



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

ANDERSON GUSTAVO LAURENTINO VIDAL DE NEGREIROS

COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO PARA O CONTROLE DO
DIABETES MELLITUS

CUITÉ – PB

2018

ANDERSON GUSTAVO LAURENTINO VIDAL DE NEGREIROS

COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO PARA O CONTROLE DO
DIABETES MELLITUS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso Bacharelado em
Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da
Universidade Federal de Campina Grande –
campus Cuité-PB, em cumprimento às exigências
legais para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Lidiane Lima de
Andrade

Co-orientadora: Profa. MsC. Bernadete de
Lourdes André Gouveia

CUITÉ – PB

2018

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

N385c

Negreiros, Anderson Gustavo Laurentino Vidal de.

Comportamentos de autocuidado para o controle do diabetes mellitus. / Anderson Gustavo Laurentino Vidal de Negreiros. - Cuité: CES, 2018.

63 fl.

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

Orientadora: Lidiane Lima de Andrade.

Coorientadora: Bernadete de Lourdes André Gouveia

1. Diabetes mellitus. 2. Enfermagem. 3. Autocuidado. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.379-008.64

ANDERSON GUSTAVO LAURENTINO VIDAL DE NEGREIROS

COMPORTAMENTOS DE AUTOCAUIDADO PARA O CONTROLE DO
DIABETES MELLITUS

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Lidiane de Lima Andrade
Orientadora – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Prof.^a Ms. Bernadete de Lourdes André Gouveia
Co-orientadora – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira
Membro Interno - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso à minha família, à minha mãe, pai e irmã que sempre fizeram de tudo para que esse sonho se tornasse realidade. Essa conquista é nossa!

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus pela vida, saúde e por sempre me dar forças para enfrentar todas as batalhas e não me deixar desistir nos momentos difíceis dessa longa jornada, me guiando na realização dos meus objetivos.

À minha família, em especial, a minha mãe Ana Rosa, a grande responsável por essa conquista, pelo esforço e luta diária para me dar condições de realizar esse sonho e por fazer o possível e, às vezes, o impossível por mim; minha irmã Jaiana Lorena e meu pai José Jailton por todo apoio, incentivo e por caminharem sempre juntos comigo durante todos esses anos.

À Hortência Héllen, minha companheira da vida e da graduação, por ser minha família longe de casa, estar comigo dividindo os bons e maus momentos, as vitórias e derrotas, pela ajuda e apoio, por me tornar uma pessoa melhor, sempre acreditar no meu potencial e nunca desistir de mim.

Não poderia deixar de expressar meu agradecimento a minha orientadora prof.^a Dra. Lidiane Lima, pela ajuda, por abraçar essa causa comigo, pela paciência, conselhos e ensinamentos repassados. São profissionais exemplares assim, que são fonte de inspiração para mim.

Agradeço a banca examinadora, prof.^a e Co-orientadora Ms. Bernadete Gouveia, pelas orientações e por ajudar na construção do projeto e finalização do mesmo. Ao prof. Dr. Matheus Nogueira, pelas importantes contribuições para pesquisa e, também, aos demais mestres da graduação, em especial, aos docentes do curso de enfermagem, pelos ensinamentos repassados de forma sublime. Levarei um pouco de cada um para vida profissional.

Por fim, agradeço aos amigos, demais familiares, colegas da graduação e todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para essa realização dessa conquista e que passaram por minha vida durante esses cinco anos. Obrigado a todos!

*“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo
para a vitória é o desejo de vencer”*

Mahatma Gandhi

RESUMO

NEGREIROS, A. G. L. V. Comportamentos de autocuidado para o controle do Diabetes Mellitus. Cuité, 2018. 63f. 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.

Introdução: no indivíduo com Diabetes Mellitus (DM) o autocuidado assume importância devido a alta prevalência da doença e seu potencial para o desenvolvimento de complicações, quando não tratada adequadamente. **Objetivo:** analisar comportamentos de autocuidado para o controle do DM. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva com uma abordagem quantitativa realizada em duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) da zona urbana de Cuité. A população consistiu em 197 usuários, com amostra calculada com intervalo de confiança de 95%, no percentual de 50% e com erro amostral de 8%. Empregando-se os critérios de inclusão e exclusão, a amostra equivaleu a 86 usuários. A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento semiestruturado e a análise dos dados subsidiada pela estatística descritiva, dessa forma, foram organizados no *Software* SPSS versão 20, utilizando a estatística descritiva para todas as variáveis categóricas e numéricas que foram expressas em frequência absolutas e relativas. **Resultados:** nas variáveis sociodemográficas houve prevalência de mulheres, com idade acima de 60 anos, escolaridade de 1 a 3 anos, renda familiar de 1 a 2 salários mínimos e que residem com mais de uma pessoa. No que concerne a prática de atividade física, referiram visitar a feira, ir missa e ao banco, realizar atividades domésticas, porém negaram a prática de corrida, esporte, academia ou caminhada e a presença de limitações físicas, porém, os que relataram ter limitações, prevaleceram os acamados. Na alimentação, referiram consumir frutas, legumes e suco, e negaram frituras, doces, álcool, industrializados e refrigerante. O teste glicêmico foi referido como realizado pela maioria com intervalo maior que um mês. Os hipoglicemiantes orais prevaleceram em relação ao uso de insulina, em que a mais utilizada foi a NPH. Os episódios hiperglicêmicos não são percebidos pelos usuários e aqueles que percebem referiram controlar com medicação, por outro lado, os episódios de hipoglicemia são perceptíveis pela maioria e controláveis consumindo-se algum alimento. Na variável de redução dos riscos, o peso que prevaleceu foi de 61 a 70 kg, negaram tabagismo, afirmaram hipertensão e realização de cuidados com os pés, principalmente o uso creme e óleos. Em relação a adaptação, o tempo de diagnóstico foi entre 1 a 5 anos e relataram não ter dificuldades no tratamento da doença. **Conclusão:** com a realização do estudo foi possível analisar quais comportamentos de autocuidado para o controle do DM são mais utilizados pelos indivíduos. Torna-se necessário que novas publicações sobre o tema sejam realizadas, para embasamento de novos estudos sobre o DM e autocuidado. Além disso, é fundamental que os enfermeiros, por terem contato direto com a população, orientem os usuários com DM sobre a importância da realização desses comportamentos de autocuidado.

Palavras-chave: Enfermagem; Autocuidado; Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

NEGREIROS, A. G. L. V. Self-care behaviors for the control of Diabetes Mellitus. Cuite, 2018. 63f. Course Completion Work (Nursing Bachelor) - Academic Nursing Unit, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande, Cuité-PB, 2018.

Introduction: in the individual with Diabetes Mellitus (DM) self-care assumes importance due to the high prevalence of the disease and its potential for the development of complications when not properly treated. Objective: to analyze self-care behaviors for DM control. Methodology: This is an exploratory and descriptive research with a quantitative approach carried out in two Basic Units of Family Health (UBSF) in the urban area of Cuité. The population consisted of 197 users, with a sample calculated with a confidence interval of 95%, in the percentage of 50% and with a sampling error of 8%. Using the inclusion and exclusion criteria, the sample was equivalent to 86 users. Data collection was performed using a semistructured instrument and data analysis subsidized by descriptive statistics were organized in SPSS Software version 20, using descriptive statistics for all categorical and numerical variables that were expressed in absolute frequencies and relative. Results: in the sociodemographic variables there was a prevalence of women, aged over 60 years, schooling of 1 to 3 years, family income of 1 to 2 minimum wages and residing with more than one person. Concerning the practice of physical activity, they referred to visiting the fair, going to mass and the bank, performing domestic activities, but denied the practice of running, sports, gym or walking and the presence of physical limitations, but those who reported having limitations, the bedbugs prevailed. In food, they reported consuming fruits, vegetables and juice, and denied frying, sweets, alcohol, industrialized and soda. The glycemic test was reported as performed by the majority with an interval longer than one month. Oral hypoglycemic agents prevailed in relation to the use of insulin, in which NPH was the most used. Hyperglycemic episodes are not perceived by users and those who perceive reported controlling with medication; on the other hand, episodes of hypoglycemia are perceived by the majority and controllable by consuming some food. In the risk reduction variable, the weight that prevailed was from 61 to 70 kg, denied smoking, stated hypertension and carried out foot care, especially the use of cream and oils. Regarding the adaptation, the diagnosis time was between 1 and 5 years and reported to have no difficulties in the treatment of the disease. Conclusion: with the accomplishment of the study it was possible to analyze which self-care behaviors for DM control are more used by individuals. It is necessary that new publications on the subject be carried out to support new studies on DM and self-care. In addition, it is fundamental that nurses, because they have direct contact with the population, should guide users with DM about the importance of performing these self-care behaviors.

Keywords: Nursing; Self-care; Diabetes Mellitus.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos sujeitos. Cuité – PB, 2017.....	23
Tabela 2. Prática de atividade física. Cuité – PB, 2017.....	25
Tabela 3. Alimentação saudável. Cuité – PB, 2017.....	27
Tabela 4. Controle glicêmico. Cuité – PB, 2017.....	31
Tabela 5. Uso de medicamentos. Cuité – PB, 2017.....	32
Tabela 6. Busca de soluções. Cuité – PB, 2017.....	33
Tabela 7. Redução de riscos. Cuité – PB, 2017.....	35
Tabela 8. Adaptação saudável. Cuité – PB, 2017.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AADE – Associação Americana de Educadores em Diabetes

AIVD – Atividades instrumentais de Vida Diária

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CAD – Cetoacidose Diabética

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CEPE – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM – Diabetes Mellitus

DMG – Diabetes Mellitus Gestacional

DRC – Doença Renal Crônica

DVP – Doença Vascular Periférica

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HDL – Lipoproteína de Alta Densidade

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

NPH – Neutra de Protamina Hagedorn

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PA – Pressão Arterial

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SHHNC – Síndrome Hiperosmolar Hiperglicêmica Não Cetótica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBSF – Unidades Básicas de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1. Tipos de DM e principais complicações	16
2.2 Comportamentos de autocuidado para controle do DM	18
3 METODOLOGIA	21
3.1 Tipo de pesquisa	21
3.2 Local da pesquisa	21
3.3 População e amostra	21
3.4 Coleta de dados	22
3.5 Análise dos dados	22
3.6 Considerações éticas	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5 CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICES	53
ANEXOS	58

1 INTRODUÇÃO

O termo DM se refere a um grupo de doenças metabólicas, caracterizado por níveis elevados de glicose, ocasionados pela deficiência total ou parcial de insulina ou resistência à ação da mesma (TARGINO et al., 2016).

A classificação do DM inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e outros tipos específicos de DM. Há ainda duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída (SBD, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) existem cerca 387 milhões de pessoas vivendo com DM em todo o mundo. Estima-se que, no ano de 2035 este número chegará a 592 milhões de pessoas, o que totaliza um aumento de aproximadamente 50% no número de novos casos. Por outro lado, tais dados podem não representar de maneira exata o quantitativo de diabéticos, já que, cerca de 179 milhões de indivíduos ainda não foram diagnosticados (OMS, 2016).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), uma em cada doze pessoas vive com DM nas Américas, o que corresponde a cerca de 62 milhões de indivíduos vivendo com a doença. Estima-se que, se medidas de prevenção não forem tomadas, 110 milhões terão a doença até 2040 (OPAS, 2016).

No Brasil, de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), há mais de 13 milhões de pessoas vivendo com a doença, o que representa cerca de 6,9% da população. Espera-se que, em 2035, haverá 19,2 milhões de pessoas sofrendo com DM, o que retrata um aumento significativo nos novos casos. É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição (11,3%), em 2030 (SBD, 2016; BRASIL, 2013).

Em 2010, o Brasil já contava com mais de 12 milhões de diabéticos e na região Nordeste do país, levando em consideração apenas as capitais, a prevalência de diabéticos está em torno de 9,1% da população dessa região (CARVALHO et al., 2016).

No estado da Paraíba, a população consiste em 4.025.558 e cerca de 200 mil pessoas são acometidas pela doença. No município de Cuité a população é de 20.348 habitantes e 749 têm a doença (SMS de Cuité-PB, 2017; IBGE, 2017).

Cerca de cinquenta por cento de todos os indivíduos com DM que tem mais de 65 anos de idade são hospitalizados por ano, sendo que as complicações muitas vezes contribuem para

as taxas aumentadas de hospitalização. Os custos relacionados com o DM são estimados em quase 174 bilhões de dólares por ano, incluindo despesas diretas com a assistência médica e os custos indiretos atribuíveis a incapacidade física e morte prematura. Os gastos diretos com DM variam entre 2,5 e 15% do orçamento anual da saúde de um país, dependendo de sua prevalência e do grau de complexidade do tratamento disponível (SMELTZER et al., 2015; SBD, 2015).

Além disso, no ano de 2014 o DM causou 4,9 milhões de mortes em todo o mundo, sendo responsável por 11% do gasto total com a saúde de adultos: um custo estimado de 612 milhões de dólares. No Brasil, essa enfermidade foi responsável por 5,3% dos óbitos ocorridos em 2011, com taxa de mortalidade de 33,7 óbitos a cada 100 mil habitantes (ISER et al., 2015).

Essas mortes são consequências das complicações causadas pelo DM, as quais incluem as de natureza aguda, representadas pela descompensação hiperglicêmica aguda que pode evoluir para Cetoacidose Diabética (CAD) e Síndrome Hiperosmolar Hiperglicêmica Não Cetótica (SHHNC), e a hipoglicemia; e de ordem crônica, decorrentes, principalmente, do controle inadequado, tempo de evolução e fatores genéticos da doença. São divididas em microvasculares, que englobam a nefropatia, retinopatia e neuropatia diabética; e macrovasculares, que são resultantes de alterações nos grandes vasos, representadas pelo Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Doença Vascular Periférica (DVP) (BRASIL, 2013; TSCHIEDEL, 2014).

Para evitar o aparecimento dessas complicações é necessário o cuidado por parte dos profissionais de saúde aos indivíduos diabéticos. O cuidado pode ser definido como velar, tomar conta, um conjunto de ações que têm por fim e por função manter a vida dos seres vivos com o objetivo de favorecer a reprodução e a perpetuação da vida do grupo (ACIOLI et al., 2014).

O contexto do cuidado na área da saúde engloba o cuidado do profissional da Enfermagem, compreendido como a essência da profissão. É ouvir o que o paciente deseja expressar, acalmar, acolher e valorizá-lo em todas as suas dimensões. Nesse sentido, esse cuidado representa um conjunto de iniciativas capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento e respeito ético-cultural ao paciente, no intuito de construir uma realidade mais humana (POTT et al., 2013).

Já o autocuidado implica na execução de ações dirigidas pela e para a própria pessoa ou dirigidas ao ambiente com a finalidade de satisfazer as próprias necessidades, de maneira a contribuir para a manutenção da vida, saúde e bem-estar, sendo uma conduta aprendida em

resultado de experiências cognitivas, culturais e sociais. Exige o desenvolvimento de habilidades que são influenciadas por um conjunto de fatores intrínsecos e extrínsecos à pessoa, como a idade, sexo, sistema familiar, padrão de vida, fatores ambientais, acesso a adequação e disponibilidade de recursos de saúde (TANQUEIRO, 2013).

No indivíduo com DM o autocuidado assume importância devido a alta prevalência da doença e seu potencial para o desenvolvimento de complicações, quando não tratada adequadamente. O autocuidado propicia o envolvimento da pessoa em seu tratamento e produz maior adesão ao esquema terapêutico, minimizando complicações e incapacidades associadas a elas (GOMIDES et al., 2013).

Além disso, constatou-se por meio de uma busca realizada na literatura nacional e internacional, que as publicações sobre o DM voltam-se para diversos temas, incluindo: diagnóstico (CORTEZ et al., 2015); comorbidades (OLIVEIRA et al., 2014); tratamento (VIANNA et al., 2017); complicações da doença (CORTEZ et al., 2015; CUBAS et al., 2013; GOMIDES et al., 2013); utilização do protocolo COMPASSO para promover a adesão às práticas de autocuidado em diabetes via intervenção telefônica (FERNANDEZ et al., 2016), programas de automonitoramento da glicemia capilar e educativos (MAIA, 2016; AUGUSTO et al., 2014; VERAS et al., 2014), construção de escala *Appraisal of Self Care Agency Scale – Revised* para a avaliação da capacidade de autocuidado (STACCIARINI, 2017) e ensaio clínico randomizado sobre a consulta de enfermagem e controle cardiometabólico de diabéticos (TESTON et al., 2017).

No âmbito do autocuidado relacionado ao DM, observou-se a sua adesão na perspectiva da doença e com os pés em diferentes faixas etárias (SOUZA, 2017; ROSSANEIS et al., 2016; QUEIROZ et al., 2016; COSTA et al., 2016; NETA, 2015; SOUSA et al., 2015;); efeito da educação em saúde para o autocuidado em diabéticos (GRILLO et al., 2013); avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado (MARQUES et al., 2013) e percepção dos usuários sobre autocuidado (VIEIRA, 2017).

Assim sendo, este estudo diferencia-se dos demais por abordar o autocuidado em DM em uma perspectiva mais ampla, por meio da explanação sobre a prática de atividade física, padrão de alimentação, controle glicêmico, uso de medicamentos (antidiabéticos orais e insulina), busca de soluções, redução de riscos e adaptação à doença. Dessa forma, verifica-se a relevância desta pesquisa, devido a sua contribuição para a comunidade científica, por reconhecer a incipiência de produção na área, bem como para as pessoas que vivem com DM, por explicar sobre os principais comportamentos de autocuidado necessários para o controle adequado da doença e prevenção de suas complicações.

Desta forma, para delimitar esta pesquisa foi elaborada a seguinte questão norteadora: quais os comportamentos de autocuidado realizados pelas pessoas com DM?

Na intenção de responder a questão norteadora foi proposto o seguinte objetivo: analisar comportamentos de autocuidado para o controle do DM.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Tipos de DM e principais complicações

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas uma epidemia na atualidade e constituem um sério problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos quanto nos que estão em desenvolvimento. Nesse rol inclui-se o DM que se refere a um grupo de doenças metabólicas, cuja característica principal é a elevação dos níveis glicose, devido a deficiência total ou parcial de insulina ou resistência à ação da mesma. Os principais tipos são o DM tipo 1, DM tipo 2 e DMG (FILHA, 2014; TARGINO et al., 2016).

O DM tipo 1 está relacionado à destruição das células beta do pâncreas, que em geral ocorre de maneira rapidamente progressiva. Acomete, principalmente, crianças e adolescentes sem excesso de peso, com pico de incidência entre 10 e 14 anos. Pode decorrer de um processo autoimune ou de maneira idiopática e leva a um estágio de deficiência absoluta de insulina, em que é necessária a administração da mesma para prevenir a CAD (BRASIL, 2013).

O DM tipo 2 é a forma mais comum da doença, caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose. É causado por uma interação de fatores genéticos e ambientais, associados ao sedentarismo, dietas ricas em gorduras e ao processo de envelhecimento. Pode ocorrer em qualquer idade, geralmente é diagnosticado após os 40 anos em adultos com longa história de excesso de peso e histórico familiar da doença, porém, também acomete crianças e adolescentes com obesidade (SBD, 2015).

O DMG é uma doença específica do ciclo gravídico-puerperal, relacionada com o aumento da morbimortalidade materna e perinatal, caracterizada pela intolerância à glicose em graus de intensidade variáveis, com início ou detecção pela primeira vez durante a gestação e que pode ou não, persistir após o parto (ALVES et al., 2014; OLIVEIRA, 2015).

Os valores glicêmicos de referência do indivíduo saudável variam entre 70 a 100 mg/dl em jejum e até 140 mg/dl pós-prandial. Na pessoa com DM controlado esses valores estão elevados, variam de 130 em jejum até 170 pós-prandial. No DM descompensado o indivíduo apresenta valores acima de 200 mg/dl (hiperglicemia) ou abaixo de 70 mg/dl, caracterizado como um estado hipoglicêmico que apresenta como sintomas fraqueza, tontura, sudorese, visão turva e em casos mais graves, inconsciência (SBD, 2016).

A hiperglicemia, caso não controlada, pode vir a desenvolver a CAD e SHHNC que são emergências clínicas no DM. A CAD é uma condição potencialmente grave e consiste em uma das principais complicações dos pacientes com DM tipo 1. A SHHNC é um estado de hiperglicemia grave (superior a 600 mg/dl a 800 mg/dl) acompanhada de desidratação e alteração do estado mental, na ausência de cetose. Essa alteração hiperglicêmica ocorre apenas no DM tipo 2, em que um mínimo de ação insulínica preservada pode prevenir a cetogênese (BRASIL, 2013; LOPES et al., 2017).

A grande maioria desses episódios de complicações agudas podem ser evitadas, através do oportuno acesso aos serviços de saúde, pronto atendimento a essas complicações, adequada distribuição e uso correto das doses de insulina e prevenção de infecções agudas (KLAFKE et al., 2014).

Entre o grupo que compõe as complicações crônicas, a nefropatia diabética é uma complicação responsável por aproximadamente metade dos novos casos de insuficiência renal nos indivíduos em diálise, associada ao aumento significativo da mortalidade, principalmente cardiovascular. Afeta 20% a 30% das pessoas com DM tipo 1 ou 2 (TSCHIEDEL, 2014).

A retinopatia diabética é umas das principais complicações, sendo a complicação vascular mais específica, tanto do DM tipo 1 quanto do tipo 2. Evidencia-se a presença de microaneurismas, podendo evoluir para micro hemorragias, descolamento de retina, fibrose, glaucoma neovascular e a amaurose. É 25 vezes mais comum em indivíduos diabéticos que em não diabéticos (PRZYSIEZNY et al., 2013).

A neuropatia diabética abrange um grupo de alterações relacionadas ao envolvimento estrutural e funcional de fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas, que podem ser reversíveis ou permanentes. Corresponde a complicação tardia mais frequente, evidenciada no DM tipo 2, muitas vezes no momento do diagnóstico. Esse tipo de complicação pode levar ao desenvolvimento de lesões complexas que, caso não sejam tratadas, poderão causar a amputação do membro afetado (CUBAS et al., 2013; TSCHIEDEL, 2014).

Essa complicação afeta cerca de 15% dos diabéticos em países desenvolvidos, é responsável por 6 a 20% das hospitalizações e pode culminar no surgimento do pé diabético, que é definido como infecção, ulceração e/ou destruição dos tecidos profundos associadas a anormalidades neurológicas e DVP nos membros inferiores. O pé diabético é uma condição que engloba diversos agravos, como a própria neuropatia, a DVP e a ulceração do pé, além da neuroartropatia de Charcot e a osteomielite (CARLESSO, 2017).

Em suma, as complicações microvasculares do DM são caracterizadas por doença renal (nefropatia), lesões na visão (retinopatia) e úlceras em membros inferiores (neuropatia),

que se constituem como as causas mais comuns de Doença Renal Crônica (DRC), cegueira irreversível e amputação em membros inferiores, respectivamente (SANTOS et al., 2015).

O estado hiperglicêmico crônico produz, também, complicações crônicas macrovasculares, como o IAM, DVP e AVE (IQUIZE et al., 2017).

O IAM é causado pela ruptura ou erosão de uma placa aterosclerótica com a formação de um trombo e/ou êmbolo, que leva à diminuição ou ausência da perfusão ao tecido cardíaco e resulta em isquemia miocárdica com consequente necrose do miocárdio (MERTIS et al., 2016).

O AVE é uma síndrome clínica que consiste no desenvolvimento rápido de distúrbios clínicos focais da função cerebral. Divide-se em isquêmico, mais comum em idosos, e corresponde a 80% dos casos e hemorrágico, que ocorre em 20% dos casos. Caracteriza-se ainda como um problema de saúde pública que se situa entre as três maiores causas de morte em muitos países e a principal causa de incapacidade neurológica grave, além de acarretar custos, medidos tanto em gastos com os cuidados de saúde como com produtividade perdida (COSTA et al., 2015; FERREIRA, 2013).

A DVP caracteriza-se como um problema vascular decorrente do estreitamento ou obstrução dos vasos, que prejudica o fluxo sanguíneo normal e culmina em isquemia dos tecidos. Apresenta como principais sintomas: claudicação intermitente, dor da neuropatia isquêmica e dor em repouso (MOTA et al., 2017).

Para a prevenção efetiva dessas complicações são necessárias múltiplas intervenções, as quais compreendem medidas farmacológicas e não-farmacológicas: mudanças no estilo de vida, prática de exercícios físicos regulares, rigoroso controle da alimentação, uso correto da farmacoterapia, acompanhamento periódico em consultas e exames laboratoriais, abolição do fumo, controle da pressão arterial, imunização e atenção psicossocial (SALCI, 2017)

2.2 Comportamentos de autocuidado para controle do DM

Entre os anos de 1959 e 1985 a enfermeira norte-americana Dorothea Orem elaborou três teorias inter-relacionadas: teoria do autocuidado, déficit do autocuidado e dos sistemas de Enfermagem. A Teoria do autocuidado descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias. Constitui a base para compreender as condições e as limitações da ação das pessoas que podem se beneficiar com a Enfermagem (QUEIRÓS et al., 2014).

Nesse contexto, o autocuidado pode ser definido como a prática de atividades que as pessoas realizam em seu próprio benefício na manutenção da vida, saúde e bem-estar e o

desenvolvimento dessa prática está diretamente relacionado às habilidades, limitações, valores, crenças, regras culturais e científicas da própria pessoa (GOMIDES et al., 2013).

Levando-se em consideração a importância do autocuidado no indivíduo com DM, a Associação Americana de Educadores em Diabetes (AADE), para facilitar e garantir a educação em DM como parte do tratamento, desenvolveu uma pesquisa sobre comportamentos de autocuidado e a partir desta definiu sete comportamentos que devem ser praticados pelas pessoas com diabetes após um trabalho educativo efetivo. Desta forma, são: prática de atividade física, alimentação saudável, controle glicêmico, uso de medicamentos, busca de soluções, redução de riscos e adaptação de maneira saudável (SBD, 2016).

A prática regular de atividade física é uma ferramenta terapêutica importante na prevenção e tratamento de diversas DCNT. Desde o século XVIII, o exercício físico vem sendo preconizado como uma atividade benéfica no tratamento de pessoas com DM tipo 2, devido ao aumento na utilização periférica da glicose. Contribui para a perda de peso, aprimora a qualidade de vida e otimiza o controle glicêmico, além de contribuir para a melhora do perfil lipídico, aumento da Lipoproteína de Alta Densidade (HDL) e redução dos níveis de triglicérides e, conseqüentemente, dos fatores de risco cardiovasculares, o que tem impacto sobre a morbidade em pessoas com DM (GONELA et al., 2016).

Outro ponto fundamental do tratamento do DM é a modificação do estilo de vida, que inclui, também, modificações dietéticas. No DM, a alimentação saudável se destaca por sua capacidade em prevenir as complicações agudas e crônicas da doença, além de promover saúde e qualidade de vida dos indivíduos diabéticos. Para a adoção de hábitos alimentares adequados o aconselhamento nutricional tem sido utilizado como estratégia fundamental construída em conjunto pelo paciente e o profissional de saúde. Deve ser pautada na educação para o autocuidado, através de um processo contínuo, que visa facilitar o conhecimento, habilidades e capacidades necessárias ao cuidado do paciente (RODRIGUEZ, 2014).

O controle dos níveis glicêmicos também é essencial para o tratamento do DM. Com a realização do controle metabólico o paciente mantém-se assintomático, previne complicações, promove a qualidade de vida e reduz a mortalidade. O controle glicêmico pode ser monitorado por glicemias de jejum, pré-prandial (antes das refeições), pós-prandial (após as refeições) e pela hemoglobina glicada. As glicemias são utilizadas para orientar o ajuste de dose da medicação empregada, uma vez que apontam os momentos no decorrer do dia em que ocorre falta ou excesso de sua ação (BRASIL, 2013).

O tratamento medicamentoso no DM consiste na utilização dos antidiabéticos orais e das insulinas que ajudam a manter os níveis glicêmicos estáveis, os agentes anti-hipertensivos

que mantem a Pressão Arterial (PA) em níveis normais e as estatinas, que atuam reduzindo o colesterol (AADE, 2017).

A busca de soluções consiste na resolução dos problemas apresentados, em situações de emergência de hipoglicemia e hiperglicemia. Nos casos de hipoglicemia, a tomada de uma fonte concentrada de carboidratos, e em seguida de um lanche, deve ser utilizada para prevenir sua recidiva e repor as reservas hepáticas de glicose. No caso da hiperglicemia, o nível de glicose, poderá ser reduzido através do uso da insulina regular ou de antidiabéticos orais (SMELTZER et al., 2015).

A redução dos riscos no DM se dá por meio de mudanças no estilo de vida, através de hábitos de vida mais saudáveis, com uma dieta balanceada, busca do peso corporal adequado associada à prática de exercícios físicos regulares, uso correto das medicações, cessação do fumo, restrição do consumo de bebida alcoólica e controle da PA (SÁ, 2014; SALCI, 2017).

A adaptação de uma doença compõe o processo de conformação psicológica, pela potencialidade de tornar a pessoa mais ativa no autocuidado da doença e favorecer o enfrentamento das limitações por ela imposta, de forma otimista e com sentimentos positivos. No contexto do DM, o processo de adaptar-se de maneira saudável consiste no ajustamento psicológico, social e fisiológico no curso da doença, resultante da interação entre as demandas da doença e do tratamento, e na habilidade individual para responder a essas demandas. Sendo assim, uma adaptação saudável pode ser vista com a adesão dos 7 comportamentos de autocuidado para controle do diabetes preconizados pela AADE (BERTOLIN et al., 2015).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva com uma abordagem quantitativa. As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. São desenvolvidas com objetivo de proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo, acerca de determinado fato. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2008).

Na abordagem quantitativa a metodologia preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornece análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes e tendências de comportamento (MARCONI, 2007).

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em duas UBSF da zona urbana na cidade de Cuité do Curimataú Paraibano: Diomedes Lucas de Carvalho e Luíza Dantas. A escolha por essas unidades se deu por identificar a consolidação de grupos de hiperdia com usuários diabéticos.

3.3 População e amostra

A população consistiu em 197 usuários com DM cadastrados unidades escolhidas, de acordo com dado fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A amostra foi determinada por uma quantidade considerada representativa em pessoas com DM, calculada com intervalo de confiança de 95%, no percentual de 50% e com erro amostral de 8%, o que equivaleu a 86 usuários.

Para seleção dos participantes da pesquisa foram adotados como critérios de inclusão: participantes com idade igual ou superior a 18 anos, diagnosticados com DM. Foram excluídos aqueles que apresentavam dificuldades cognitivas (por relato dos Enfermeiros) e de comunicação verbal para responder ao formulário adotado.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período junho a dezembro de 2017, nas unidades supracitadas, quando os usuários buscavam as mesmas ou em suas residências, em que houve certa dificuldade de encontrar os diabéticos devido a incompatibilidade de horários e pelo fato da maioria serem conhecidos por apelidos e não pelo nome de registro.

Destaca-se que a entrevista aconteceu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Além disso, foi norteada por um instrumento semiestruturado composto pelos itens: perfil sociodemográfico dos participantes (sexo, idade, escolaridade, renda familiar e moradia) e comportamentos de autocuidado dos usuários (prática de atividade física, alimentação, controle glicêmico, medicamentos, busca de soluções, redução de risco e adaptação) (APENDICE B).

3.5 Análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizado a estatística descritiva, assim, os dados foram organizados no *Software* SPSS versão 20, utilizando a estatística descritiva para todas as variáveis. As variáveis categóricas e numéricas foram expressas em frequência absolutas e relativas. Os resultados obtidos estão apresentados em tabelas e, posteriormente, discutidos de acordo com a literatura.

3.6 Considerações éticas

A pesquisa considerou os aspectos éticos segundo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que norteia pesquisas envolvendo seres humanos, como também, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), Resolução nº 564/2017 (BRASIL, 2012; COFEN, 2017). Apresentando Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) nº 2.065.128 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 67901417.9.0000.5182 (ANEXO A).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos serão apresentados por meio de tabelas e seguidamente retratados e discutidos de acordo com a literatura científica atual nacional e internacional.

Na Tabela 1 estão expressas as variáveis sociodemográficas compostas por sexo, idade, escolaridade, renda familiar e moradia.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos sujeitos. Cuité – PB, 2017.

Variáveis	f	%
Sexo		
Feminino	64	74,4
Masculino	22	25,6
Idade		
18 a 30 anos	1	1,2
31 a 40 anos	2	2,3
41 a 50 anos	11	12,8
51 a 60 anos	12	14,0
acima de 60 anos	60	69,8
Escolaridade		
1 a 3 anos	38	44,2
4 a 6 anos	24	27,9
7 a 9 anos	3	3,5
10 a 12 anos	5	5,8
Mais de 13 anos	1	1,2
Nunca estudou	15	17,4
Renda familiar		
< 1 salário mínimo	12	14,0
1 a 2 salários mínimos	72	83,7
3 a 4 salários mínimos	2	2,3
Arranjo Familiar		
Esposo	21	24,4
Filhos/netos	28	32,6
Sozinho	4	4,7

Mais de uma pessoa	30	34,9
Outros	3	3,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Quanto aos dados sociodemográficos, destaca-se que a maioria dos participantes do estudo foram do sexo feminino. Isso se deve ao fato das mulheres procurarem os serviços de atenção básica com mais frequência do que os homens. Como demonstrado no estudo de Levorato et al. (2014), no qual é observado que as mulheres buscam os serviços de saúde com uma frequência de 1,9% vezes mais em relação aos homens. Tais achados também são evidenciados no estudo que versava sobre a adesão ao cuidado em DM nos três níveis de atenção à saúde, desenvolvido por Souza et al. (2017), em que 77,8% dos participantes foram representadas pelo sexo feminino.

Com relação a faixa etária dos entrevistados, percebeu-se que a prevalência de idade foi acima dos 60 anos, o que representa o predomínio da população idosa no estudo. Esses dados devem-se ao fato do processo de transição demográfica que ocorre atualmente no Brasil, representado pelo aumento da população idosa que, associada à comorbidades (obesidade e sedentarismo), contribui para o surgimento das DCNT, em especial o DM (VIANNA et al., 2017). A pesquisa realizada por Cortez et al. (2015) que retrata sobre a associação das complicações e o tempo de diagnóstico do DM na atenção primária, apresentou resultado semelhante a este estudo, com 43,0% dos entrevistados pertencentes a faixa etária acima dos 60 anos de idade.

Constatou-se que a maioria dos entrevistados frequentou a escola de 1 a 3 anos. A baixa escolaridade é um possível contribuinte para o desenvolvimento de complicações agudas e crônicas no DM, por comprometer as habilidades de leitura e escrita, compreensão das atividades educativas, adesão ao tratamento e ao autocuidado (PRZYSIEZNY et al., 2013). Estudo desenvolvido por Sousa et al. (2015) sobre as características relacionadas ao autocuidado e aos parâmetros clínicos em pacientes com DM tipo 2, mostrou uma prevalência de 80% dos participantes com ensino fundamental incompleto, o que corrobora os dados encontrados nesta pesquisa.

No que se refere a renda familiar, houve uma prevalência de 1 a 2 salários mínimos. Sabe-se que o impacto socioeconômico do DM na renda familiar é grande e consome uma parcela importante de seus recursos financeiros, através dos gastos com o tratamento, internações prolongadas e decorrentes das complicações, incapacitações físicas e sociais pela perda de emprego e produtividade. Dessa forma, uma renda familiar baixa afeta diretamente o

tratamento e autocuidado do indivíduo diabético (SILVA et al., 2015). Esses dados são afirmados no estudo realizado por Marques et al. (2013) que avaliou a competência de idosos diabéticos para o autocuidado, em que 36% dos participantes de sua pesquisa também relataram ter a renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos.

No que concerne à variável de arranjo familiar, os participantes do estudo relataram morar com mais de uma pessoa (esposo/esposa, filhos e netos). Os familiares exercem um papel muito importante em todo o processo de relação do indivíduo com sua doença, através do apoio no tratamento e adaptação a um novo estilo de vida saudável, o que favorece a estabilidade do seu quadro clínico (BARRETO, 2014). Estudo realizado por Imazu et al. (2015) que comparou a efetividade de intervenções individual e em grupo junto a pessoas com DM tipo 2, relatou que a maioria dos entrevistados moram apenas com o companheiro(a) (74%), o que vai de encontro a variável de maior prevalência deste estudo que mostra que os participantes moram com mais de uma pessoa.

Nas tabelas a seguir serão apresentadas as categorias dos comportamentos de autocuidado utilizadas para elaboração deste estudo, a saber: prática de atividade física, alimentação saudável, controle glicêmico, uso de medicamentos, busca de soluções, redução de riscos e adaptação de maneira saudável.

Na Tabela 2, as variáveis são correspondentes a prática de atividade física, composta por visita a feira, vai à missa, vai o banco, atividades domésticas, corrida, esporte, caminhada ou academia, limitação física e tipo de limitação.

Tabela 2. Prática de atividade física. Cuité – PB, 2017.

Variáveis	f	%
Visita a feira		
Sim	46	53,5
Não	40	46,5
Vai à missa		
Sim	48	55,8
Não	38	44,2
Vai ao banco		
Sim	45	52,3
Não	41	47,7
Atividades domésticas		

Sim	46	53,5
Não	40	43,5
Corrida, esporte, caminhada ou academia		
Não	55	64,0
Sim	31	36,0
Limitação física		
Não	82	95,3
Sim	4	4,7
Tipo de limitação		
Acamado	2	2,3
Cadeirante	1	1,2
Se locomove com ajuda de andador	1	1,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

No contexto do DM, a prática de atividade física assume papel fundamental no controle e tratamento da doença. É indicada tanto no DM tipo 1 quanto no DM tipo 2, pois auxilia na redução dos níveis de glicose, aumenta a sensibilidade tecidual à insulina, aumenta a tolerância aos carboidratos, diminui a gordura corporal, reduz a PA, frequência cardíaca e triglicérides, além de elevar os níveis de HDL (TIETE, 2015).

No que se refere as variáveis de “visita a feira”, “vai à missa” e “vai ao banco”, grande parte referiu realizar tais atividades. Pelo fato da maioria dos participantes do estudo terem acima de 60 anos, o que dificulta a realização de práticas de atividades físicas mais intensas, pode-se considerar a realização das atividades acima citadas como importantes contribuintes para o estilo de vida ativo e saudável dos idosos com DM. Dessa forma, contribuem para o controle e redução do peso, redução dos níveis glicêmicos, melhora da qualidade de vida e ajuda na prevenção das complicações da doença.

É importante salientar que atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que requer gasto de energia acima dos níveis de repouso (FREIRE et al., 2014).

No que concerne a variável de atividades domésticas, a maioria referiu realizá-las. As atividades domésticas constituem-se como um dos componentes das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Além desta, usar o telefone, fazer compras, usar meio de transporte, tomar medicações e gerenciar finanças também fazem parte. As AIVD reúnem componentes

físicos, cognitivos e sociais, sofrem influência, também, da geração, cultura e gênero (DIAS et al., 2014). Esses dados vão de encontro ao estudo de Zulian et al. (2013) que investigou a qualidade de vida específica de pacientes com DM, no qual 50,7% relataram não ser capaz de fazer atividades domésticas.

A maioria dos usuários referiu não realizar nenhum tipo de esporte, caminhada, academia ou corrida. A prática regular de exercício físico é um componente muito importante na vida do indivíduo com DM, pois promove benefícios físicos e cognitivos à saúde, além de auxiliar a perda de peso por promover a redução da gordura corporal e contribuir para prevenção de doenças (CARLUCCI et al., 2013). Esses dados vão de encontro ao estudo realizado por Gonela et al. (2016) que analisou o nível de atividade física e gasto calórico em atividades de lazer de pacientes com DM, em que 79,7% referiram realizar caminhada.

A maioria dos participantes referiu não possuir limitações físicas. As limitações físicas podem estar associadas a diversos fatores, incluindo os fatores sociais, individuais, ambientais e organizacionais e está associada com algumas características potencialmente modificáveis, como a condição de saúde, situação social e estilo de vida dos indivíduos (CLARES, 2014). Resultado distinto apresentou estudo de Roos (2015) sobre a adesão ao tratamento de pacientes com DM tipo 2 em que 54,3% dos participantes apresentaram amputação de membro inferior, que se constitui como uma das principais limitações físicas do DM.

Em relação ao tipo de limitação física, houve prevalência da variável acamado. O paciente acamado apresenta uma diminuição da sua capacidade funcional. Dessa forma, necessita de cuidado maior por parte dos profissionais de saúde, incluindo a Enfermagem (BEZERRA et al., 2013). Estudo realizado por Artilheiro et al. (2014) que buscou descrever o perfil de pacientes internados por DM e como são tratados no Sistema Único de Saúde (SUS), apresentou resultado semelhante no qual 4% dos pacientes também eram acamados.

A Tabela 3 refere-se à alimentação dos participantes, representadas pelas seguintes variáveis: consumo de frutas, legumes, frituras, doces, industrializados, álcool e refrigerante.

Tabela 3. Alimentação saudável. Cuité – PB, 2017.

Variáveis	f	%
Frutas		
Sim	79	91,9
Não	7	8,1
Legumes		

Sim	76 88,4
Não	10 11,6
Frituras	
Não	66 76,7
Sim	20 23,3
Doces	
Não	71 82,6
Sim	15 17,4
Industrializados	
Não	64 74,4
Sim	22 25,6
Álcool	
Não	79 91,9
Sim	7 8,1
Refrigerante	
Não	72 83,7
Sim	14 16,3
Suco	
Sim	66 76,7
Não	20 23,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A alimentação do paciente diabético deve ser individualizada, de acordo com suas necessidades, idade, gênero, condições socioeconômicas, massa corporal, estado metabólico, nível de atividades físicas, doenças intercorrentes e resposta do organismo a medicações em uso. Deve ser composta por carboidratos, fibras, vitaminas, minerais, frutas e hortaliças, ademais, deve-se dar preferência aos alimentos integrais (MUNHOZ et al., 2014).

Os participantes relataram consumir frutas como parte da alimentação. As frutas são fundamentais para o funcionamento adequado do organismo. É considerado um alimento rico em nutrientes: vitaminas, carboidratos, proteínas, fibras, minerais solúveis e insolúveis e água. Além disso, nas frutas também são encontradas substâncias antioxidantes, como vitamina E, pigmentos carotenóides, vitamina C, flavonóides e outros compostos fenólicos, que têm sido associadas a vários benefícios (SILVA, 2015).

Resultados semelhantes foram identificados na pesquisa de Gomes et al. (2015), que avaliou o conhecimento sobre alimentação relacionada ao diabetes e identificou fatores que possam interferir na adesão à terapia nutricional e nas escolhas alimentares de participantes de um Centro de Convivência de Idosos em Sairé-PE, em que 97,4% dos entrevistados referiram consumir banana, 87,1% laranja, que são frutas de baixo índice glicêmico, 79,4% melancia e 76,9% melão, frutas de alto índice glicêmico.

Em relação a variável legumes, os participantes relataram consumir tais alimentos. O consumo regular de legumes (três porções diárias) reduz a densidade energética de uma dieta, dessa forma, aumenta a quantidade de alimentos que poderão ser consumidos para um determinado nível de calorias. Esses alimentos substituem outros que possuem alto valor energético e baixo teor nutritivo, como os alimentos industrializados (MONTICELLI, 2013).

Tais resultados não foram evidenciados na pesquisa de Oliveira et al. (2013), que versou sobre o consumo alimentar e outros fatores associados à síndrome metabólica em pacientes com DM tipo 2, em que apenas 41,6% e 29,9% dos participantes afirmaram comer salada crua e cozida, respectivamente, diariamente ou mais de duas vezes durante a semana.

Na variável frituras, os entrevistados disseram não para o consumo dos mesmos. A fritura é um processo de preparo rápido e fácil dos alimentos que proporciona cor, sabor, odor e textura agradáveis e desejáveis para o consumidor. A agilidade desse processo e o resultado prazeroso ao paladar são requisitos importantes em relação a esses produtos, entretanto, diversos fatores podem alterar tais alimentos, o que pode torná-los prejudiciais à saúde (RIOS, 2013). Estudo feito por Destri (2017) que descreveu o consumo alimentar em uma população de hipertensos e diabéticos de uma cidade do sul do Brasil, vai de encontro aos resultados encontrados nesta pesquisa, em que somente 25,0% dos participantes (apenas os diabéticos) relataram não consumir frituras nenhum dia da semana.

No que se refere a variável doces, os entrevistados, em sua maioria, negaram o consumo. Os alimentos que contém sacarose, como os doces, devem ser evitados para prevenir aumento acentuado nos níveis de glicose sanguínea. Sendo assim, na alimentação do diabético deve-se priorizar os carboidratos complexos numa equivalência de 50 a 60% do valor calórico total da dieta (BALDONI, 2017). Esses dados corroboram o estudo feito por Lopes (2014), que analisou a efetividade de intervenção nutricional individual em pessoas com DM, em que apenas 10% dos participantes referiram consumir doces.

Os entrevistados relataram não consumir alimentos industrializados. Os alimentos industrializados são cada vez mais consumidos pela população de todas as faixas etárias. O consumo exagerado e contínuo desses alimentos é considerado como um dos fatores que

contribuem para o aumento dos índices de obesidade e consequentemente de DCNT, em especial o DM (BIELEMANN et al., 2015). Destri (2017) em sua pesquisa que descreveu o consumo alimentar em hipertensos e diabéticos de uma cidade do sul do Brasil, mostrou que dos indivíduos com DM que participaram da pesquisa, apenas 16,7% disseram não se alimentar de embutidos durante os sete dias da semana, dessa forma, tais dados não corroboram os desta pesquisa.

Em relação a variável sobre consumo de álcool, a maioria dos participantes refeririam não consumir o mesmo. O álcool é considerado como a única droga psicoativa que fornece calorias (7,1 kcal/g), além disso, o consumo de bebidas alcoólicas pode interferir na absorção de nutrientes e causar desidratação por estimular a diurese (OLIVEIRA et al., 2014). Devido sua toxicidade direta ao cérebro e trato gastrointestinal, pode interferir na absorção dos medicamentos, dessa forma, compromete o tratamento clínico e traz complicações aos indivíduos (BATISTA et al, 2015).

Miranda et al. (2015) afirmaram em sua pesquisa que estimou a associação da prática de atividade física no controle glicêmico de pacientes com DM tipo 2 atendidos no Centro de Atendimento ao Diabético e Hipertenso em Feira de Santana, Bahia, que 87,5% dos entrevistados negaram usar álcool.

Grande maioria dos entrevistados relataram não fazer uso de refrigerante. O refrigerante apresenta elevada densidade energética devido seu alto índice glicêmico e conteúdo de açúcar, em que uma lata (tipo cola) contem aproximadamente sete a nove colheres do mesmo, além de não possuir nenhum valor nutricional (TOMAZ, 2014). Tais dados corroboram os de Gomes et al. (2015) que avaliaram o conhecimento sobre alimentação relacionada ao diabetes e identificaram fatores que possam interferir na adesão à terapia nutricional e nas escolhas alimentares de participantes de um Centro de Convivência de Idosos em Sairé-PE, em que 74,3% dos participantes afirmaram não consumir refrigerante diet.

No que concerne à variável do consumo de suco, os participantes relataram fazer uso do mesmo. O consumo de suco de frutas torna-se fundamental visto que o alimento é rico em vitaminas, minerais e fibras alimentares, portanto, deve fazer parte da alimentação dos indivíduos com DM (MUNIZ et al, 2013). Esses dados não corroboram os de Santos et al. (2017), em pesquisa que avaliou os hábitos alimentares e estado nutricional de idosos com DM tipo 2 atendidos na atenção básica de saúde no município de porteiras-CE, em que os entrevistados referiram consumir suco natural com açúcar semanalmente e sem açúcar raramente.

A Tabela 4 retrata o controle glicêmico dos participantes representados pelo teste de glicemia e o intervalo de tempo de realização do mesmo.

Tabela 4. Controle glicêmico. Cuité – PB, 2017.

Variáveis	f	%
Teste de glicemia		
Sim	57	66,3
Não	29	33,7
Intervalo de tempo		
Diariamente	7	8,1
Semanalmente	12	14,0
Mensalmente	8	9,3
Mais de um mês	30	34,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A monitorização glicêmica é realizada com auxílio de um aparelho chamado glicosímetro através de uma punção digital. Possui como finalidade direcionar a terapêutica no sentido de obter e manter os níveis glicêmicos em valores normais. Com sua realização é possível identificar sinais de hipoglicemia ou hiperglicemia e prevenção das mesmas, diminuindo, dessa forma, o risco de complicações, como a CAD (CHAVES, 2013).

Em relação a variável do teste glicêmico, a maioria referiu realizar tal exame. A verificação da glicemia capilar regularmente contribui para o bom controle glicêmico e redução das complicações, isso contribui de forma significativa para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (AUGUSTO et al., 2014). Resultado semelhante apresentou uma pesquisa realizada por Sousa et al. (2015) que verificou características relacionadas ao autocuidado e aos parâmetros clínicos em pacientes com DM tipo 2, na qual a maioria dos participantes referiram realizar o teste de glicemia capilar, 73,9% dos homens e 84,6% das mulheres.

O intervalo de tempo que prevaleceu foi mais de um mês para realização da glicemia. O intervalo de tempo para se verificar o nível de glicose pode variar, dependendo do tratamento do paciente. Aos indivíduos que fazem uso de insulina é recomendado a verificação de duas a quatro vezes por dia (normalmente antes das refeições e antes de dormir) (MARQUES, 2017). Esses dados diferem dos apresentados no estudo de Tavares et al. (2016) que analisou a percepção dos diabéticos tipo 2 sobre a doença e o tratamento, no qual 40% dos diabéticos responderam realizar medida da glicemia capilar três dias na semana.

Na tabela 5, serão expressas as variáveis sobre o uso de medicamentos no DM (hipoglicemiantes orais, insulina e tipo de insulina).

Tabela 5. Uso de medicamentos. Cuité – PB, 2017.

Variáveis	f	%
Hipoglicemiantes orais		
Sim	80	93,0
Não	6	7,0
Insulina		
Não	70	81,4
Sim	16	18,6
Tipo de insulina		
NPH	9	10,5
Regular	2	2,3
Glargina	1	1,2
Asparte	1	1,2
Mais de um tipo	3	3,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Uma das principais opções para o tratamento e controle glicêmico do DM consiste no uso dos hipoglicemiantes orais. São separados por classes distintas e apresentam mecanismos de ação diversos: aumentam a sensibilidade dos tecidos à insulina (inibem a gliconeogênese hepática) e a captação de glicose pelo músculo esquelético; reduzem a velocidade de absorção de glicídios; aqueles que aumentam a utilização periférica de glicose e a secreção de insulina glicose-dependente e diminuem a secreção de glucagon. Além disso, apresentam alguns benefícios quando comparados a insulino terapia, pois possuem menor dispensabilidade de aplicação de injeções e menor risco de hipoglicemia (TANURE et al., 2014).

Maior número de participantes afirmou utilizar hipoglicemiantes orais no tratamento do DM. O tratamento farmacológico do DM, inclui o uso dos agentes hipoglicemiantes orais, a saber: biguanidas, sulfoniluréias, inibidores da alfa-glicosidade, tiazolidinedionas, glinidas, entre outros. Os mais conhecidos são a metformina, glibencamida e glicazida (CORDEIRO, 2015). Esses resultados corroboram os de Oliveira et al. (2013) que analisaram o consumo alimentar e outros fatores associados à síndrome metabólica em pacientes com DM tipo 2, em que 83,7% dos participantes disseram fazer uso de hipoglicemiantes orais.

No que concerne ao tratamento medicamentoso do DM, o uso da insulina está indicado em especial no DM tipo 1, cujo objetivo principal é aproximar o sujeito do perfil fisiológico da secreção pancreática de insulina normal. Para que isso ocorra, múltiplas doses

de insulina podem ser necessárias no sentido de aperfeiçoar o controle glicêmico, o qual tem sido demonstrado como condição essencial na prevenção das complicações crônicas da doença (BATISTA et al., 2013).

Grande parte dos entrevistados relatou não fazer uso de insulina. A insulina é um dos componentes do tratamento do DM, pode ser de origem natural ou sintética. Em relação a duração da ação, podem ser de ação intermediária (Neutra de Protamina Hagedorn - NPH), de ação rápida (regulares ou cristalinas), análogos de ação prolongada (glargina e determir) e análogos de ação ultra rápida (lispro, glulisine e aspart) (TOQUICA, 2015). Resultado distinto apresentou pesquisa de Vianna et al. (2017), que versou sobre a competência para o autocuidado na administração de insulina por idosos septuagenários ou mais de idade, em que 58,9% dos entrevistados faziam uso de insulina há menos de dez anos.

Com relação ao uso de insulina, a variável que predominou foi o uso da insulina NPH. A insulina NPH, assim como a insulina glargina, é um análogo de longa ação frequentemente recomendada para iniciar a terapia de insulina em ambulatórios de pessoas com diabetes de tipo 2 (HOME et al., 2015). Esses dados corroboram o estudo de Gaertner et al. (2014), que discorreu sobre os procedimentos relacionados ao uso de insulina por portadores de DM 1 e DM 2, em que 80% utilizaram a insulina.

Na tabela 6 está representada a busca de soluções dos diabéticos em casos de descompensação, a saber: percepção sobre o aumento da glicose, como controla a hiperglicemia, percepção sobre a diminuição da glicose e como controla os episódios hipoglicêmicos.

Tabela 6. Busca de soluções. Cuité – PB, 2017.

Variáveis	f	%
Percebe quando a glicose está alta		
Não	49	57,0
Sim	37	43,0
O que faz para controlar		
Medicação	22	25,6
Hospital	8	9,3
Descancar	1	1,2
Ficar sem comer	1	1,2
Dieta	1	1,2
Chá	1	1,2
Andar	1	1,2
Não faz nada	2	2,3

Percebe quando a glicose está baixa	
Sim	46 53,5
Não	40 46,5
O que faz para controlar	
Come algo	22 25,6
Come algo doce	18 20,9
Não faz nada	3 3,5
Toma água	1 1,2
Toma chá	1 1,2
Hospital	1 1,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A variação dos níveis glicêmicos (hipoglicemia ou hiperglicemia) pode aumentar as taxas de complicações agudas e crônicas e mortalidade decorrentes do DM, além de impactar negativamente na produtividade, qualidade de vida e sobrevida desses indivíduos. Dessa forma, o conhecimento dos fatores de risco para instabilidade glicêmica e a adoção de medidas de prevenção contribuem para diminuição de tais eventos adversos (TEIXEIRA et al., 2017).

Em relação a percepção dos entrevistados quanto ao aumento da glicose a maioria referiu não perceber quando a glicose está alta. Os episódios de descompensação hiperglicêmica que ocorrem no DM condicionam-se como um importante problema de saúde pública nas unidades de atendimento de emergência, entre as quais a CAD, que necessita da tomada de ações imediatas, devido ao risco de alterações no nível de consciência, coma e até a morte (JACOB et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2014). Esses dados vão ao encontro da pesquisa de Tavares et al. (2016), que analisou a percepção dos diabéticos tipo 2 sobre a doença e o tratamento, em que a maioria dos participantes também não sabiam reconhecer quando a glicose estava alta.

Os participantes referiram que para controlar o aumento da glicemia fazem uso de medicação. Os antidiabéticos orais devem ser mantidos apenas naqueles pacientes com DM bem controlado em internações eletivas e de curta duração. Por outro lado, a insulina age de maneira rápida, responde bem às titulações da dose e pode ser utilizada em quase todos os pacientes e qualquer condição clínica para o controle da hiperglicemia (GOMES, 2014). Esses dados vão de encontro ao estudo desenvolvido Chagas et al. (2013) que descreveu as características sociodemográficas e clínicas e analisou o conhecimento de pacientes com DM sobre o tratamento após cinco anos do término de um programa educativo, em que 50% dos participantes referiram procurar o pronto atendimento em casos de hiperglicemia.

Os entrevistados, em sua maioria, referiram perceber quando a glicose está baixa. Os quadros de hipoglicemia são provocados pela baixa concentração de glicose no sangue das pessoas com DM, além de afetar, também, indivíduos não diabéticos. Dessa forma, torna-se necessário prevenir ou controlar tais episódios que possuem variados sintomas: tremores, sudorese, tontura, cefaleia, fome, palidez, dificuldade de concentração, entre outros (MAGALHÃES, 2015). Estudo feito por Tavares et al. (2016), o qual analisou a percepção dos diabéticos tipo 2 sobre a doença e o tratamento, apresentou resultado distinto desta pesquisa, em que grande parte dos participantes refeririam não reconhecer os episódios de hipoglicemia.

Como medida frente ao quadro hipoglicêmico, a maioria relatou comer algo. A alimentação após um quadro hipoglicêmico é muito importante, pois restaura as reservas hepáticas e musculares de glicose, sendo assim, deve-se ingerir alimentos ricos em carboidratos de rápida absorção para melhora do estado hipoglicêmico. Dessa forma, a hipoglicemia pode ser corrigida oferecendo 15g de carboidrato (1 colher de sopa de mel ou 1 copo de suco de laranja) e repetir a glicemia em 15 minutos, oferecendo o carboidrato até a glicemia atingir 100mg/dl (MORAIS, 2014; GOMES, 2014).

Tais dados vão de encontro ao estudo realizado por Gonçalves et al. (2017) que analisou o conhecimento dos indivíduos com DM tipo 2 em cinco unidades da estratégia de saúde da família, em um município de Minas Gerais, em que 60,3% dos participantes disseram comer ou beber algo doce imediatamente em caso de hipoglicemia.

A Tabela 7 representa a redução de riscos dos participantes, composta pelas variáveis de peso, tabagismo, hipertensão, cuidado com os pés e tipo de cuidados utilizados.

Tabela 7. Redução de riscos. Cuité – PB, 2017.

Variáveis	f	%
Peso		
40 a 50 kg	1	1,2
51 a 60 kg	10	11,6
61 a 70 kg	33	38,4
71 a 80 kg	21	24,4
Acima de 80 kg	9	10,5
Tabagista		
Não	78	90,7

Sim	8 9,3
Hipertensão	
Sim	47 54,7
Não	39 45,3
Cuidado com os pés	
Sim	62 72,1
Não	24 27,9
Tipo de cuidado com os pés	
Lavar e enxugar os pés	20 23,3
Inspecionar	2 2,3
Sapato adequado	2 2,3
Não andar descalço	1 1,2
Creme ou óleos para os pés	21 24,4
Não ferir os pés	17 19,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A redução dos riscos decorrentes do DM é consequência do controle adequado da doença que envolve uma série de atividades essenciais na busca de um padrão de vida normal, como: mudanças no estilo de vida (cessação do tabagismo), prática de atividade física e adoção de hábitos alimentares saudáveis para prevenção e controle de comorbidades e do peso, além dos diários cuidados com os pés para prevenção de complicações em membros inferiores (NASCIMENTO et al., 2014).

Em relação ao peso dos participantes, houve prevalência da variável 61 a 70 kg. A manutenção ou redução do peso corporal é considerada como umas das principais dificuldades para o controle do DM. Tal fato está relacionado, em especial, a hábitos alimentares inadequados e ao estilo de vida sedentário (OLIVEIRA et al., 2014). Esses dados vão de encontro a pesquisa de Garcia (2016), que avaliou e relacionou o estado nutricional, as comorbidades e complicações associadas ao DM tipo 2 em pacientes idosos internados em um hospital do município de Santa Cruz do Sul, RS, em que 60% dos diabéticos apresentaram excesso de peso.

Maior parte dos participantes do estudo negaram serem fumantes. O baixo índice de tabagismo é um fator positivo para o indivíduo com DM, visto que a doença associada ao consumo do tabaco contribui para obliteração das artérias e arteríolas, o que favorece o surgimento de complicações micro e macrovasculares do DM (TARGINO et al., 2016). Tais

resultados corroboram o estudo de Silva et al. (2016) que avaliou a prevalência de DM e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS, em que 78,0% dos participantes negaram serem tabagistas.

A coexistência dos casos DM e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ainda não estão totalmente compreendidas, porém acredita-se que essa associação esteja relacionada ao processo de aterosclerose que ocorre no indivíduo com DM, aos efeitos tóxicos da glicose na parede dos vasos, a resistência à insulina e associação do DM com outros fatores de risco. Dessa forma, é descrito que nos diabéticos, a HAS é duas vezes mais prevalente que na população em geral (MACHADO, 2014).

Os participantes do estudo, em sua maioria, relataram serem hipertensos. A HAS constitui-se como um dos maiores problemas de saúde pública por ser um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, que representam umas das principais causas de morte em todo o mundo (SILVA, 2016). Pesquisa realizada por Targino et al. (2016), a qual versava sobre os fatores relacionados ao desenvolvimento de úlceras em pacientes com DM apresentou resultado semelhante, em que 65% dos participantes referiram ser hipertensos.

A maior parte afirmou realizar algum tipo de cuidado com os pés. A adesão ao autocuidado no DM é muito importante, em especial, o cuidado com os pés, considerada uma atitude simples e promotora de qualidade de vida, pois contribui para prevenção de complicações da doença, particularmente o pé diabético, uma complicação comum de significativo impacto em pacientes diabéticos (ROOS, 2015). Estudo de Rossaneis et al. (2016) que investigou as diferenças entre mulheres e homens diabéticos no autocuidado com os pés e estilo de vida, observou-se resultado similar em que 66,7% das mulheres e 57% dos homens referiram avaliar os pés periodicamente.

O tipo de cuidado mais relatado no estudo foi o uso de creme ou óleos para os pés. Considerado um cuidado simples, a hidratação das pernas e pés evita o ressecamento da pele e ajuda na prevenção de complicações decorrentes do DM, em especial, das lesões e úlceras (RODRÍGUEZ et al., 2013). Resultado semelhante apresentou o estudo de Cubas et al. (2013) que abordou as orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos do pé diabético, no qual 55% dos avaliados apresentaram pés hidratados.

Na Tabela 8 é representada a adaptação dos indivíduos ao DM, a qual é composta pelas variáveis de tempo de diagnóstico e dificuldades no tratamento da doença.

Tabela 8. Adaptação saudável. Cuité – PB, 2017.

Variáveis	f	%
Tempo de diagnóstico do DM		
1 a 5 anos	42	48,8
6 a 10 anos	22	25,6
11 a 15 anos	7	8,1
16 a 20 anos	9	10,5
Acima de 20 anos	3	3,5
Dificuldades no tratamento		
Não	63	73,3
Sim	23	26,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

O indivíduo com DM, por vivenciar uma doença crônica que lhe impõe certas limitações, pode apresentar dificuldade em se adaptar a mesma. Dessa forma, fatores psicológicos, emocionais e sociais desempenham papel importante no processo de aceitação e adaptação. Após o diagnóstico médico de doença, os pacientes são confrontados com novas situações que desafiam suas estratégias de enfrentamento habituais. Sendo assim, é necessário superar as barreiras existentes, como o baixo apoio social, estresse causado pela nova condição, restrição financeira, falta de acesso a medidas educativas e a baixa capacidade de resolução de problemas, para que o processo de enfrentamento seja finalizado (MOONAGHI et al., 2014).

Em relação ao tempo de diagnóstico do DM, houve prevalência da variável de 1 a 5 anos. O DM deve ser investigado em relação ao tempo de diagnóstico e aparecimento de complicações agudas e crônicas. Observa-se que suas complicações aumentam ao longo dos anos, portanto, identificar esta associação constitui-se uma estratégia importante para traçar medidas que minimizem o aparecimento de complicações precocemente (CORTEZ et al., 2015). Estudo realizado por Greggi (2016), o qual identificou o conhecimento dos pacientes portadores de DM tipo 2 inseridos no Programa de Saúde ao Adulto mostrou que 65 % dos participantes relataram ter o DM a menos de 10 anos, isso vai ao encontro das duas variáveis de maior prevalência, 1 a 5 anos e 6 a 10 anos, respectivamente.

Os participantes relataram não ter dificuldades no tratamento. O tratamento do DM traz consigo dificuldades pelo fato de impor ao indivíduo a necessidade de um novo estilo de vida, em especial na alimentação regrada e no tratamento medicamentoso, devido ao número

de medicamentos e os efeitos adversos causados pelos mesmos (SOARES, 2014). Tais dados, vão de encontro aos de Oliveira et al. (2013) que abordou a experiência de familiares no cuidado a adolescentes com DM tipo 1, em que os familiares relataram como principais dificuldades na adesão ao tratamento pelos adolescentes: a não aceitação do diagnóstico, a resistência a prática de atividades físicas, a relutância em aderir as restrições alimentares e resistência em realizar a insulinoterapia.

5 CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto nas considerações anteriores, conclui-se que, o objetivo do estudo foi alcançado, desta forma foi possível analisar os comportamentos de autocuidado para o controle do DM nas UBSF do município de Cuité-PB.

O estudo foi de grande relevância para comunidade científica, por se tratar de um tema pouco discutido. A partir da sua elaboração, identificou-se quais os comportamentos de autocuidado são mais utilizados pelos indivíduos com DM para o controle da doença, o que contribui para avaliação do perfil de saúde dos usuários.

As lacunas desta pesquisa consistem no fato da mesma ter sido realizada apenas em duas unidades das cinco encontradas no município de Cuité, o número reduzido de usuários participantes, além da ausência de comparação e associação dos dados do estudo.

Como recomendação, torna-se necessário que novas publicações sobre o tema sejam realizadas, para embasamento de novos estudos sobre o DM e autocuidado. Além disso, é fundamental que os profissionais da saúde, em especial o enfermeiro por ter contato direto com a população, oriente os usuários com DM sobre a importância da realização desses comportamentos de autocuidado.

REFERÊNCIAS

- Acioli S, Kebian LVA, Faria MGA, Ferraccioli P, Correa VAF. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. *Rev enferm UERJ*. [internet] 2014; 22(5): 637-42. [acesso em 03 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf>
- Alves AS, Coutinho I, Segatto JCM, Silva LA, Silva MDS, Katz L. Avaliação da adequação do rastreamento e diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional em puérperas atendidas em unidade hospitalar de dois municípios da região do Vale do São Francisco – Nordeste do Brasil. *Rev. Bras. Matern. Infant.* [internet] 2014; 14(1): 39-46. [acesso em 03 nov. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292014000100039&script=sci_abstract&tlng=pt.
- American Association of Diabetes Educators. [Acesso em: 02 nov de 2017]. Disponível em: <https://www.diabeteseducator.org/>.
- Artilheiro MMVSA, Franco SC, Schulz VC, Coelho CC. Quem são e como são tratados os pacientes que internam por diabetes mellitus no SUS?. *SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO*. [internet]. 2014; 38(101): 210-224. [Acesso em: 28 de nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0210.pdf>.
- Augusto MC, Nitsche MJT, Parada CMGL, Zanetti ML, Carvalhaes MABL. Avaliação do Programa de Automonitoramento da Glicemia Capilar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [internet]. 2014; 22(5):801-9. [Acesso em: 10 de nov. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00801.pdf.
- Baldoni NR, Fabbro ALD. Consumo alimentar de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 de Ribeirão Preto. *O Mundo da Saúde*. [internet]. 2017; 41(4):652-660. [Acesso em; 23 de jan. 2018]. Disponível em: <http://www.revistamundodasaude.com.br/uploads/20160252.PDF>.
- Barreto MS, Marcon SS. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. [internet]. 2014; 23(1): 38-46. [Acesso em: 20 de dez. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00038.pdf.
- Batista IAM, Rodrigues L, Almeida RT, Menegócio AM. O Papel do Enfermeiro na Prevenção da Farmacorresistência das Micobactérias Tuberculosas Entre os Pacientes Alcoolistas. *Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde*. [internet]. 2015; 19(2):65-74. [Acesso em: 29 de jan. 2018]. Disponível em: <file:///C:/Users/Gustavo/Downloads/3184-12013-1-PB.pdf>.
- Batista JMF, Becker TAC, Zanetti ML, Teixeira CRS. O ensino em grupo do processo de aplicação de insulina. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013;15(1):71-9. [Acesso em 21 de dez. 2017]. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a08.pdf.
- Bertolin DC, Pace AE, Cesarino CB, Ribeiro RCHM, Ribeiro RM. Adaptação psicológica e aceitação do diabetes mellitus tipo 2. *Acta Paul Enferm.* [internet] 2015; 28(5): 440-6. [Acesso em: 10 dez. 2017.] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n5/1982-0194-ape-28-05-0440.pdf>.

Bezerra SMG, Barros KM, Brito JA, Santana WS, Moura ECC, Luz MHBA. Caracterização de feridas em pacientes acamados assistidos pela Estratégia Saúde da Família. R. Interd. [internet]. 2013; 6(3): 105-114. [Acesso em 18 de dez. 2017]. Disponível em: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/95/pdf_38.

Bielemann RM, Motta JVS, Minten GC, Horta BL, Gigante DP. Consumo de alimentos ultraprocessados e impacto na dieta de adultos jovens. Rev Saúde Pública. [internet]. 2015; 49:28. [Acesso em: 14 de jan. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005572.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. ed. 36, Brasília, 2013. [Acesso em: 11 nov. 2017] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab_36.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466\2012. [Acesso em: 10 dez. 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Carlesso GP, Gonçalves MHB, Júnior DM. Avaliação do conhecimento de pacientes diabéticos sobre medidas preventivas do pé diabético em Maringá (PR). J. vasc. bras. [online][internet] 2017; 16(2):113-118. [Acesso em: 02 de nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v16n2/1677-5449-jvb-16-2-113.pdf>.

Carlucci SEM, Gouvêa AG, Oliveira AP, Silva JD, Cassiano ACM, Bennemann RM. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. Com. Ciências Saúde. [internet]. 2013; 24(4): 375-384. [Acesso em: 15 de out. 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/obesidade_sedentarismo_fatores_risco_cardiovascular.pdf.

Carvalho FPB, Simpson CA, Queiroz TS, Gislane BF, Oliveira LC, Queiroz JC. Prevalência de doença arterial coronariana em pacientes diabéticos. Rev enferm UFPE on line. [internet] 2016; 10(2):750-5. [Acesso em: 14 nov. 2017]. Disponível em: [file:///C:/Users/Gustavo/Downloads/8444-83481-1-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Gustavo/Downloads/8444-83481-1-PB%20(4).pdf).

Chagas IA, Camilo J, Santos MA, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Teixeira CRS, et al. Conhecimento de pacientes com diabetes mellitus sobre tratamento após cinco anos do término de um programa educativo. Rev. esc. enferm. USP. [internet]. 2013; 47(5). [Acesso em: 22 de jan. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000501137&script=sci_arttext&tlng=pt.

Chaves MO, Teixeira MRF, Silva SED. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasília. [internet]. 2013; 66(2): 215-21. [Acesso em 30 de dez. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/10.pdf>.

Clares JWB, Freitas MC, Borges CL. Fatores sociais e clínicos que causam limitação da mobilidade de idosos. Acta Paul Enferm. [internet]. 2014; 27(3):237-42. [Acesso em 20 de jan. 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0237.pdf>.

Cofen. Código de Ética dos profissionais de Enfermagem 564/2017. [Acesso em: 27 dez. 2017]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html.

Cordeiro DP, Braga PCA. Estudo comparativo entre os Fármacos de primeira escolha no tratamento do diabetes mellitus em hospitais de referência do Município de Campos dos Goytacazes, RJ. Revista Científica da FMC. [internet]. 2015; 10(1). Acesso em: 12 de out. 2017]. Disponível em: <http://www.fmc.br/revista/Rev-Cient-FMC-vol10.n1%202015%20pgs%2012-16.pdf>.

Cortez DN, Reis IA, Souza DAS, Macedo MML, Torres HC. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. Acta Paul Enferm. [internet]. 2015; 28(3):250-5. [Acesso em 05 de nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0250.pdf>.

Costa LJSL, Machado ALG, Silva AZ, Braga CR, Costa JN, Formiga LMF. Autocuidado dos adultos jovens com diabetes mellitus tipo 2. Rev enferm UFPE on line. [internet]. 2016; 10(11):3875-82. [Acesso em 03 de nov. 2017]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11468/13307>.

Costa TF, Costa KNFM, Martins KP, Fernandes MGM, Brito SS. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular encefálico. Esc Anna Nery. [internet] 2015; 19(2):350-355. [Acesso em: 02 de nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0350.pdf>.

Cubas MR, Santos OM, Retzlaff, EMA, Telma HLC, Andrade IPS, Moser ADL, et al. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. Fisioter Mov. [internet] 2013; 26(3):647-55. [Acesso em: 20 dez. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v26n3/a19v26n3.pdf>.

Destri K, Zanini RV, Assunção MCF. Prevalência de consumo alimentar entre hipertensos e diabéticos na cidade de Boa Vista, Rio Grande do Sul, Brasil, 2013. Epidemiol. Serv. Saúde. [internet]. 2017; 26(4):857-868. [Acesso em: 25 de jan. 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n4/2237-9622-ress-26-04-00857.pdf>.

Dias EG, Duarte YAO, Almeida MHM, Lebrão ML. As Atividades avançadas de vida diária como componente da avaliação funcional do idoso. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. [internet]. 2014;25(3):225-232. [Acesso em: 26 de dez. 2017]. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/rto/article/view/75910/91967>.

Fernandez BSM, Reis IA, Pagano AS, Cecilio SG, Torres HC. Construção, validação e adequação cultural do protocolo COMPASSO: Adesão ao autocuidado em diabetes. Acta Paul Enferm. [internet] 2016; 29(4):421-9. [Acesso em 23 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n4/1982-0194-ape-29-04-0421.pdf>.

Ferreira SMD. Cuidados Paliativos: o necessário para o idoso com acidente vascular encefálico. Revista Kairós Gerontologia. [internet] 2013;16(5): 293-308. [Acesso em: 01 de nov. 2017]. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18649/13837>.

Filha FSSC, Nogueira LT, Medina MG. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. SAÚDE DEBATE | Rio de Janeiro. 2014; 38(n. especial):265-278. [Acesso em: 09 de nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0265.pdf>.

Freire RS, Lélis FLO, Filho JAF, Nepomuceno MO, Silveira MF. Prática regular de atividade física: estudo de base populacional no norte de Minas Gerais, Brasil. Rev Bras Med Esporte. [internet]. 2014; 20(5). [Acesso em: 01. De fev. 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v20n5/1517-8692-rbme-20-05-00345.pdf>.

Gaertner F, Schneider A, Spanevello S, Colet C. Procedimentos relacionados ao uso de insulina por portadores de diabetes mellitus tipo I e tipo II. Revista Contexto & Saúde, Ijuí. [internet]. 2014. 14(27). [Acesso em: 08 de dez. 2017]. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/2891/3566>.

Garcia C, Fischer MQ, Poll FA. Estado nutricional e as comorbidades associadas ao diabetes mellitus tipo 2 no idoso. Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre. [internet]. 2016; 21(1):205-216. [Acesso em 08 de dez. 2017]. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/59049/40724>.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

Gomes PM, Foss MC, Foss-Freitas MC. Controle da hiperglicemia intra-hospitalar em pacientes críticos e não-críticos. Medicina (Ribeirão Preto). [internet]. 2014;47(2):194-200. [Acesso em: 18 de jan. 2018]. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n2/DMT_Controlde-da-hiperglicemia-intra-hospitalar-em-pacientes-criticos-e-nao-criticos.pdf.

Gomides DS, Villas-Boas LCG, Coelho ACM, Pace, AE. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. Acta Paul Enferm. [internet]. 2013; 26(3):289-93. [Acesso em: 03 dez. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300014.

Gonçalves NEXM, Zanetti ML, Neiva CM, Vassimon HS. Conhecimento de indivíduos com Diabetes Mellitus na estratégia de saúde da família. Rev enferm UFPE on line. [internet]. 2017; 11(7):2779-87. [Acesso em: 28 de jan. 2018]. Disponível em: [file:///C:/Users/Gustavo/Downloads/23453-45720-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Gustavo/Downloads/23453-45720-1-PB%20(1).pdf).

Gonela JT, Santos MA, Castro V, Teixeira CRS, Damasceno MMC, Zanetti, ML. Nível de atividade física e gasto calórico em atividades de lazer de pacientes com diabetes mellitus. Rev Bras Educ Fís Esporte, São Paulo. [internet]. 2016; 30(3):575-82. [Acesso em: 22 de nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v30n3/1807-5509-rbefe-30-03-0575.pdf>.

Gregghi EFM, Pascon DM. Conhecimento dos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 inseridos no Programa de Saúde ao Adulto. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. [internet]. 2016; 18(4):204-9. [Acesso em: 22 de dez. 2017]. Disponível em: <file:///C:/Users/Gustavo/Downloads/23746-84456-1-PB.pdf>.

Grillo MFF, Neumann CR, Scaina SF, Rozeno RF, Gross JL, Leitão CB. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. *rev assoc med bras*. [internet]. 2013; 59(4):400–405. [Acesso em: 30 de nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n4/v59n4a21.pdf>.

Home PD, Bolli GC, Mathieu C, Deerochanawong C, Landgraf W, Candelas C, et al. Modulation of insulin dose titration using a hypoglycaemia-sensitive algorithm: insulin glargine versus neutral protamine Hagedorn insulin in insulin-naïve people with type 2 diabetes. *Diabetes Obes Metab*. [internet]. 2015; 17(1): 15–22. [Acesso em: 20 de jan. 2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4282751/>.

Imazu MFM, Faria BN, Arruda GO, Sales CA, Marcon SS. Efetividade das intervenções individual e em grupo junto a pessoas com diabetes tipo 2. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [internet]. 2015; 23(2). [Acesso em: 10 de nov. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000200004&script=sci_arttext&tlng=pt.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Acesso em: 03 nov. 2017]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250510&search=paraibalcuite>.

Iquize RCC, Theodoro FCET, Carvalho KA, Oliveira MA, Barros JF, Silva AR. Práticas educativas no paciente diabético e perspectiva do profissional de saúde: uma revisão sistemática. *J Bras Nefrol*. [internet]. 2017; 39(2):196-204. [Acesso em: 05 nov. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n2/pt_0101-2800-jbn-39-02-0196.pdf.

Iser BPM, Stopa SR, Chueiri OS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HOC, et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*. [internet]. 2015; 24(2):05-314. [Acesso em: 11 nov. 2017] Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000200013.

Jacob TA, Soares LR, Santos MR, Santos LR, Santos ER, Torres GC, et al. Cetoacidose Diabética: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. [internet]. 2014; 6(2):50-53. [Acesso em: 09 de jan. 2018]. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140331_211933.pdf.

Klafke A, Duncan BB, Rosa RS, Moura L, Malta DC, Schmidt MI. Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*. [internet]. 2014; 23(3):455-462. [Acesso em: 02 de nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n3/1679-4974-ress-23-03-00455.pdf>.

Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura pelos serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*. [internet] 2014; 19(4):1263-1274. [Acesso em 23 dez. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01263.pdf>.

Lopes ACS, Rodrigues MTG, Santos LC. Aconselhamento nutricional de indivíduos com diabetes mellitus na Atenção Primária à Saúde. *Rev Med Minas Gerais*. [internet]. 2014; 24(3): 299-305. [Acesso em: 21 de jan. 2018]. Disponível em: [file:///C:/Users/Gustavo/Downloads/v24n3a02%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Gustavo/Downloads/v24n3a02%20(1).pdf).

Lopes CLS, Pinheiro PP, Barberena LS, Eckert GU. Cetoacidose diabética em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *J. Pediatr.* (Rio J.). Porto Alegre Mar. [internet]. 2017; 93(2). [Acesso em: 22 de nov. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jped/v93n2/pt_0021-7557-jped-93-02-0179.pdf.

Machado LE, Campos R. O impacto do diabetes mellitus e da hipertensão arterial para a saúde pública. *Saúde Meio Ambient.* [internet]. 2014; 3(2):53-61. [Acesso em: 25 de jan. 2018]. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/627/497>.

Magalhães LH, Prates SRSP, Teixeira NC. A Gastronomia na Melhoria da Alimentação do Diabético. *Revista Pensar Gastronomia.* [internet]. 2015; 1(2). [Acesso: 08 de jan. 2018]. Disponível em: http://revistapensar.com.br/gastronomia/pasta_upload/artigos/a37.pdf.

Maia MA, Reis IA, Torres HC. Associação do tempo de contato no programa educativo em diabetes mellitus no conhecimento e habilidades de autocuidado. *Rev Esc Enferm USP.* [internet]. 2016;50(1):59-65. [Acesso em: 07 de nov. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0059.pdf.

Marconi MA, Lakatos EM. *Metodologia científica.* 5 ed. São Paulo: Atlas; 2007.

Marques CR. Percepção dos usuários insulino dependentes não controlados quanto ao tratamento para o diabetes mellitus tipo 2. *Rev. APS.* [internet]. 2017; 20(1): 69 – 80. [Acesso em: 08 de dez. 2017]. Disponível em: <file:///C:/Users/Gustavo/Downloads/2615-16338-1-PB.pdf>.

Marques MB, Silva MJ, Coutinho JFVC, Lopes MVO. Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2013; 47(2):415-20. [Acesso em: 04 de nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/20.pdf>.

Mertins SM, Kolankiewicz ACB, Rosanelli CLSP, Loro MM, Poli G, Winkelmann ER, et al. Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Av Enferm.* [internet]. 2016; 34(1):30-38. [Acesso em: 22 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v34n1/v34n1a04.pdf>.

Miranda SS, Carvalho S, Andrade TM, Coelho JMF, Gomes-Filho IS. Atividade física e o controle glicêmico de pacientes com diabetes mellitus tipo II. *Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória.* [internet] 2015; 17(3): 33-40. [Acesso em: 01 de jan. 2018]. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/14134/9963>.

Monticelli FDB, Souza JMP, Souza SB. Consumo de frutas, legumes e verduras por escolares adolescentes. *Journal of Human Growth and Development.* [internet]. 2013; 23(3): 331-337. [Acesso em: 22 de jan. 2018]. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/viewFile/69509/72094>.

Moonaghi HK, Areshtanab HN, Jouybari L, Bostanabad MA, Heather McDonald H. Facilitators and barriers of adaptation to diabetes: experiences of Iranian patients. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders.* [internet]. 2014, 13:17. [Acesso em: 12 de jan. 2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3929262/pdf/2251-6581-13-17.pdf>.

Morais ACL, Silva LLM, Macêdo EMC. avaliação do consumo de carboidratos e proteínas no pós-treino em praticantes de musculação. Revista Brasileira de Nutrição Esportiva. [internet]. 2014; 8(46):247-253. [Acesso em: 29 de jan. 2018]. Disponível em: <http://www.rbne.com.br/index.php/rbne/article/view/455/427>.

Mota TC, Santos JDM, Silva BJCS, Mesquita NMCB, Oliveira DM. Doença Arterial Obstrutiva Periférica: revisão integrativa. Revista Uningá. [internet]. 2017; 53(1):120-125. [Acesso em: 18 nov. 2017]. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170707_204606.pdf.

Munhoz MP, Souza JO, Lemos ACG, Gonçalves RD, Fabrizzi F, Oliveira LCN. Nutrição e Diabetes. Revista Odontológica de Araçatuba. [internet]. 2014; 35(2): 67-70. [Acesso em: 26 de dez. 2017]. Disponível em: <http://apcdaracatuba.com.br/revista/2015/03/TRABALHO%2010.pdf>.

Muniz LC, Zanini RV, Schneider BC, Tassitano RM, Feitosa WMNF, González-Chica DA. Prevalência e fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras entre adolescentes de escolas públicas de Caruaru, PE. Ciênc. saúde coletiva. [internet]. 2013; 18(2). [Acesso em: 30 de jan. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200011.

Nascimento TCO, Navarine TCRN, Anízio BKF, Anízio BF, Costa MML, Santos IBC. Conhecimento de pacientes com Diabetes Mellitus sobre lesões nas extremidades. Rev enferm UFPE on line. [internet]. 2014; 8(7):1888-97. [Acesso em: 22 de jan. 2018]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9863/10089>.

Neta DSR, Silva ARV, Silva GRF. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. Rev Bras Enferm. [internet]. 2015;68(1):111-6. [Acesso em: 04 de nov 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0111.pdf>.

Oliveira ACM, Graciliano NG. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília. [internet]. 2015; 24(3):441-451. [Acesso em: 12 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00441.pdf>.

Oliveira APL, Sarmiento SS, Mistura C, Jacobi CS, Girardon-Perlini NMO, Lira MOSC, et al. Experiência de familiares no cuidado a adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. Rev Enferm UFSM. [internet]. 2013;3(1):133-143. [Acesso em: 28 de dez. 2017]. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8074/pdf>.

Oliveira DG, Almas SP, Duarte LC, Dutra SCP, Oliveira RMS, Nunes RM, et al. Consumo de álcool por frequentadores de academia de ginástica. J Bras Psiquiatr. [internet]. 2014; 63(2):127-32. [Acesso em: 26 de dez. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n2/0047-2085-jbpsiq-63-2-0127.pdf>.

Oliveira DM, Schoeller SD, Hammerschmidt KSA, Vargas MAO, Girondi JBR. Conhecimento da equipe de enfermagem nas complicações do diabetes mellitus em emergência. Acta Paul Enferm. [internet]. 2014; 27(6):520-5. [Acesso em: 23 de jan. 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0520.pdf>.

Oliveira SG, Barboza EA, Braga ACS, Lemos MCC, Cabral PC. Consumo alimentar e outros fatores associados à síndrome metabólica em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Bras Nutr Clin.* [internet]. 2013; 28 (4): 275-81. [Acesso em: 26 de jan. 2018]. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/wp-content/uploads/2016/12/04-consumo-alimentar-e-outros-fatores.pdf>.

Oliveira VA, Santos MA, Andrade NHS, Teixeira CRS, Rodrigues FFL, Zanetti ML. A percepção do corpo por mulheres com Diabetes Mellitus e obesidade. *Rev enferm UERJ.* [internet]. 2014; 22(2):251-7. [Acesso em 10 de nov. 2017]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n2/v22n2a17.pdf>.

Organização Mundial de Saúde. [Acesso em: 25 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>.

Organização Pan-Americana da Saúde. [Acesso em: 15 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/>.

Pott FS, Stahlhoefer T, Felix JVC, Meier MJ. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Rev. bras. enferm.* [internet]. 2013; 66(2). [Acesso em: 05 de nov. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200004.

Przysiezny A, Rodrigues KF, Santiago LH, Silva MCV. Características sociodemográficas de pacientes com diabetes mellitus portadores de pé diabético e ou retinopatia diabética atendidos em 16 unidades de Estratégia de Saúde da Família de Blumenau. *Arq. Catarin. Med.* [internet]. 2013; 42(1):76-84. [Acesso em: 20 dez. 2017]. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1216.pdf>.

Queirós PJP, Vidinha TSS, Filho AJA. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência.* [internet]. 2014; 4(3):157-164. [Acesso em: 19 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn3/serIVn3a18.pdf>.

Queiroz MVO, Brito LMMC, Pennafort VPS, Bezerra FSM. Sensibilizando a criança com diabetes para o cuidado de si: Contribuição à prática educativa. *Esc Anna Nery.* [internet]. 2016; 20(2):337-343. [Acesso em: 03 de nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eann/v20n2/1414-8145-eann-20-02-0337.pdf>.

Rios HCS, Pereira IRO, Abreu ES. Avaliação da oxidação de óleos, gorduras e azeites comestíveis em processo de fritura. *Revista Ciência & Saúde.* [internet]. 2013; 6(2):118-126. [Acesso em: 09 de jan. 2018]. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/13143/9713>.

Rodríguez MCP, Godoy S, Mazzo A, Nogueira PC, Trevizan MA, Mendes IAC. Cuidado com os pés diabéticos antes e após intervenção educativa. *Revista electrónica trimestral de enfermería.* [internet]. 2013; 29. [Acesso em: 30 de dez. 2017]. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_clinica3.pdf.

Rodriguez MTG, Santos LC, Lopes ACS. Adesão ao aconselhamento nutricional para o diabetes mellitus em serviço de atenção primária à saúde. *Rev Min Enferm.* [internet]. 2014; 18(3): 691-696. [Acesso em: 12 nov. 2017]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/bde-27010?lang=pt>.

Roos AC, Baptista DR, Miranda RC. Adesão ao tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. *Demetra.* [internet]. 2015; 10(2); 329-346. [Acesso em: 28 de dez. 2017]. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/13990/13277#.WIRKBainHIU>.

Rossaneis MA, Haddad MCFL, Mathias TAF, Marcon SS. Diferenças entre mulheres e homens diabéticos no autocuidado com os pés e estilo de vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [internet]. 2016; 24:2761. [Acesso em: 08 de nov. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02761.pdf.

Sá RC, Navas EAFA, Alves SR. Diabetes Mellitus: avaliação e controle através da glicemia de jejum e hemoglobina glicada. *Revista Univap – revista.univap.br.* [internet]. 2014; 20(35). [Acesso em: 02 nov. 2017]. Disponível em: <http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/129/189>.

Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMVG. Prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus à luz da complexidade. *Rev. Bras. Enferm.* [internet]. 2017; 70(5). [Acesso em: 02 nov. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000500996&script=sci_arttext&tlng=pt.

Santos AL, Cecílio HPM, Teston EF, Arruda GO, Peternella FMN, Marcon SS. Complicações microvasculares em diabéticos Tipo 2 e fatores associados: inquérito telefônico de morbidade autorreferida. *Ciência & Saúde Coletiva.* [internet]. 2015; 20(3):761-770. [Acesso em: 14 dez. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00761.pdf.

Santos LM, Sampaio JRF, Borba VFC, Luz DCRP, Rocha EMB. Avaliação do hábito alimentar e estado nutricional de idosos com diabetes mellitus tipo 2 atendidos na atenção básica de saúde do município de Porteiras-CE. *Rev. e-ciência.* [internet]. 2017; 5(1): 69-77. [Acesso em: 27 de jan. 2018]. Disponível em: <http://www.revistafjn.com.br/revista/index.php/eciencia/article/view/271/271>.

Secretaria Municipal de Saúde de Cuité-PB. 2017.

Silva AB, Engroff P, Sgnaolin V, Ely LS, Gomes I. Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. *Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro.* [internet]. 2016; 24(3): 308-316. [Acesso em 27 de nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n3/1414-462X-cadsc-24-3-308.pdf>.

Silva RS, Haddad MCL, Rossaneis MA, Gois MFF. Análise financeira das internações de diabéticos submetidos à amputação de membros inferiores em hospital público. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde.* [internet]. 2015; 36(1): 81-88. [Acesso em: 22 de nov. 2017]. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/19054/16922>.

Silva SB, Spinelli MGN. Consumo de frutas em unidade de alimentação e nutrição no município de São Paulo: um estudo de caso. Revista Univap. [internet]. 2015; 21(38). [Acesso em: 29 de dez. 2017]. Disponível em:

<http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/292/291>.

Silva SSBE, Oliveira SFSB, Pierin AMG. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. Rev Esc Enferm USP. [internet]. 2016; 50(1):50-58.

Acesso em: 15 de out. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v50n1/pt_0080-6234-reecusp-50-01-0050.pdf.

Smeltzer CS, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner/Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.

Soares AL, Araújo TD, Oliveira JSA. Revisão de literatura sobre a desistência ao tratamento de diabetes mellitus. Revista científica da escola da saúde. [internet]. 2014; 3(2). [Acesso em: 15 de dez. 2017]. Disponível em:

[file:///C:/Users/Gustavo/Downloads/Artigo_diabetes_publicado%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Gustavo/Downloads/Artigo_diabetes_publicado%20(1).pdf).

Soares AL, Araújo TD, Oliveira JSA. Revisão de literatura sobre a desistência ao tratamento de diabetes mellitus. Revista científica da escola da saúde. [internet]. 2014; 3(2). [Acesso em: 15 de dez. 2017]. Disponível em:

[file:///C:/Users/Gustavo/Downloads/Artigo_diabetes_publicado%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Gustavo/Downloads/Artigo_diabetes_publicado%20(1).pdf).

Sociedade Brasileira de Diabetes. [Acesso em: 11 out. 2017]. Disponível em:

<http://www.diabetes.org.br/>.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015: Diagnóstico precoce do Pé Diabético. [Acesso em: 03 out. 2017]. Disponível em:

<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-tipo-2/019-Diretrizes-SBD-Diagnostico-Pe-Diabetico-pg179.pdf>.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015: Princípios para orientação nutricional no diabetes mellitus. [Acesso em: 04 dez. 2017] em:

<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-tipo-2/004-Diretrizes-SBD-Principios-pg19.pdf>

Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2015. Acesso em: 11 nov. 2017]. Disponível em:

<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>.

Sousa JT, Macêdo SF, Moura JRA, Silva ARV, Vieira EES, Reis AS. Autocuidado e parâmetros clínicos em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Rev Rene. [internet]. 2015; 16(4):479-5. [Acesso em 05 de nov. 2017]. Disponível em:

<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2739/2122>.

Souza JD, Baptista MHB, Gomides DS, Pace AE. Adesão ao cuidado em diabetes mellitus nos três níveis de atenção à saúde. Escola Anna Nery. [internet]. 2017; 21(4). [Acesso em 08 de nov. 2017]. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0045.pdf.

Stacciarini TSG, Pace AE. Análise fatorial confirmatória da escala Appraisal of Self Care Agency Scale – Revised. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:2856. [Acesso em: 03 de nov 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-02856.pdf.

Tanqueiro MTOS. A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. [internet]. 2013; 3(9):151-160. [Acesso em: 14 nov. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000100016.

Tanure LM, Alves SS, Leite HV, Cabral ACV, Brandão AHF. Uso de hipoglicemiantes orais em pacientes com Diabetes Mellitus gestacional. *FEMINA*. [internet]. 2014; 42(6). [Acesso em 30 de dez. 2017]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n6/a4826.pdf>.

Targino IG, Souza JSO, Santos NMG, Davim RMB, Silva RAR. Fatores relacionados ao desenvolvimento de úlceras em pacientes com Diabetes Mellitus. *J. res.: fundam. care*. Online. [internet]. 2016; 8(4): 4929-4934. [Acesso em: 04 de nov. 2017]. Disponível: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3638/pdf_1.

Tavares MCA, Neta JSMF, França JAL, Ribeiro JNS, Barbosa CL, Silva VNS, et al. Análise da percepção dos diabéticos tipo 2 sobre a doença e o tratamento. *R Epidemiol Control Infec*, Santa Cruz do Sul. [internet]. 2016; 6(2):85-91. [Acesso em; 05 de dez. 2017]. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/4974/5090>.

Teixeira AM, Tsukamoto R, Lopes CT, Silva RCG. Risco de glicemia instável: revisão integrativa dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [internet]. 2017; 25:2893. [Acesso em: 08 de dez. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2893.pdf.

Teston EF, Arruda GO, Sales CA, Serafim D, Marcon SS. Consulta de enfermagem e controle cardiometabólico de diabéticos: ensaio clínico randomizado. *Rev. Bras. Enferm*. [internet] 2017; 70 (3). [Acesso em; 01 de nov. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-71672017000300468.

Tiete AVCC, Mascarenhas LPG, Souza WC. A importância da atividade física para os portadores de diabetes mellitus. *Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*. [internet]. 2015; 7(1):2. [Acesso em: 29 de nov. 2017]. Disponível em: <file:///C:/Users/Gustavo/Downloads/62-123-1-SM.pdf>.

Tomaz M, Ramos AAM, Mendes LL. Consumo de refrigerantes e fatores relacionados aos hábitos alimentares de crianças e adolescentes de escolas municipais da região Nordeste de Juiz de Fora. *HU Revista, Juiz de Fora*. [internet]. 2014; 40(3 e 4): 189-194. [Acesso em: 15 de dez. 2017]. Disponível em: <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2441/795>.

Toquica AR, Vera TA, Jaramillo FO. Comportamiento de hemoglobina glicosilada y frecuencia de hipoglicemias en diabéticos tipo 2 tratados con insulina glargina o NPH. *Rev.*

Méd. Risaralda. [internet]. 2015; 21 (2):3-10. [Acesso em: 17 de nov. 2017]. Disponível em: [file:///C:/Users/Gustavo/Downloads/10161-24771-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Gustavo/Downloads/10161-24771-1-PB%20(2).pdf).

Tschiedel B. Complicações crônicas do diabetes. JBM. [internet]. 2014; 102(5). [Acesso em: 13 dez. 2017]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n5/a4502.pdf>.

Veras VS, Santos MA, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Pedersoli TAM, Zanettid ML. Autocuidado de pacientes inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. Rev Gaúcha Enferm. [internet]. 2014;35(4):42-8. [Acesso em 10 de nov. 2017]. Disponível em:

<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/47820/32397>.

Vianna MS, Silva PAB, Nascimento CV, Soares SM. Competência para o autocuidado na administração de insulina por idosos septuagenários ou mais de idade. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [internet]. 2017; 25:2943. [Acesso em: 02 de nov. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2943.pdf

Vieira GLC, Cecílio SG, Torres HC. A percepção dos usuários com diabetes sobre a estratégia de educação em grupos na promoção do autocuidado. Escola Anna Nery. [internet]. 2017; 21(1). [Acesso em: 07 de nov. 2017]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170017.pdf>.

Zulian LR, Santos MA, Veras VS, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Zanetti ML. Qualidade de vida de pacientes com diabetes utilizando o instrumento Diabetes 39 (D-39). Rev. Gaúcha Enferm. [internet]. 2013; 34(3). [Acesso em: 15 de dez. 2017]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300018.

APÊNDICES

APÊNDICE A
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

ESTUDO: Comportamentos de autocuidado para o controle do Diabetes Mellitus. Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado: **Comportamentos de autocuidado para o controle do Diabetes Mellitus**. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós pesquisadores, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará nenhum prejuízo.

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado (a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a) do estudo **intitulado**: “Comportamentos de autocuidado para o controle do Diabetes Mellitus”, com **objetivo**: analisar comportamentos de autocuidado para o controle do Diabetes Mellitus. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas e receberei uma via assinada pelo pesquisador do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

- I) O estudo se faz necessário para analisar comportamentos de autocuidado para o controle do Diabetes Mellitus;
- II) Quanto aos **riscos**, poderá acontecer possíveis desconfortos às respostas dos participantes, adultos e idosos, que farão parte deste estudo. A pesquisa não oferece riscos consideráveis e evidentes que tragam prejuízos e constrangimentos, pois não utilizará produtos ou substâncias para testes nas pessoas que aceitarem participar da pesquisa; Minimamente podem apresentar inibição em responder aos questionamentos ou até mesmo desconhecimento e inexperiência em responder as questões por participarem em pesquisas; e para minimizar estas possíveis ocorrências o pesquisador poderá dispor de mais tempo que o participante necessitar para refazer-se e continuar com a informação.
- III) Dos benefícios da pesquisa esperados da sua participação, é esclarecer, informar, divulgar sobre os comportamentos de autocuidado para o controle do Diabetes Mellitus;
- IV) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos instrumentos necessários à realização da pesquisa.
- V) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.
- VI) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico.
- VII) Os resultados obtidos neste estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VIII) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, no decorrer e ao final desta pesquisa.
 - () Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
 - () Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- IX) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP, responsável por autorizar o estudo.

Cuité - PB, _____ de _____ de 2017.

Participante ou responsável legal: _____

Impressão dactiloscópica



Responsável pelo Projeto:

Profª Ms Bernadete de Lourdes André Gouveia – SIAPE 1738276. COREN 80853
Telefone para contato e endereço profissional: 3372–1959 email:
bernagouveia@yahoo.com.br

Pesquisador do Projeto:

Anderson Gustavo Laurentino Vidal de Negreiros - RG 11176311417
Telefone para contato: (84) 987104206. E-mail: agustavovidal@hotmail.com

Endereço do CEP

CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José.

Campina Grande- PB.

Telefone: (83) 2101-5545.

APÊNDICE B

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS	
I – Perfil Sociodemográfico dos sujeitos	
1. Iniciais:	2. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino
3. Idade: (1) 18 a 30 (2) 31 a 40 (3) 41 a 50 (4) 51 a 60 (5) acima de 60 anos	
4. Escolaridade (1) 1 a 3 anos (2) 4 a 06 anos (3) 07 a 09 anos 10 A 12 (4) mais de 13 anos (5)	
5. Renda familiar: (1) < 1 salário mínimo (2) 1 a 2 salários mínimos (3) 3 a 4 salários mínimos (4) > 5 salários mínimos	
6. Mora com: (1) Esposo (a) (2) Filhos/netos (3) Companheiro (a) (4) Sozinho	
II – Comportamentos de Autocuidado	
1. Prática de atividade física: (1) sim (2) não	
Visita a feira? (1) Sim (2) Não	
Vai à missa? (1) Sim (2) Não	
Vai ao banco? (1) Sim (2) Não	
Faz atividades domésticas? (1) Sim (2) não	
Faz corrida, esportes, caminhada ou academia? (1) Sim (2) não	
Possui algum tipo de limitação física? (1) Sim (2) Não	
Se possui, qual tipo de limitação? _____	
2. Alimentação saudável: (1) Sim (2) Não	
Consome frutas? (1) Sim (2) Não	
Legumes? (1) Sim (2) Não	
Frituras? (1) Sim (2) Não	
Doces? (1) Sim (2) Não	
Alimentos industrializados? (1) Sim (2) Não	
Bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não	
Refrigerante? (1) Sim (2) Não	
Suco? (1) Sim (2) Não	

<p>3. Controle glicêmico: (1) Sim (2) Não</p> <p>Faz teste de glicemia? (1) Sim (2) Não</p> <p>Diariamente, semanalmente ou mensalmente? _____</p>
<p>4. Uso de medicamentos: (1) Sim (2) Não</p> <p>Faz uso de hipoglicemiantes orais? (1) Sim (2) Não</p> <p>Faz uso de insulina? (1) Sim (2) Não Qual o tipo da insulina? _____</p>
<p>5. Busca de soluções: (1) Sim (2) Não</p> <p>Você percebe quando a glicose está alta? (1) Sim (2) Não</p> <p>O que faz para controlar? _____</p> <p>Você percebe quando a glicose está baixa? (1) Sim (2) Não</p> <p>O que faz para controlar? _____</p>
<p>6. Redução de riscos: (1) Sim (2) Não</p> <p>Qual seu peso? _____</p> <p>Tabagista? (1) Sim (2) Não</p> <p>Hipertensão? (1) Sim (2) Não</p> <p>Realiza cuidados com os pés? (1) Sim (2) Não Quais? _____</p>
<p>7. Adaptação saudável: (1) Sim (2) Não</p> <p>Há quanto tempo tem DM? _____</p> <p>Tem alguma dificuldade em controlar a doença e fazer o tratamento?</p> <p>_____</p>

ANEXOS

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO PARA O CONTROLE DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO CURIMATAÚ PARAIBANO

Pesquisador: Bernadete de Lourdes André Gouveia

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67901417.9.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.065.128

Apresentação do Projeto:

O Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Associação Americana de Diabetes (ADA), o DM pode ser dividido em quatro classes clínicas: DM tipo 1 (caracterizado por destruição das células beta do pâncreas), DM tipo 2 (relacionado a defeitos na ação e secreção da insulina), DM Gestacional (estado de hiperglicemia detectado pela primeira vez na gravidez) e outros tipos específicos de DM (defeitos genéticos da função das células beta e ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao DM). O DM acomete cerca de 387 milhões de pessoas em todo o mundo, 62 milhões nas américas e 13 milhões no Brasil. A pessoa com DM, quando não realiza o controle adequado da doença, pode apresentar uma série de complicações, que podem ser divididas em

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.065.128

complicações agudas (hipoglicemia, hiperglicemia e cetoacidose diabética) e crônicas (retinopatia, nefropatia e neuropatia diabética). Dessa forma, para facilitar e garantir a educação em diabetes como parte do tratamento e prevenir a ocorrência dessas complicações, a Associação Americana de Educadores em Diabetes (AADE) desenvolveu uma pesquisa sobre comportamentos de autocuidado e a partir desta definiu sete comportamentos que devem ser praticados pelas pessoas com diabetes após um trabalho educativo efetivo, a saber: prática de atividade física, alimentação saudável, controle glicêmico, uso de medicamentos, busca de soluções, redução de riscos e adaptação de maneira saudável. OBJETIVO GERAL: Identificar comportamentos de autocuidado para o controle do DM tipo 2 no Curimataú Paraibano. Específicos: Caracterizar o perfil sociodemográfico das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 no Curimataú paraibano; Desvendar as comorbidades e complicações do Diabetes Mellitus tipo 2 no Curimataú Paraibano; Verificar os comportamentos de autocuidado para o controle do Diabetes Mellitus tipo 2 no Curimataú Paraibano. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva com uma abordagem quantitativa. Será realizada nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) da zona urbana na cidade de Cuité do Curimataú Paraibano. A população que participará do estudo serão todos os indivíduos diagnosticados com diabetes mellitus, calculados em 477 pessoas, cadastradas nas UBSF da cidade de Cuité. Para seleção dos participantes da pesquisa, serão adotados alguns critérios de inclusão (os participantes deverão ter idade igual ou superior a 18 anos, serem diagnosticados com diabetes tipo 2 e apresentar o desejo de participar da pesquisa) e exclusão (aqueles que recusem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apresentarem dificuldades cognitivas e de comunicação verbal para responder o formulário adotado). A pesquisa levará em consideração os aspectos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que norteia pesquisas envolvendo seres humanos. A coleta de dados se dará através da utilização de um formulário semiestruturado após aprovação e autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) direcionada pela Plataforma Brasil. Para análise dos dados será utilizado à

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.065.128

estatística descritiva. Na estatística descritiva serão utilizados testes de associação tais como o Quiquadrado e o teste de Fischer. Os dados serão inseridos em uma planilha eletrônica (Excel 2010), e posteriormente analisados pelo programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science) for Windows versão 20.0. Os resultados serão apresentados em quadros, tabelas e gráficos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Identificar os comportamentos de autocuidado para o controle do Diabetes Mellitus tipo 2 no Curimataú Paraibano.

Objetivo Secundário: Caracterizar o perfil sociodemográfico das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 no Curimataú Paraibano; Desvendar as comorbidades e complicações do Diabetes Mellitus tipo 2 no Curimataú Paraibano; Verificar os comportamentos de autocuidado para o controle do Diabetes Mellitus tipo 2 no Curimataú Paraibano.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa não oferece riscos apreciáveis, pois, não serão utilizados produtos ou substâncias para testes nos participantes que aceitarem participar da pesquisa e minimamente como riscos podem apresentar inibição em responder ao formulário ou até mesmo desconforto por demorar o preenchimento do formulário semi-estruturado; assim o pesquisador participante disporá do tempo necessário para coleta dos dados com preenchimento do instrumento.

Benefícios: A pesquisa tem interesse em identificar os comportamentos de autocuidado para o controle do diabetes mellitus praticados pela população do Curimataú paraibano; e trazer o conhecimento dos setes comportamentos do autocuidado recomendados pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), para evitar complicações e descompensações de hiperglicemia e hipoglicemia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa encontra-se dentro dos padrões éticos exigidos por este comitê.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.065.128

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão presentes:

- Informações básicas do projeto
- Folha de rosto
- Termo de anuência institucional
- Termo de compromisso de divulgação dos resultados
- Termo de compromisso do pesquisador
- Anuência setorial
- TCLE
- Projeto detalhado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do 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_888524.pdf	26/04/2017 19:22:32		Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	26/04/2017 19:19:04	Bernadete de Lourdes André Gouveia	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA_DADOS.pdf	11/04/2017 18:19:15	Bernadete de Lourdes André Gouveia	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termos.pdf	11/04/2017 18:13:54	Bernadete de Lourdes André Gouveia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/04/2017 18:11:07	Bernadete de Lourdes André Gouveia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCC_COMPLETO.pdf	11/04/2017 18:10:27	Bernadete de Lourdes André Gouveia	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.065.128

Não

CAMPINA GRANDE, 16 de Maio de 2017

Assinado por:
Januse Nogueira de Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br