
	Obrigação de tomar os medicamentos	20	10,8%
	Administração da Insulina	45	24,3%
	Não sabe responder	05	2,7%
	Ninguém	30	16,2%
	Eu mesmo	11	5,9%
	Médico	05	2,7%
	Filhos	70	37,8%
	Mãe	10	5,8%
Pessoas	Pai	02	1,0%
significativas	Esposo(a)	34	18,5%
que consideram	Neto	05	2,7%
o tratamento	Sobrinho	03	1,7%
	Amigos/vizinhos	07	3,7%
	Nora	02	1,0%
	Namorado(a)	01	0,5%
	Primo(a)	01	0,5%
	Irmão(ã)	02	1,0%
	Vó	01	0,5%
	Deus	01	0,5%
	Ninguém	148	80%
Pessoas	Filho(a)	08	4,4%
significativas	Pai	01	0,5%
que não	Esposo(a)	09	4,9%
consideram o	Sobrinho	02	1,0%
tratamento	Irmão	02	1,0%

Amigos/vizinhos	14	7,7%
Cunhada	01	0,5%
TOTAL	185	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Na seção Crenças foi avaliado a acreditação que o indivíduo deposita no tratamento do DM, tal como a existência de pessoas significativas que estimulam o tratamento e aquelas que não consideram o tratamento importante, por conseguinte desestimulando para a adesão deste. Sendo assim é possível observar que dentre as vantagens mais citadas em seguir o tratamento proposto, merece destaque a melhora da saúde juntamente com a qualidade de vida que totalizam 56,8% do total da amostra, seguida pela vantagem de viver mais 18,3%.

No que diz respeito as desvantagens do tratamento destaca-se o procedimento de autoadministração da insulina, a “furada” (24,3%) e ainda é citada a restrição dietética como fator desvantajoso (19,5%) dos participantes do estudo. Quando questionados em relação a pessoas significativas que consideram o tratamento importante são expressivamente as pessoas que convivem no mesmo domicílio do indivíduo diabético, convergindo com as informações sociodemográficas em que 89,2% moram com familiares/cuidadores, infere afirmar que o cuidado acontece no domicílio.

Outro dado que merece destaque é a baixa frequência de citação do profissional de saúde enquanto indivíduo estimulante da adesão ao tratamento (2,7%), fazendo com que se repense a prática profissional no sentido da efetividade das práticas educativas em saúde. Quanto as pessoas que não consideram o tratamento importante 80% da amostra afirma que não existe essa pessoa.

A acreditação do indivíduo no tratamento faz com que esse usuário expresse desejo ou não de continuar a terapêutica, levando-o a adesão ao tratamento, o que pode facilitar e tornar essa “jornada” mais leve. Para auxiliar na compreensão e entendimento da necessidade que o indivíduo apresenta em seguir determinado tratamento é lançada mão de diversas estratégias, dentre essas destaca-se o uso da psicologia social, sendo por meio desta que é possível compreender o comportamento do indivíduo.

A adesão ou não a determinado tratamento sofre influência direta da representação social e cultural a qual esse indivíduo foi exposto durante toda a sua trajetória (COSTA et al, 2016). Quanto a percepção acerca do tratamento juntamente com as suas vantagens, é possível

identificar que os participantes do estudo emitem uma percepção positiva sobre o tratamento e essa informação corrobora os achados do estudo realizado por Motta et al (2016) no hospital universitário de Juiz de Fora, em que o autor avaliou a percepção de usuários diabéticos em relação ao tratamento e também foi positiva, quanto as vantagens afirmam um prolongamento da vida e supressão dos sintomas.

No quesito desvantagens, a principal causa relatada pelos participantes diz respeito aos insulino dependentes que citaram a autoadministração de insulina, o processo de perfurar o tecido subcutâneo. O processo de administração do hormônio é complexo e pode interferir diretamente no abandono da terapêutica, tendo em vista que a perfuração diária causa dor e desconforto aos indivíduos, principalmente se não for feito um rodízio dos locais de aplicação, levando ao desenvolvimento de lipo-hipertrofia (PIRES et al, 2016).

Além de causar dor e sofrimento, a administração diária da insulina pode ser um fator dificultante para a adesão ao tratamento do DM. De acordo com Moreira et al (2018), a adesão ao uso da insulino terapia é tido como um desafio, principalmente para os indivíduos. Inicialmente precisam superar o medo de perfurar o próprio corpo. Essa adesão sofre influência ainda do baixo conhecimento emitido por essa pessoa, pela formação cultural e social. Sendo assim, é possível refletir acerca da importância de uma efetiva educação em saúde capaz de sensibilizar e modificar o comportamento biológico desses indivíduos.

A representação social se apresenta como fator influenciador da adesão à terapêutica, uma vez que é o meio onde o indivíduo interage. Dessa forma se ele for influenciado e motivado a exercer determinado comportamento, ele irá adotar tal medida e mesmo que essa possa causar algum modo de desconforto, isso poderá ser superado se houver motivação da sua rede social, sobretudo de pessoas que o indivíduo considera importante, geralmente do seu grupo familiar. De acordo com dados da pesquisa a maior influência recebida pelos indivíduos com DM diz respeito aos filhos (FARIAS et al, 2016).

O profissional médico também foi citado como pessoa que considera e estimula o tratamento, entretanto em uma escala baixa, dessa forma inferindo refletir sobre as práticas de profissionais de saúde acerca do encorajamento de determinadas terapêuticas. Prado et al (2015) relata que existem diferentes fatores que influenciam na adesão ao tratamento do DM, entre eles destacam-se os fatores profissionais, em que a atitude de determinado profissional frente ao indivíduo é considerada preditora para o sucesso da adesão ao tratamento, seja no

momento da consulta, educação em saúde ou mesmo conversas individuais, levando em consideração ainda as relações interpessoais entre profissional-usuário.

6 Conclusão

A presente pesquisa teve como principal objetivo evidenciar as representações clínicas, comportamentais e crenças das pessoas com DM em relação ao tratamento e as medidas de autocuidado. Tais objetivos foram ratificados pelos resultados deste estudo, que apresentaram informações em que a maioria dos participantes expressam comportamentos de autocuidado, de acordo com os sete comportamentos estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Diabetes. Em relação às crenças depositadas pelos usuários no tratamento, tem-se que grande parte acredita no tratamento e a principal vantagem é a melhora da saúde, em contrapartida a desvantagem mais citada foi o procedimento de autoadministração de insulina.

No que diz respeito a ao apoio a terapêutica, levando em consideração o estímulo ao tratamento, foi possível observar que é no domicílio que acontece o cuidado, tendo em vista que a menor porcentagem de estímulo foi descrita pelos indivíduos como sendo àquele advindo dos profissionais de saúde. Com relação à seção sociodemográfica, verificou-se que a maioria dos participantes é do sexo feminino, casada ou possui união estável, tem idade média entre 60 a 79 anos, possui pelo menos o ensino fundamental e residem com familiares e/ou cuidadores.

O desenvolvimento desse estudo permitiu conhecer o perfil clínico e comportamental dos indivíduos com DM atendidos em uma instituição de referência, sendo possível observar que mesmo tendo sido elencadas diversos comportamentos condizentes com autocuidado pela maioria dos participantes, grande parte dos indivíduos não manifestaram comportamentos favoráveis em relação ao monitoramento das taxas glicêmicas.

Mediante as considerações apresentadas, percebeu-se que esta pesquisa trata-se de uma temática relevante e importante para a prática clínica dos profissionais de saúde, sobretudo dos Enfermeiros, é um tema bastante estudado, onde pode-se encontrar outros estudos com facilidade, porém, apresenta-se como único ao passo que encara como mecanismo basilar todos os sete comportamentos de autocuidado propostos pela SBD de forma simultânea, sendo assim infere afirmar a necessidade de novos estudos nessa perspectiva e em outros cenários.

A referida pesquisa também poderá contribuir para a qualificação dos profissionais da área da saúde, dessa forma favorecendo o aperfeiçoamento da prática do cuidado e proporcionando uma assistência qualificada para atender as necessidades desses usuários, ao passo que pode subsidiar informações relevantes para a implantação e/ou implementação de

estratégias que possam captar o maior número de diabéticos a aderir ao tratamento proposto, uma vez que foi possível conhecer o perfil comportamental e acreditação na terapêutica.

Os profissionais de saúde poderão trabalhar com base na falta de compreensão do comportamento de determinado indivíduo em relação as medidas de autocuidado, levando em consideração que o usuário detém de todos os mecanismos externos possíveis para prevenção de agravos e controle da doença, sendo necessário a atitude comportamental, ou seja, a sensibilização para que ele assimile a importância de tais comportamentos e de fato mude seu estilo de vida.

O estudo evidenciou que existe a mudança de comportamento dos indivíduos após o diagnóstico de DM e que acreditam na potencialidade do tratamento, porém ainda se faz necessário um maior empenho dos profissionais para que se alcance o nível de excelência, no sentido de conhecer o perfil, os medos, crenças e culturas no que diz respeito ao manejo do DM e dessa informa investir em ações educativas que desmistifiquem determinados entendimentos, tendo como foco a emancipação do usuário e sua corresponsabilidade, traduzindo o conceito de clínica ampliada.

A maior deficiência encontrada nos resultados da pesquisa diz respeito a fragilidade do profissional de enfermagem, como indivíduo que estimule o tratamento, levando em consideração que não foi citado por nenhum dos participantes. O instrumento de trabalho do enfermeiro como educador se apresentou precário ao passo que cabe a esse profissional o papel fundamental de educar os usuários. Sugere-se que com os achados do estudo e posterior conhecimento da situação comportamental dos indivíduos o enfermeiro possa intervir e sensibilizar-se em relação a importância da orientação e estímulo a práticas saudáveis.

É importante refletir sobre todos os determinantes que podem influenciar no processo de trabalho do profissional de saúde, questões que não puderam ser apresentadas no presente estudo, uma vez que o profissional não foi o foco da pesquisa, sendo assim é necessário a realização de maiores investigações sobre a atuação do enfermeiro no manejo terapêutico das pessoas com diabetes mellitus.

Referências

ANDRADE, C. J. N.; ALVES, C. A. D. Análise comparativa do controle glicêmico de crianças com diabetes melito tipo 1 com base na distribuição de insumos: capital x interior da Bahia. *Rev Ciências Médicas e Biológicas*; v. 13, n. 3, p. 274-279, 2014. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/12930>. Acesso em: 18.01.2018.

ARAUJO, J. C. M. O papel do polimorfismo g463a do gene da mieloperoxidase em pacientes diabéticos com onicomicose. Recife, 2013.

ARBUNIO, A. S.; ALVES, A. M.; VISENTIN, A.; SCUSSIATO, L. A. O conhecimento do enfermeiro na prevenção da neuropatia diabética em unidades de saúde de Curitiba-PR. *Cadernos da escola de saúde*; v. 1, n. 13, p. 133-145, 2015. Disponível em: <http://revistas.unibrazil.com.br/cadernossaude/index.php/saude/article/view/212>. Acesso em: 18.01.2018.

ARRELAS, C. C. A.; FARLA, H. T. G.; TEIXEIRA, C. R. S.; SANTOS, M. A.; ZANETTI, M. L. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus e variáveis sociodemográficas clínicas e de controle metabólico. *Rev Acta Paul Enferm*; v. 28, n. 4, p. 315-322, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n4/1982-0194-ape-28-04-0315.pdf>. Acesso em: 18.01.2018.

BAADE, R. T. W.; BUENO, E. Coconstrução da autonomia do cuidado da pessoa com diabetes. *Rev Interface*; v. 20, n. 59, p. 941-951, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-1807-576220150130.pdf>. Acesso em: 19.01.2018.

BARATA, A. D.; COUCEIRO, R.; PEREIRA, S. V. Comparação da Diferenciação oftalmológica no rastreamento da retinopatia diabética. *Rev oftalmologia*; v. 41, n. 1, p. 1-6, 2017. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/index.php/oftalmologia/article/view/11866/10052>. Acesso em: 18.01.2018.

BERNARDES, A. F. M.; SILVA, C. G.; FRUTUOSO, M. F. P. Alimentação saudável, cuidado e gênero: percepções de homens e mulheres da zona noroeste de Santos-SP. *Rev Demetra*; v. 11, n. 3, p. 559-573, 2016. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/22334#.WmvAMGnwbIU>>. Acesso em: 19.01.2018.

BERNINI, L. S.; BARRILE, S. R.; MANGILI, A. F.; ARCA, E. A.; CORRER, R.; XIMENES, M. A.; NEVES, D.; GIMENES, C. O impacto do diabetes mellitus na qualidade de vida de pacientes da Unidade Básica de Saúde. *Cad Bras Ter Ocup*; v. 25, n. 3, p. 533-541, 2017. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1531/880>. Acesso em: 19.01.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Departamento de Atenção Básica; *Cadernos de Atenção Básica*, n. 36, p. 160, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab_36.pdf. Acesso em: 20. 01. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual do Pé Diabético: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, DF, 2016, 64 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. 1ed, Brasília, DF, 2014, 162 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus. 1ed, Brasília, DF, 2013, 162 p.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro, RJ, 2013, 181 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS.

<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B375C2D0E0F359G19HIJd2L2412M0N&VInclude=../site/infosaude.php>. Acesso: 20/11/2016.

BRINATI, L. M.; DIOGO, N. A. S.; MOREIRA, T. R.; MENDONÇA, E. T.; AMARO, M. O. F. Prevalência e fatores associados à neuropatia periférica em indivíduos com diabetes mellitus. *Rev Cuidado é fundamental*; v. 9, n. 3, p. 347-355, 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4476/pdf_1. Acesso em: 18.01.2018.

CHAVES, F. F.; CHAVES, F. A.; CECÍLIO, S. G.; AMARAL, M. A.; TORRES, H. C. Mapa de conversação em diabetes: estratégia educativa na visão dos profissionais de saúde. *Rev Min Enferm*; v. 19, n. 4, p. 854-858, 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1046>. Acesso em: 19.01.2018.

COELHO, M. T. A. D.; CARNEIRO, R. A. S.; ROCHA, D. M. P. Influência da masculinidade nas concepções e práticas de saúde-doença de alunos da educação superior em saúde. *Rev Interfaces*; v. 6, n. 1, p. 47-58, 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/humanas/article/view/3517/2307>. Acesso em: 20.01.2018.

CONTERNO, L. O.; BARBOSA, R. W. N.; REGO, C. M.; FILHO, C. R. S. Gravidade do déficit neurológico e incidência de infecções hospitalares em pacientes idosos com acidente vascular cerebral agudo. *Rev Scientia medica*; v. 26, n. 4, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5732150>. Acesso em: 18.01.2018.

CORADINI, A. O.; MORÊ, C. L. O. O.; SCHERER, A. D. Obesidade, família e transgeracionalidade: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Nova Perspectiva Sistêmica*; v. 58, n. 1, p. 17-37, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nps/v26n58/n26a03.pdf>. Acesso em: 19.01.2018.

CORTEZ, D. N.; REIS, I. K.; SOUZA, D. A. S.; MACEDO, M. M. L.; TORRES, H. C. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. *Rev Acta Paul Enferm*; v. 26, n. 3, p. 250-255, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0250.pdf>. Acesso em: 19.01.2018.

COSTA, F. G.; COUTINHO, M. P. L. Representações sociais no contexto do diabetes mellitus. *Rev Psicologia em estudo*; v. 21, n. 1, p. 175-185, 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2871/287146384018.pdf>. Acesso em: 20.01.2018.

COSTA, L. J. S. L.; MACHADO, A. L. G.; SILVA, A. Z.; BRAGA, C. R.; COSTA, J. N.; FORMIGA, L. M. F. Autocuidado dos adultos jovens com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Reuol*; v. 10, n. 11, p. 3875-3882, 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11468/13307>. Acesso em: 20.01.2018.

COSTA, J. A.; BALGA, R. S. M.; ALFENAS, R. C. G.; COTTA, R. M. M. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, p. 2001-09, 2011.

CUNHA, G. H.; BARBOSA, R. V. A.; FONTENELE, M. S. M.; LIMA, M. A. C.; FRANCO, K. B.; FECHINE, F. V. Resíduos de insulino terapia produzidos no domicílio de diabéticos acompanhados na Atenção Primária. *Rev Reben*; v. 70, n. 3, p. 646-653, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0618.pdf. Acesso em: 18.01.2018.

DELLAGNELO, E. H. L.; CARIO, S. A. F. Pesquisa qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). *Revista RESR*, v. 51, n. 4, p. 745-764, 2013.

DIABETOLOGIA, Sociedade Portuguesa. Diabetes Mellitus. *Revista Portuguesa de Diabetes*, v. 11, n. 2, 2016.

DURIDAN, A.; SANTOS, D. F.; GATTI, A. L. Autoestima e cuidados pessoais em mulheres de 60 a 75 anos. *Rev Aletheia*; v. 43, n. 44, p. 174-187, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n43-44/n43-44a13.pdf>. Acesso em: 20.01.2018.

FARIAS, R. F. S.; LIMA, A. W. S.; LEITE, A. F. B.; SANTOS, Z. C.; DIAS, A. A.; SANTOS, E. C. B. Adesão ao tratamento de diabetes mellitus em área rural do município de vitória de santo antão-PE. *Rev APS*; v. 19, n. 2, p. 181-190, 2016. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2307/1052>. Acesso em: 19.01.2018.

FEITOSA, M. N. L.; FEIJÃO, G. S.; SILVA, P. L.; OLIVEIRA, A. C. S.; BRITO, M. A. C. Assistência de enfermagem na atenção primária ao paciente com risco potencial de desenvolver pé diabético: uma revisão bibliográfica. *Rev Uningá*; v. 54, n. 1, p. 185-196, 2017. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/23>. Acesso em: 20.01.2018.

FERREIRA, L. T.; SAVIOLLI, I. H.; VALENTI, V. E.; ABREU, L. C. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v. 36, n. 3, p. 182-8, 2011

FILGUEIRA, A. L. G.; BOAS, L. C. G. V.; COELHO, A. C. M.; FREITAS, M. C. F.; PACE, A. E. Intervenções educativas para o conhecimento da doença, adesão ao tratamento e controle do diabetes mellitus. *Rev latino americana de enfermagem*; v. 25, n. 1, p. 1-6, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-2863.pdf. Acesso em: 19.01.2018.

FUJIMOTO, C. Y.; COSTA, R. A.; ZACCARA, T. A.; PAGANOTTI, C. F.; FRANCISCO, R. P. V. Correlação das dosagens de frutos amina e de hemoglobina glicosilada com o perfil glicêmico em gestantes com diabetes mellitus. *Rev Bras Ginec Obst*; v. 38, n. 1, p. 20-26, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v38n1/0100-7203-rbgo-38-01-00020.pdf>. Acesso em: 20.01.2018.

GARCIA, L. R. S.; ARAÚJO, T. D. V. G.; SILVA, P. G. O.; MEDEIROS, H. G. S.; BARROS, S. S.; GARCIA, L. C. S. Conhecimento sobre diabetes mellitus entre profissionais

- da rede pública de ensino. *Rev Brasileira em Promoção da Saúde*; v. 30, n. 1, p. 57-63, 2017. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5455>. Acesso em: 19.01.2018.
- GARCIA, A. B.; MULLER, P. V.; PAZ, P. O.; DUARTE, E. R. M.; KAISER, D. E. Percepção do usuário no autocuidado de úlcera em membros inferiores. *Rev Gaúcha de Enferm*; v. 39, n. 1, p. 1-21, 2018. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/79564>. Acesso em: 18.01.2018.
- GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GONÇALVES, C. G.; DIAS, C. S. B.; GOMES, C. J. D. P. F.; CASSIANO, D. C. O.; SILVA, F. L. M. R.; GUEDES, M. B. O. G.; et al. Intervenção educacional e perfil de um grupo de diabéticos de um município do nordeste brasileiro: ação de extensão multidisciplinar. *Rev eletrônica extensão e sociedade*; v. 6, n. 1, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/extensoesociedade/article/view/11594>. Acesso em: 20.01.2018.
- GRAZZIANO, E. S.; REIS, E.; LEDA, S.; LOPES, L. F. D. Impacto das orientações para o cuidado e percepção da qualidade de vida em cuidadores de idosos. *Rev REUOL*; v. 8, n. 8, p. 2823-2832, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article>. Acesso em: 20.01.2018
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade João Pessoa (PB). Brasília, 2016. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=250510. Acesso em: 20/11/2016.
- ISER, B. P. M.; STOPA, S. R.; CHUEIRI, P. S.; SZWARCOWALD, C. L.; MALTA, D. C.; MONTEIRO, H. O. C.; DUCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da pesquisa nacional de saúde 2013. *Revista Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 305-14, 2015
- LACERDA, J. S.; JARDIM, C. M. L.; TIRAPELI, K. G. Caracterização de diabéticos atendidos em associação do município de birigui-SP. *Rev Saúde uni Toledo*; v. 1, n. 1, p. 76-89, 2017. Disponível em: <http://www.ojs.toledo.br/index.php/saude/article/view/2437>. Acesso em: 20.01.2018.
- LEAL, C. L.; PISI, P. C. B.; FIGUEIREDO, A. B.; ALMEIDA, S. C. L.; MORIGUTI, J. C. Manejo da hiperglicemia no paciente hospitalizado não crítico. *Revista de medicina, Ribeirão Preto*, v. 43, n. 2, p. 134-42, 2010.
- LIMA, I. G.; COSTA, J. F. L.; OLIVEIRA, A. F.; JUNIOR, J. N. B.; PEIXOTO, A. S.; PANCIERI, M. S.; CALDAS, C. A. M.; PIRES, C. A. A. Educar para prevenir: a importância da informação no cuidado do pé diabético. *Rev Conexão uepg*; 13, n. 1, p. 186-196, 2017. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao/article/view/8958>. Acesso em: 18.01.2018.
- LIMA, T. V. S.; SANTOS, W, P.; FREITAS, F. B. D.; GOUVEIA, B. L. A.; TORQUATO, I. M. B.; AGRA, G. Emoções e sentimentos revelados por idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Rev Kairós*; v. 19, n. 3, p. 51-65, 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/31448>. Acesso em: 18.01.2018.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; ISER, B. P. M.; SZWARCOWALD, C. L.; DUCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. Fatores associados ao diabetes autorreferido segundo a pesquisa nacional de saúde, 2013. *Rev saúde pública*; v. 51, n. supl, p. 1-12, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000011.pdf. Acesso em: 19.01.2018.

MARASCHIN, J. F.; MURUSSI, N.; WITTER, V.; SILVEIRO, S. P. Classificação do Diabete Mellito. *Revista ArqBrasCardiol*, v. 95, n. 2, p. 40-47, 2010

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos da metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARINHO, F.; PASSOS, V. M. A.; FRANÇA, E. B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil de carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Rev epidemiol serv saúde*; v. 25, n. 4, p. 713-724, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00713.pdf>. Acesso em: 20.01.2018.

MARTINS, R. X. Metodologia de pesquisa: guia de estudos. Lavras: UFLA, 2013.

MARQUES, C.R. Percepção dos usuários insulínodépendentes não controlados quanto ao tratamento para o diabetes mellitus tipo 2. *Rev APS*; v. 10, n. 1, p. 69-80, 2017. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2615>. Acesso em: 18.01.2018.

MATSUMOTO, P. M.; BARRETO, A. R. B.; SAKATA, K. N.; SIQUEIRA, Y. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FRACOLLI, L. A. Aeducação em saúde no cuidado de usuários do programa auto monitoramento glicêmico. *Revista Escola de Enfermagem USP*, v. 46, n. 3, p. 761-5, 2012.

MELLO, A. P. A.; BELO, L. A. O.; PONTES, A. E. B.; PAGOTTO, V.; NAKATANI, A. Y. K.; MARTINS, K. A. Estudo de base populacional sobre excesso de peso e diabetes mellitus em idoso na região metropolitana de Goiânia, Goiás. *Rev Geriatr gerontol aging*; v. 10, n. 3, p. 151-157, 2016. Disponível em: <http://ggaging.com/details/374/en-US/population-based-study-of-overweight-and-diabetes-mellitus-in-elderly-in-the-metropolitan-area-of-goiania--goias>. Acesso em: 20.01.2018.

MENDES, Z.; GUEDES, S.; GUERREIRO, J. P.; INES, M.; SOUSA, A.; MIRANDA, A. Autovigilância da doença e qualidade de vida dos dos dentes diabéticos: estudo observacional em farmácias comunitárias. *Rev portuguesa de saúde pública*; v. 34, n. 1, p. 11-19, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v34n1/v34n1a03.pdf>. Acesso em: 18.01.2018.

MIGUEL, Y. D.; JESUS, C. C.; KERBER, V. A.; KRAUSE, M. S.; OLIVEIRA, V. B. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes odontológicos portadores de diabetes mellitus. *Rev visão acadêmica*; v. 15, n. 1, p. 59-68, 2014. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/academica/article/view/35370>. Acesso em: 20.01.2018.

MILECH, A. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. MONTEIRO, S. C. M.; GOMES, E.; BELFORT, I. K.; AVELAR, M. F.; SAMPAIO, R. M. Análise comparativa da determinação de glicemia capilar e venosa com glicômetro versus dosagem laboral. *Rev pesq saúde*; v. 16, n. 1, p. 41-44, 2015. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4075>. Acesso em: 18.01.2018.

- MOREIRA, T. R.; TOLEDO, L. V.; COLODETTE, R. M.; MENDONÇA, E. T.; AMARO, M. O. F.; AYRES, L. F. A.; HENRIQUES, B. D. Fatores relacionados à auto aplicação de insulina em indivíduos com diabetes mellitus. *Rev gaúcha enferm*; v. 39, n. 1, p. 1-19, 2018. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/79539>. Acesso em: 19.01.2018.
- MORRA, B. F. B.; ROSA, J. H. S. Aspectos sociais da resiliência em pacientes com diabetes mellitus tipo II. *Rev científica fagoc*; v. 1, n. 1, p. 27-37, 2016. Disponível em: <http://revista.fagoc.br/index.php/saude/article/view/24>. Acesso em: 20.01.2018.
- NASCIMENTO, J. C.; NERIS, J. E.; ROZETTI, I. G.; ZARPELLON, K.; BORTOLINI, S. M.; BRAGA, D. C. Qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 nos municípios de água doce, Santa Catarina. *Rev Unoesc & ciência*; v. 6, n. 2, p. 231-238, 2015. Disponível em: <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/7723>. Acesso em: 18.01.2018.
- OLIVEIRA NETO, M.; PEREIRA, M. S.; PINTO, M. A. H.; AGOSTINHO, L. M.; JUNIOR, F. E. R.; HISSA, M. N. Avaliação do autocuidado para a prevenção do pé diabético e exame clínico dos pés em um centro de referência em diabetes mellitus. *Rev J health biol sci*; v. 5, n. 3, p. 265-271, 2017. Disponível em: <http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/1092>. Acesso em: 20.01.2018.
- OLIVEIRA, J. E. P.; VENCIO, S. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014*. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2014.
- OLIVEIRA, P. S. D.; BARBOSA, H. A.; RODRIGUES, R. M. Nunca preocupei com saúde não- o Fenômeno saúde na perspectiva do homem. *Rev rede de cuidados em saúde*; v. 9, n. 3, p. 1-9, 2015. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rscs/article/view/2536/1498>. Acesso em: 19.01.2018.
- PASQUALOTTO, K. R.; ALBERTON, D.; FRIGERI, H.R. Diabetes mellitus e complicações. *J Biotec Biodivers*, v. 3, n. 4, p. 134-145, 2012.
- PAULA, D. B.; MARTINS, D. A.; LARA, M. O.; STUCHI, R. A. G.; LIMA, A. M. J.; AZEVEDO, D. S. S. Avaliação dos pés em indivíduos portadores de diabetes atendidos em uma unidade de atenção primária. *Rev REUOL*; v. 10, n. 6, p. 4751-4756, 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/bde-30032?lang=pt>. Acesso em: 19.01.2018.
- PAULA, D. J. C. *Análise de custo e efetividade do tratamento de diabéticos adultos atendidos no centro hiperdia de Juiz de Fora, Minas Gerais*. Juiz de Fora, 2014.
- PEDRAS, S.; CARVALHO, R.; PEREIRA, M. G. Qualidade de vida na úlcera de pé diabético: não amputados versus amputados. *Rev psicologia, saúde & doenças*; v. 17, n. 1, p. 89-96, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v17n1/v17n1a13.pdf>. Acesso em: 18.01.2018.
- PEREIRA, K. G.; PERES, M. A.; LOP, D.; BOING, A. C.; BOING, A. F.; ORSI, E. Poli farmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Bras epidemiol*; v. 20, n. 2, p. 335-344, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n2/1980-5497-rbepid-20-02-00335.pdf>. Acesso em: 20.01.2018.

PICON, A. P. Estudo da progressão da diabetes e da neuropatia periférica: classificação da severidade e caracterização cinética da locomoção. São Paulo, 2011.

PRADO, M. D.; SOARES, D. A. Limites e estratégias de profissionais de saúde na adesão ao tratamento do diabetes: revisão integrativa. *Rev Cuidado é fundamental*; v. 7, n. 4, p. 3110-3124, 2015. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-27213>. Acesso em: 18.01.2018.

RODRIGUES, M. D.; BORIN, S. H.; PAULINO, P. C.; ARRUDA, E. J.; SILVA, C. A. Comparação das reservas glicogênicas em ratos jovens e envelhecidos tratados com picolinato de cromo. *Rev bras med esporte*; v. 20, n. 5, p. 366-370, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v20n5/1517-8692-rbme-20-05-00366.pdf>. Acesso em: 19.01.2018.

ROLIM, C. E.; ROSA, S. P. S.; DIAS, J. M. F.; GONÇALVES, S. A. A.; MEDEIROS, A. P.; LEITE, L. O. B.; et al. A importância da atenção farmacêutica e a diabetes mellitus tipo 2. *Rev Intesa*; v. 10, n. 2, p. 92-104, 2016. Disponível em: <http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/INTESA/article/view/4575/4078>. Acesso em: 20.01.2018.

RUBIN, O.; AZZOLIN, K.; MULLER, S. Adesão ao tratamento de diabetes mellitus tipo 1 atendidos em um programa especializado em Porto Alegre. *Revista de Medicina, Ribeirão Preto*, v. 44, n. 4, p. 367-76, 2011.

SANTOS, G. F. P.; ALMAS, S. P.; FREITAS, L. M.; KAMIL, J. P.; NEMER, A. S. A. A adesão ao autocuidado influencia parâmetros bioquímicos e antropométricos de pacientes diabéticos tipo 2 atendidos no programa hiperdia do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Revista Nutricion clínica y dietética hospitalaria*, v. 34, n. 3, p. 10-19, 2014.

SALLUM FILHO, C. F. S.; LERARIO, D. D. G. Diabetes na infância. *Rev Brasileira de Medicina*; v. 15, n. 25, p. 4-16, 2015. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=6025. Acesso em: 18.01.2018.

SILVA, A. M.; ALMEIDA, M.; TEIXEIRA, S.; GIESTAS, A.; FREITAS, J.; ROCHA, G. M.; CHAVES, J.; LIMA, J. M. L.; CARVALHO, A.; DORES, J. Síndrome de stiff-person e diabetes mellitus-a propósito de um caso clínico. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e metabolismo, Portugal*, v. 20, n. 2, p. 55-67, 2010.

SILVA, P. L.; REZENDE, M. P.; FERREIRA, L. A.; DIAS, F. A.; HELMO, F. R.; SILVEIRA, F. C. O. Cuidados com os pés: o conhecimento de indivíduos com diabetes mellitus cadastrados no programa saúde da família. *Rev Enfermería global*; v. 1, n. 37, p. 52-65, 2015. Disponível em: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/42352/2/170401-759151-1-PB.pdf>. Acesso em: 20.01.2018.

SILVA, L. Q.; FERNANDES, D. R.; CRUZ, J. N.; LAGO, E. C.; LIMA, C. H. R.; ALMEIDA, C. A. P. L. Aspectos sociodemográficos do enfermeiro da estratégia saúde da família atuante na educação em diabetes mellitus. *Rev interdisciplinar*; v. 9, n. 1, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/979>. Acesso em: 19.01.2018.

SILVA, L. W. S.; SILVA, J. S.; SQUARCINI, C. F. R.; RIBEIRO, V. S.; GONÇALVES, D. F. Promoção da saúde de pessoas com diabetes mellitus no cuidado educativo preventivo do pé-diabético. *Rev Ciência y enfermagem*; v. 22, n. 2, p. 103-116, 2016 c. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v22n2/art_08.pdf. Acesso em: 20.01.2018.

SILVA, P. L. N.; ALVES, E. C. S.; OLIVEIRA, M. K. S.; COSTA, A. A.; LOPES, V. C. Assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus tipo 1 de uma unidade de saúde na cidade de Espinosa/MG: relato de experiência. *Rev Universidade Vale do Rio Verde*; v. 14, n. 2, p. 36-42, 2016 a. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2592>. Acesso em: 18.01.2018.

SILVA, H. G. N.; LOPES, R. M. A. L.; FEITOSA, M. C. P.; SOUSA, K. F.; OLIVEIRA, R. A. Avaliação da qualidade de vida de pacientes diabéticos tipo 2 e a prevalência de déficit sensitivo em membros inferiores. *Rev Brasileira de qualidade de vida*; v. 9, n. 2, p. 165-177, 2017. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/6033>. Acesso em: 18.01.2018.

SOUZA, J. D.; BAPTISTA, M. H. B.; GOMIDES, D. S.; PACE, A. E. Adesão ao cuidado em diabetes mellitus nos três níveis de atenção à saúde. *Rev Esc Enferm Anna nery*; v. 21, n. 4, p. 1-10, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127752022033.pdf>. Acesso em: 19.01.2018.

THOMAZELLI, F. C. S.; MACHADO, C. B.; DOLÇAN, K. S. Análise do risco de pé diabético em um ambulatório interdisciplinar de diabetes. *Rev da AMRIGS*; v. 59, n. 1, p. 10-14, 2015. Disponível em: http://www.amrigs.org.br/revista/59-01/02_1436_Revista%20AMRIGS.pdf. Acesso em: 20.01.2018.

YARID, S. D.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; SUMIDA, D. H. Conduta odontológica no atendimento a portadores de diabetes mellitus. *Revista Saúde com*, v. 6, n. 1, p. 74-85, 2010.

Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **Representação Clínica, Comportamental e Crenças das Pessoas com Diabetes Mellitus atendidas no Ambulatório de Endocrinologia de um Hospital Universitário** e será desenvolvida por **Wallison Pereira dos Santos**, aluno do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da Profa. Ms. **Bernadete de Lourdes André Gouveia**.

Os objetivos do estudo são: Analisar o estado clínico, comportamental e crenças das pessoas com Diabetes Mellitus atendidas no ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley; Averiguar a representação sociodemográfica e clínica das pessoas com Diabetes Mellitus atendidas no ambulatório de Endocrinologia do HULW; Desvendar o comportamento de autocuidado das pessoas com Diabetes mellitus atendidas no ambulatório de Endocrinologia do HULW; Identificar as crenças das pessoas com Diabetes Mellitus e sua influência à terapêutica das pessoas atendidas no ambulatório de Endocrinologia do HULW. A finalidade deste trabalho é contribuir com a identificação do estado clínico, comportamento de autocuidado e crenças que influencia a adesão terapêutica das pessoas com diabetes mellitus que são atendidas no ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), a fim de fornecer informações para gerenciar e planejar à assistência de enfermagem prestada a esses indivíduos. Solicitamos a sua colaboração para responder as perguntas do formulário que ACREDITA-SE levará em **média 15 minutos**, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa poderá causar apenas constrangimento durante as perguntas, pela intimidação das respostas, dessa forma o pesquisador irá apresentar o formulário ao participante a fim de minimizar tais constrangimentos.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas

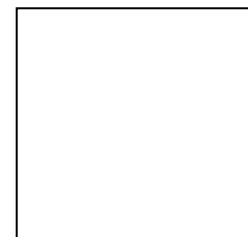
pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do (a) pesquisador (a) responsável

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, ____ de _____ de 2017

Impressão dactiloscópica



Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador Wallison Pereira dos Santos, Telefone:83 9 9971-4859 ou para o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley -Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail:comitedeetica@hulw.ufpb.br Campus I – Fone: 32167964

APÊNDICE B

- Formulário para coleta do material empírico.
- Estudo: Representação Clínica, Comportamental e Crenças das pessoas com Diabetes Mellitus atendidas no ambulatório de endocrinologia de um hospital universitário.
- Pesquisador participante: Wallison Pereira dos Santos
- Pesquisador Responsável: Bernadete de Lourdes André Gouveia

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS	
SEÇÃO I - Sociodemográfico	SEÇÃO II - Clínico
Iniciais:	Classificação do Diabetes Mellitus:
Idade: 18-30 <input type="checkbox"/> 31-50 <input type="checkbox"/> 51-70 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DM1
Acima de 71 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DM2
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> DM Gestacional
<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Outros tipos específicos.
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro/a	Qual? _____
<input type="checkbox"/> Casado/a	Terapêutica adotada:
<input type="checkbox"/> Viúvo/a	<input type="checkbox"/> Terapia não medicamentosa
<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Insulinoterapia
Anos de Estudo: <input type="checkbox"/> 1 a 3 anos	<input type="checkbox"/> Hipoglicemiantes orais
<input type="checkbox"/> 4 a 6 anos	Qual? _____
<input type="checkbox"/> 7 a 8 anos	Complicações do Diabetes Mellitus:
<input type="checkbox"/> 9 a 11 anos	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> 12 a 13 anos	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> 14 a 16 anos	Qual? _____
<input type="checkbox"/> Nunca estudou	Forma de monitoramento das taxas:
Renda familiar: <input type="checkbox"/> > que um salário mínimo	<input type="checkbox"/> Glicemia plasmática
<input type="checkbox"/> Um salário mínimo	<input type="checkbox"/> Hemoglobina Glicada
<input type="checkbox"/> Dois salários mínimos	<input type="checkbox"/> Glicemia capilar
< que dois salários mínimos	
Situação de moradia: <input type="checkbox"/> mora sozinho	
<input type="checkbox"/> Com cuidadores	
<input type="checkbox"/> Com familiares	
Qual?	

SEÇÃO III - Comportamental

Consome frutas? _____ quantos dias da semana? _____

Consome Legumes? _____ quantos dias da semana? _____

Costuma comer peixe? _____ Quantas vezes na semana? _____

Sucos() ou refrigerantes () _____ Quantas vezes na semana? _____

Costuma comer guloseimas?() _____ Quais? _____

Costuma comer frituras? () _____ Quais? _____

Alimenta-se Saudavelmente?

Sim

Não

Realiza caminhada? _____ Quantas vezes na Semana? _____

Vai ao banco? _____ De que meio? _____

Costuma ir a igreja? _____ De que meio? _____

Gosta de fazer compras? _____ De que meio? _____

pratica Atividade Física?

Sim

Não

Faz monitoramento das taxas? _____ Em que ambiente? _____

Quantas vezes ao dia? _____ semana? _____

Vigia as taxas glicêmicas?

Sim

Não

Toma a medicação corretamente? _____ Quantas vezes ao dia? _____

Toma os medicamentos regularmente?

Sim

Não

O(a) Senhor(a) sente quando sua glicemia está alta ou baixa? _____

O que sente? _____ O que faz? _____

Procura ajuda _____

Encontra Soluções para eventuais alterações?

Sim

Não

Fuma? _____ Quanto tempo? _____ Faz uso de bebida alcoólica? _____

Lava/seca/hidrata os pés? _____ Cortas as unhas de que forma? _____

Reduz os riscos de desenvolver complicações?

Sim

Não

Adapta-se saudavelmente ao DM?

Quatro ou mais Classificações SIM -Adaptou-se

Três Classificações SIM -Adaptou-se Parcialmente

Duas ou Menos Classificações SIM -Não Adaptou-se

SEÇÃO IV - Crenças

1. Na sua concepção, quais as vantagens de seguir o tratamento?

2. Na sua concepção, quais as desvantagens de seguir o tratamento?

3. Quais as pessoas significativas para você, que consideram importante o seu tratamento?

4. Quais as pessoas significativas para você, que não consideram importante o seu tratamento?

Formulário próprio, 2017.

Anexos

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM
TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, orientando e autora da pesquisa intitulada de **“Representação Clínica, Comportamental e Crenças das pessoas com Diabetes Mellitus atendidas no ambulatório de endocrinologia de um hospital universitário”** assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que revisa e atualiza a Resolução 196/96, e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833 de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, ____ de _____ de ____.

Wallison Pereira dos Santos

Wallison Pereira dos Santos
 Pesquisador do Projeto

Bernadete de Lourdes André Gouveia
 Responsável pelo Projeto

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “**Representação Clínica, Comportamental e Crenças das pessoas com Diabetes Mellitus atendidas no ambulatório de endocrinologia de um hospital universitário**”, assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Cuité, _____ de _____ de _____.

Bernadete de Lourdes André Gouveia

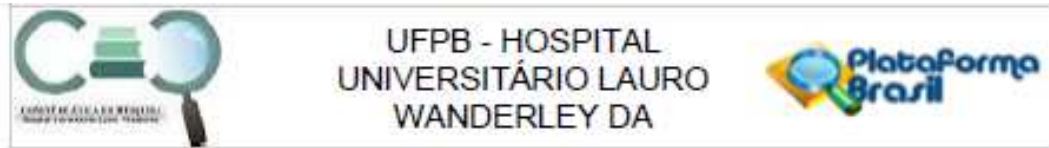
Orientadora

Wallison Pereira dos Santos

Wallison Pereira dos Santos

Orientando

ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÃO CLÍNICA, COMPORTAMENTAL E CRENÇAS DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE ENDOCRINOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: Bernadete de Lourdes André Gouveia

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65815517.3.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.039.844

Apresentação do Projeto:

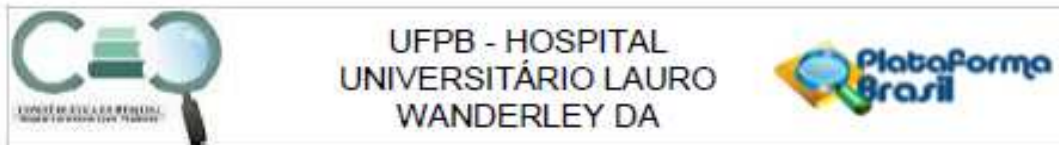
Trata-se da segunda versão de projeto de pesquisa observacional para trabalho de conclusão de curso de bacharelado em enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. Os participantes da pesquisa serão pacientes diabéticos adultos atendidos no ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley(HULW) da Universidade Federal da Paraíba. As pendências apontadas na apreciação anterior foram a ausência de número de pacientes no projeto e a linguagem do TCLE aparentemente pouco acessível aos participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Apresentar a situação clínica, comportamental e crenças das pessoas com Diabetes Mellitus atendidas no ambulatório de Endocrinologia de um Hospital Universitário

Objetivos específicos: Delinear a representação sociodemográfica e clínica das pessoas com Diabetes Mellitus atendidas no ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley; Identificar os comportamentos de autocuidado das pessoas com Diabetes Mellitus atendidas no ambulatório de Endocrinologia do HULW; Desvendar as crenças para adesão ao tratamento das pessoas com Diabetes Mellitus atendidas no ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica@hulw.ufpb.br



Continuação do Parecer: 2.030.844

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foi feita avaliação dos riscos e benefícios na versão 1.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As pendências existentes na primeira versão deste projeto apresentada ao CEP/HULW foram solucionadas na atual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi reformulado adotando-se uma linguagem mais acessível aos partícipes da pesquisa.

Recomendações:

Recomenda-se que o pesquisador responsável e demais colaboradores, CUMPRAM, EM TODAS AS FASES DO ESTUDO, A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP-HULW. Caso ocorram intercorrências durante ou após o desenvolvimento da pesquisa, a exemplo de alteração de título, mudança de local da pesquisa, população envolvida, entre outras, o pesquisador responsável deverá solicitar a este CEP, via Plataforma Brasil, aprovação de tais alterações, ou buscar devidas orientações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após resolução das inadequações na atual versão deste protocolo, nosso parecer é favorável à aprovação deste projeto pelo Colegiado do CEP/HULW.

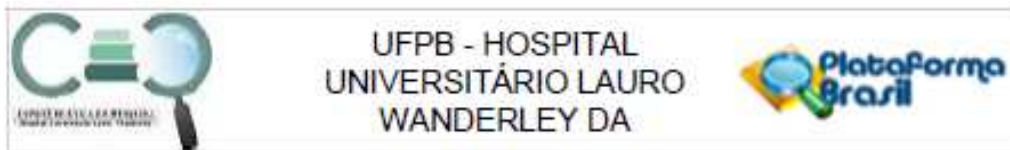
Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em reunião ordinária realizada em 25 de abril de 2017.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- . O participante da pesquisa deverá receber uma via do Termo de Consentimento na íntegra, com assinaturas do pesquisador responsável e do participante e/ou do responsável legal. O pesquisador deverá manter em sua guarda uma via do TCLE assinado pelo participante por cinco anos.
- . Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e apor assinatura na última folha.
- . O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer dano ou prejuízo à assistência que esteja recebendo.
- . O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br



Continuação do Parecer: 2.039.844

pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

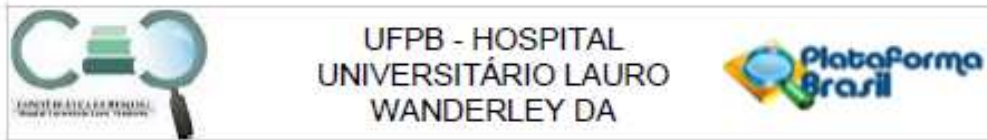
Eventuais modificações – EMENDAS - ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP/HULW de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O pesquisador deverá apresentar Relatório parcial no curso do estudo, e Relatório final em no máximo 30 dias após o seu término ao CEP/HULW, via Plataforma Brasil, para emissão da Certidão Definitiva por este CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_844866.pdf	08/04/2017 21:21:30		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP_HULW.pdf	08/04/2017 21:20:39	Bernadete de Lourdes André Gouveia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC_CORRECAO.pdf	08/04/2017 21:18:21	Bernadete de Lourdes André Gouveia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	08/04/2017 21:17:18	Bernadete de Lourdes André Gouveia	Aceito
Outros	APENDICE_B_INSTRUMENTO.pdf	07/04/2017 19:13:29	Wallison Santos	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/04/2017 19:12:27	Wallison Santos	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_.pdf	13/03/2017 09:07:33	Bernadete de Lourdes André Gouveia	Aceito
Outros	Certidao_Colegiado_Enfermagem.JPG	13/03/2017 09:04:03	Bernadete de Lourdes André Gouveia	Aceito

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7922 E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br



Continuação do Parecer: 2.039.844

Outros	Carta_Anuencia_1.JPG	13/03/2017 09:02:45	Bernadete de Lourdes André Gouveia	Aceito
Orçamento	Orçamento_pdf.pdf	09/01/2017 16:32:12	Wallison Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 01 de Maio de 2017

Assinado por:
MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE
 (Coordenador)

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.069-900
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br