

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

LUMA DE SOUSA SILVA

**ANÁLISE DA ADESÃO AO AUTOCUIDADO EM
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS PERTENCENTES
A UMA UBS DO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB**

CUITÉ/PB

2018

LUMA DE SOUSA SILVA

**ANÁLISE DA ADESÃO AO AUTOCUIDADO EM PORTADORES DE DIABETES
MELLITUS PERTENCENTES A UMA UBS DO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha de pesquisa em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Camila Carolina de Menezes Santos Bertozzo.

CUITÉ/PB

2018

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

S586a Silva, Luma de Sousa.

Análise da adesão ao autocuidado em portadores de diabetes mellitus pertencentes a uma UBS do município de Cuité-PB. / Luma de Sousa Silva. - Cuité: CES, 2018.

45 fl.

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

Orientadora: Camila Carolina de Menezes Santos Bertozzo.

1. Diabetes mellitus. 2. Doença crônica. 3. Educação em saúde. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.379-008.64

LUMA DE SOUSA SILVA

**ANÁLISE DA ADESÃO AO AUTOCUIDADO EM PORTADORES DE DIABETES
MELLITUS PERTENCENTES A UMA UBS DO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha de pesquisa em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Camila Carolina de Menezes Santos Bertozzo.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª Camila Carolina de Menezes Santos Bertozzo

Universidade Federal de Campina Grande

Orientadora

Prof^ª. Dr^ª Flávia Negromonte Souto Maior

Universidade Federal de Campina Grande

Examinadora

Nutricionista Lavinne Machado Vasconcelos

Universidade Federal de Campina Grande

Examinadora

CUITÉ/PB

2018

Aos meus pais, por todos os esforços para que eu chegasse até aqui.

Dedico

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a **Deus**, por sua infinita misericórdia, por ter me amparado nos momentos mais difíceis e nunca ter me abandonado, mesmo quando questioneei a sua existência e o sentido da vida. Minha alma estremece de gratidão **PAI**.

À minha mãe e melhor amiga, **Maria de Lourdes de Sousa Silva**, luz dos meus dias, que viveu, sofreu e se alegrou ao meu lado em todos os momentos dessa jornada acadêmica. Essa vitória é tão dela quanto minha.

Ao meu pai **Antônio Pereira da Silva** (*Em Memória*), pelo esforço ao longo da sua existência aqui na terra, para realizar o sonho de formar seus dois filhos. O seu amor incondicional ultrapassou as limitações da vida e da morte, e assim se fez presente, me fortalecendo para que eu seguisse o meu caminho e alcançasse o nosso objetivo. Juntos, estamos a realizar mais uma etapa.

Ao meu irmão **Raphael Silva**, por ser o meu ponto de paz e segurança, que sem medir esforços me ajudou ao longo dessa caminhada, principalmente com amor e compreensão.

Aos meus avós paternos **Maria** e **João** (*Em Memória*), por todo carinho e cuidado que sempre tiveram por mim; vibrando e se orgulhando a cada pequena conquista minha. Sempre serão a minha doce lembrança.

À minha professora e orientadora **Camila Carolina de Menezes Santos Bertozzo**, pelo apoio, compreensão, paciência e orientação.

À Nutricionista **Lavinne Vasconcelos** por ter me ajudado nesse projeto e acreditado em mim, sempre me encorajando e prestando total apoio.

Às Agentes Comunitárias de Saúde **Tomázia** e **Loudenilza** por terem me acompanhado em alguns momentos da pesquisa, facilitando o meu encontro com os pacientes da UBS.

Às minhas amigas **Aretusa Silveira** e **Rayane Paiva**, por terem me ajudado na coleta e tabulação dos dados, respectivamente, além das palavras de incentivo e compreensão.

Aos meus amigos e família de Cuité, vulgo SQL, **Aysla Haryadne**, **Luana Fernandes**, **Ianna Galvão** e **Sebastião Dantas**, por esses quatro anos de convivência e cumplicidade, os quais me proporcionaram tantos bons momentos. O que vivemos juntos será inesquecível.

À **Anna virgínia** e **Fernanda Monteiro** pela amizade, cumplicidade e objetivos compartilhados.

À minha amiga **Renata Torres**, por ter sido a melhor vizinha do mundo e ter me presenteado com uma tia tão especial.

A **Francisco Severo**, ex professor e amigo, por sempre me apoiar em todos os

momentos.

À professora **Flávia Negromonte**, por aceitar contribuir com este trabalho e ser uma inspiração para mim como profissional e pessoa.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Cuité**, pela confiança para o desenvolvimento da pesquisa.

A todos os **Participantes** da pesquisa, pela confiança e receptividade.

Ademais, a todos os **Amigos e Familiares** não citados, mas que são dignos de todo o meu reconhecimento e gratidão.

A todos vocês o meu muito obrigada!

RESUMO

SILVA, L. S. **Análise da adesão ao autocuidado em portadores de diabetes mellitus pertencentes a uma UBS do município de Cuité – PB.** 2018. 45f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2018.

Diabetes mellitus é considerada uma doença crônica não transmissível e de etiologia multifatorial. As complicações advindas da doença, na maioria dos casos, estão associadas a não adesão ao tratamento ou ao cumprimento deficiente dos cuidados exigidos por diabetes. O objetivo desse estudo foi avaliar a adesão às práticas de autocuidado em portadores de diabetes mellitus, pertencentes a uma UBS do município de Cuité-PB. Foram aplicados dois questionários: O primeiro contendo questionamentos sobre informações pessoais dos participantes, relação entre alimentação e diabetes e o incentivo para cumprir o tratamento. Já para avaliar as práticas de autocuidado, foi aplicado um questionário de atividades de autocuidado com diabetes (QAD), o qual foi adaptado para esta pesquisa, analisando a frequência de autocuidado nos últimos sete dias. Em relação à associação entre alimentação e diabetes, observou-se que 58% dos entrevistados relataram não sentir dúvidas a respeito do que se alimentar para controlar a doença; já 68% afirmaram vivenciar restrições alimentares de menor a maior significância, devido à doença. Um total de 56% responderam que gostavam bastantes dos alimentos consumidos diariamente e 54% alegaram que a alimentação mudou bastante desde o diagnóstico da doença; já 56% dos portadores, afirmaram realizar menos refeições após o diagnóstico de diabetes. Dos entrevistados, 40% relataram não ter procurado orientações sobre alimentação com profissionais de saúde e 58% responderam que acham a alimentação muito relevante para tratar a doença. No que diz respeito ao cumprimento do tratamento, 50% responderam que não tinham dificuldade em cumprir e 60% afirmaram ser bastante incentivados pela família para executar a terapia. Já 40% dos participantes relataram não receber nenhum incentivo para o tratamento por parte da equipe de saúde e 74% afirmou ter algum interesse de menor a maior relevância em compreender melhor a doença. Com relação aos resultados encontrados no QAD, observou-se que 66% responderam seguir uma dieta saudável nos últimos sete dias; porém, 68% das pessoas relataram não seguir um plano alimentar recomendado por um profissional de saúde. Também foi visto que 58% dos participantes não realizaram atividade física nos últimos sete dias e 58% não avaliaram a glicemia no período questionado, sendo que 80% responderam não monitorar a glicemia o número de vezes recomendado por um profissional de saúde. Já com relação ao cuidado com os pés, a maioria respondeu ter examinado e higienizado os pés nos últimos sete dias, apresentando, respectivamente, 64% e 62% de adesão. Por fim, o maior índice de adesão encontrado foi em relação à medicação, com percentuais de 86% para medicação oral e 80% para uso de insulina no período de referência. É de suma importância que os portadores de diabetes e seus familiares sejam esclarecidos sobre a relevância de todas as práticas de autocuidado em diabetes, não apenas da terapia medicamentosa, mas sim, o conjunto de todas as ações terapêuticas enfatizadas, a fim de controlar a doença e melhorar a qualidade de vida dos diabéticos.

Palavras-chave: Doença crônica. Portadores. Tratamento. Autogestão. Educação em Saúde.

ABSTRACT

SILVA, L. S. **Analysis of adherence to self-care in diabetes mellitus patients belonging to a UBS of the municipality of Cuité-PB.** 2018. 45f. Work of conclusion of course (degree in nutrition) – Federal University of Campina Grande, Cuité, 2018.

Diabetes mellitus is considered a chronic non-transferable and multifactorial etiology. The complications arising from disease, in most cases, are associated with non-adherence to treatment or poor compliance with the care required for diabetes. The aim of this study was to evaluate the adherence to practices of self care in patients with diabetes mellitus, belonging to a UBS of the municipality of Cuité-PB. Two questionnaires were applied: the first containing questions about personal information of the participants, relationship between diet and diabetes and the incentive to comply with the treatment. To evaluate self-care practices, a questionnaire was applied to activities of self-care with diabetes (PAF), which was adapted for this research, analyzing the frequency of self-care in the last seven days. With respect to the association between diet and diabetes, it was found that 58% of respondents reported not feeling doubts about what to feed to control the disease; already 68% reported experiencing lower the dietary restrictions greater significance, due to the disease. A total of 56% responded that they liked quite a few of the foods consumed daily and 54% claimed that the food has changed a lot since the diagnosis of the disease; already 56% of carriers, stated perform less meals after the diagnosis of diabetes. Of those surveyed, 40% reported not having sought guidance on food with health professionals and 58% answered that they think the very important power to treat the disease. With regard to compliance with the treatment, 50% responded that they had no difficulty in fulfilling and 60% say be quite encouraged by the family to perform the therapy. Already 40% of participants reported not receiving any incentive for the treatment by the health team and 74% claimed to have some minor interest to greater relevance in understanding the disease. With respect to the results found in the PAF, 66% responded following a healthy diet for the past seven days; However, 68% of people reported not to follow a food plan recommended by a health care professional. It was also seen that 58% of participants did not physical activity in the last seven days and 58% evaluated the blood glucose in the period asked, 80% of which responded not monitor blood glucose levels often recommended by a health care professional. With respect to watch your feet, most responded have examined and sanitized the feet in the last seven days, showing, respectively, 64% and 62%. Finally, the highest membership was found in relation to medication, with percentages of 86% for oral medication and 80% for use of insulin in the reference period. It is of the utmost importance to the carriers of diabetes and their family members are clear about the relevance of all the practices of self-care in diabetes, not only of drug therapy, but rather, the set of all therapeutic actions emphasized, in order to control the disease and improve the quality of life of diabetics.

Keywords: Chronic disease. Carriers. Treatment. Self-management. Health education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	Escolaridade dos portadores de DM da UBS Ezequias Venâncio dos Santos.....	25
Gráfico 2	Tempo que os pacientes são portadores de DM.....	26
Gráfico 3	Faixa etária dos participantes da pesquisa.....	26
Gráfico 4	Interesse demonstrado pelos portadores de DM em compreender melhor doença.....	27
Gráfico 5	Nível de dificuldade em cumprir o tratamento pelos portadores de DM.....	28
Gráfico 6	Procura por orientações alimentares com profissionais aptos.....	29
Gráfico 7	Quantidade de refeições realizadas após o diagnóstico de DM.....	29
Quadro 1	Recomendações dietéticas utilizadas para diabéticos.....	19
Quadro 2	Motivação dos portadores para cumprir o tratamento de DM.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Relação entre alimentação e DM relatada pelos portadores da doença.....	30
Tabela 2	Questionário de atividades de autocuidado em DM realizados nos últimos sete dias.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
CHO	Carboidratos
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DCNT	Doença crônica não transmissível
HU	Hospital Universitário
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
QAD	Questionário de Atividades de Autocuidado em Diabetes
SDSCA	Summary of Diabetes Self-Care Activities
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 DIABETES MELLITUS	15
3.2 ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES	16
3.3 PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO EM DIABETES	17
3.3.1 Alimentação	17
3.3.2 Atividade Física	19
3.3.3 Terapia Medicamentosa	20
3.3.4 Monitoração da Glicemia	21
3.3.5 Cuidados com os Pés	22
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	23
4.1 DESENHO E AMOSTRA DO ESTUDO	23
4.2 LOCAL DA PESQUISA	23
4.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	24
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
6 CONCLUSÃO	35
7 REFERÊNCIAS	36
APÊNDICES	42

1 INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus (DM) é considerada uma doença crônica, metabólica, que se caracteriza por níveis elevados de glicose sanguínea e por complicações a níveis micro e macrovasculares, o que pode acarretar o comprometimento da qualidade e expectativa de vida dos portadores, aumentando os índices de morbidade e mortalidade na população. Além disso, a doença é de elevado custo para o sistema de saúde, assim como para os portadores e familiares (IDF, 2012; MENDES et al., 2016; WHO, 2010).

A DM exige cuidados de saúde constante, pois a falta de controle pode acarretar no surgimento de complicações, como amputações de origem não traumáticas, doenças cardiovasculares, cegueira e insuficiência renal. Além do uso de recursos terapêuticos para tratar a diabetes, é necessário a participação e contribuição do paciente para que ocorram mudanças ou adequação de hábitos e estilo de vida (PICHARDO; ELIZALDI, 2015).

Práticas de automonitoração da glicemia, atividade física, uso de medicamentos, como os antidiabéticos orais e/ou insulina, alimentação equilibrada e saudável, constituem os princípios da terapia, da mesma forma em que são fatores importantes para o controle da doença, prevenindo complicações do quadro de saúde e, conseqüentemente, o surgimento de outras patologias crônicas (SBD, 2006).

Um dos desafios preocupantes com o qual o sistema de saúde se depara é o abandono do tratamento recomendado para o paciente ou o cumprimento incorreto. A falta de motivação e a resistência quanto à adesão ao tratamento representam, provavelmente, as maiores causas de insucesso das terapias, levando a disfunções no sistema de saúde e aumento dos índices de morbidade e da mortalidade. Achados na literatura têm apontado que indivíduos com diabetes apresentam dificuldades em aderir ao tratamento, com relação ao controle metabólico, administração medicamentosa, plano alimentar coerente e prática de atividade física (SANTOS et al., 2005).

Estimativas apontam que, por volta dos anos 2035, o número de indivíduos com diabetes a nível mundial, possa atingir 592 milhões de pessoas, em consequência tanto do envelhecimento da população, como aos fatores associados à urbanização (IDF, 2013; WHO, 2015). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a sétima principal causa de morte em 2030 será a diabetes (WHO, 2010; WHO, 2015).

Diante do exposto, é fundamental que o portador de *diabetes mellitus* seja um facilitador do tratamento, a partir da compreensão da doença, dos cuidados necessários no cotidiano, das

práticas de autocuidado, as quais possuem grande significância para o sucesso da terapia recomendada e manutenção da vida, com qualidade e saúde.

Tendo em vista a importância da adesão ao tratamento dos indivíduos diabéticos, questiona-se como tais pacientes realizam as práticas de autocuidado, como isso influencia no cumprimento do tratamento e satisfação com a qualidade de vida, principalmente com relação à alimentação adotada no cotidiano dos portadores de diabetes.

Para que seja viável o controle efetivo da diabetes, é necessário que o portador assuma a responsabilidade de monitorar a doença, cumprindo o tratamento proposto, aderindo às necessárias mudanças quanto ao estilo de vida, no sentido de adotar hábitos alimentares saudáveis, praticar regularmente exercícios físicos e realizar a monitoração da glicemia (SCHWINGSHACKL et al., 2014).

Nesse sentido, a educação em saúde é uma importante ferramenta para alcançar a autogestão em diabetes (FUNNELL et al., 2012; FISHER et al., 2012), podendo ser uma das estratégias para orientar e preparar os portadores no âmbito do autocuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a adesão ao autocuidado em portadores de diabetes mellitus de uma Unidade Básica de Saúde do município de Cuité-PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Analisar as práticas de autocuidado;
- ❖ Avaliar a relação entre alimentação e diabetes para os portadores;
- ❖ Identificar a motivação para o cumprimento do tratamento.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DIABETES MELLITUS

Diabetes mellitus (DM) não se trata especificamente de uma única doença, mas sim, de um grupo diverso de distúrbios metabólicos, apresentando em comum o quadro de hiperglicemia, proveniente de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos os casos (SBD, 2016).

A classificação atual da DM se deve à etiologia da doença, não sendo correto classificar o tipo de diabetes baseando-se no tipo de tratamento utilizado. Dessa forma, os termos DM insulino dependente e DM insulino independente devem ser eliminados dos critérios classificatórios (SBD, 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Associação Americana de Diabetes (ADA), preconizada também pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), a doença inclui quatro classes clínicas: diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), diabetes gestacional e outros tipos específicos de diabetes mellitus (ALBERTI; ZIMMET, 1999; ADA, 2015; SBD, 2016).

A DM1 tem como característica a destruição das células beta pancreáticas, ocasionando a deficiência de insulina, sendo esta classificação subdividida em dois tipos: DM 1A e DM 1B. Tipo 1A ou autoimune é encontrada em 5 a 10% dos casos, sendo assim reconhecida pela destruição imunomediada das células beta, resultando na deficiência de insulina. Já a diabetes mellitus tipo 1B ou idiopática, não possui uma etiologia reconhecida, não havendo marcadores imunológicos contra as células beta, correspondendo à minoria dos casos de DM1 (SBD, 2016).

Já a DM 2, é o tipo mais prevalente da doença, sendo identificada em 90 a 95% dos casos, caracterizando-se por defeitos na ação e/ou secreção da insulina, bem como na regulação da produção hepática de glicose. Sua causa se deve à associação entre fatores genéticos e ambientais. A maioria das pessoas portadoras de diabetes mellitus do tipo 2, apresenta sobrepeso ou obesidade. A doença pode se manifestar em qualquer faixa etária, porém, é geralmente diagnosticada após os quarenta anos. Os pacientes não dependem necessariamente de terapia insulínica para sobreviver, entretanto, podem necessitar do tratamento com insulina exógena para obter controle metabólico adequado (SBD, 2016).

O número de casos de diabetes mellitus do tipo 2, tem atingido proporções alarmantes

e preocupantes, podendo ser considerado uma epidemia (WHO, 2003; SBD, 2016).

Existe uma grande perspectiva quanto ao aumento no número de pessoas com diabetes tipo 2, e a essa condição, deve-se atribuir a importância dos aspectos ambientais como causa da proliferação da doença, não sendo este cenário justificado somente por fatores genéticos (COSTA et al., 2011).

Com relação a outros tipos de diabetes mellitus, trata-se de formas menos frequentes da doença, cujos processos desencadeadores podem ser identificados. Alguns fatores podem explicar o surgimento da doença, como defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas, uso de medicações, agentes químicos, infecções e outras situações advindas de síndromes genéticas (SBD, 2016).

A intolerância à glicose no período de gestação com quadros de hiperglicemia é reconhecida por diabetes gestacional, tendo início no período de gestação (WHO, 2013).

Na maioria das vezes, o quadro de diabetes gestacional reflete no aparecimento do diabetes mellitus tipo 2 durante a gravidez. A incidência da doença em gestantes tem aumentado em proporção simultânea com o quadro de diabetes tipo 2, como também da obesidade feminina (SBD, 2016).

A incidência de diabetes tem aumentado, devido ao envelhecimento da população, da urbanização, do estilo de vida, sedentarismo e obesidade (SBD, 2016).

A Pesquisa Nacional de Saúde, realizada no ano de 2013, identificou estimativas de que no Brasil, 6,2% da população com idade igual ou maior que 18 anos apresentava diabetes, sendo 7% dos casos na população feminina e de 5,4% nos homens. Também foi apontado que as maiores taxas (9,6%) de diagnóstico em diabetes estavam associadas a indivíduos sem instrução ou de baixa escolaridade. Já com relação à idade, a doença se mostrou mais prevalente entre pessoas na faixa etária de 65 a 74 anos (IBGE, 2014).

Dados brasileiros apurados no ano de 2011 mostram que as taxas de mortalidade causada por diabetes mellitus, a cada 100 mil habitantes, são de 33,7 para a população geral, 27,2 nos homens e 32,9 nas mulheres, com aumento significativo dos óbitos no avançar da idade, variando de 0,50 para a faixa etária de 0 a 29 anos, e de 223,8 para indivíduos com 60 anos ou mais (BRASIL, 2014).

3.2 ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES

Aderir ao tratamento de diabetes é uma atitude essencial para controlar a doença e reduzir as possibilidades de complicações. Além do uso de medicação, outras ações no âmbito

do autocuidado são importantes para a saúde do diabético, como o seguimento de um plano alimentar saudável, monitoração da glicemia e prática de exercícios físicos. Essas atividades têm sido apontadas como essenciais no tratamento da doença (ADA, 2009; TOOBERT; HAMPSON; GLASGOW, 2000; KOHNER, 2008).

Como se trata de uma doença crônica e de causa multifatorial, a terapia adotada deve ser diferenciada e global. Intervenções na dieta do paciente, incentivo para uma vida ativa e uso correto da medicação, são ações que possibilitam o equilíbrio metabólico do diabético, além de evitar complicações de origem micro e macrovascular (RYDEN et al., 2013; ADA, 2013).

No que diz respeito à doença, têm se notado que o conhecimento do diabético sobre seu estado de saúde e de como conviver diariamente com a doença, são considerados determinantes para o sucesso terapêutico. Por essa razão, é cada vez mais necessário avaliar as ações em saúde, visando identificar os fatores que podem influenciar no tratamento de diabetes (CRUZ; LEITÃO; FERREIRA, 2016).

A autogestão em diabetes é caracterizada pela responsabilidade adotada pelo portador da doença (NEWMAN; STEED; MULLIGAN, 2004). O sucesso da gestão da doença depende do empenho do paciente para cumprir o tratamento em parceria com os profissionais de saúde, os quais orientam e ajudam nas decisões e apontam objetivos do tratamento (NEWMAN; STEED; MULLIGAN, 2004; GALLANT, 2003).

Entretanto, as pessoas portadoras de diabetes têm apresentado dificuldades em praticar as recomendações dadas pelos profissionais de saúde (GALLANT, 2003; LUNDBERG; THRAKUL, 2011), o que se destaca nas baixas taxas de adesão às diretrizes (NEWMAN; STEED; MULLIGAN, 2004), nos quadros de complicações da doença e no comprometimento da qualidade de vida dessas pessoas.

É relevante não só o conhecimento adequado sobre a doença, mas também de como agir diante de determinados sinais e sintomas apresentados, atentando para a adesão ao tratamento e gestão adequada dos aspectos psicossociais que poderiam ser comprometidos pela presença de uma doença crônica e de suas consequências (PEÑARRIETA et al., 2014).

3.3 PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO EM DIABETES

3.3.1 Alimentação

Apesar da etiologia da diabetes mellitus tipo 1 justificar que a doença não é evitável, a diabetes mellitus 2 pode ser prevenida por meio do estilo de vida, que inclui tanto a dieta quanto

a prática de atividade física (SBD, 2016).

É conhecida a influência que os fatores genéticos possuem no surgimento de DM 2, entretanto, o atual cenário epidemiológico da doença provavelmente está associado aos hábitos de vida, caracterizados pelo aumento da ingestão excessiva de calorias e redução de atividade física, que em conjunto com o quadro de sobrepeso e obesidade, exercem um papel importante para o surgimento de diabetes (ADA, 2015; LEAN, 2003; RACGP, 2014).

A terapia nutricional preconizada atualmente para portadores de DM1 e DM2 e diabetes gestacional, tem como base uma alimentação equilibrada e variada, que supra as necessidades nutricionais do indivíduo, levando em consideração as fases de vida (SBD, 2016).

O objetivo da terapia nutricional para diabéticos é a manutenção ou ajuste de peso corporal para o indivíduo, assim como o controle metabólico, em busca de um quadro glicêmico estável, tanto nos períodos de jejum, como nos períodos pré e pós-prandiais, do mesmo modo o equilíbrio de lipídeos séricos e pressóricos ajustados, associados com o uso de fármacos, a fim de prevenir complicações futuras (ADA, 2015; LEAN, 2003; RACGP, 2014).

A dietoterapia adotada deve ser individualizada e ter como base o quadro de saúde do paciente, estando nutricionalmente adequada em macro e micronutrientes, correspondendo aos objetivos do tratamento (SBD, 2016).

A contagem de carboidratos (CHO) trata-se de uma ferramenta nutricional importante no tratamento de diabetes, quando inserida num plano alimentar saudável (SBD, 2009). Essa estratégia enfatiza a quantidade de carboidratos consumidos por refeição, tendo em vista a influência que os CHO possuem na resposta glicêmica pós-prandial. Isso se deve ao fato de que os carboidratos são 100% transformados em glicose no organismo num intervalo de 15 minutos a 2 horas, enquanto que 35% a 60% das proteínas são convertidas em glicose, por volta de 3 a 4 horas; e apenas 10% dos lipídeos são convertidos em glicose, num intervalo de 5 horas (FRANZ et al., 2003). O método pode ser adotado por qualquer pessoa que seja portadora de diabetes, sendo a sua atuação atualmente mais efetivada na DM1 (LOTTEMBERG, 2008).

As recomendações dietéticas utilizadas para diabéticos se assemelham com aquelas recomendadas para a população geral, considerando todas as faixas etárias (JOINT, 2004), como mostrado no Quadro 1.

Quadro 1: Recomendações dietéticas utilizadas para diabéticos.

Macronutrientes	Ingestão recomendada/dia
Carboidratos (CHO)	Carboidratos totais: 45 a 60% Não inferiores a 130 g/dia
Sacarose	Até 10%
Frutose	Não se recomenda adição nos alimentos
Fibra alimentar	Mínimo 14 g/1.000 kcal DM2: 30 a 50 g
Gordura total (GT)	25 a 35% do VET
Ácidos graxos saturados (AGS)	< 7% do VET
Ácidos graxos poli-insaturados (AGPI)	Até 10% do VET
Ácidos graxos monoinsaturados (AGMI)	5 a 15% do VET
Colesterol	< 300 mg/dia
Proteína	15 a 20% do VET*
Micronutrientes	Ingestão recomendada/dia
Vitaminas e minerais	Segue as recomendações da população não diabética
Sódio	Até 2.000 mg

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2016.

Portadores de diabetes mellitus e seus familiares devem ser inseridos em programas voltados para educação nutricional, desde o diagnóstico, a fim de conscientizar os indivíduos sobre a importância da alimentação para o tratamento de diabetes mellitus, tornando-os independentes para o autocuidado com a dieta e controle da doença (ADA, 2015).

3.3.2 Atividade Física

A atividade física é considerada uma estratégia terapêutica essencial para atingir o controle metabólico e diminuir o risco de doenças cardiovasculares nos portadores de DM2 (ADA, 2012; INZUCCHI et al., 2012).

Evidências científicas defendem os efeitos positivos da prática de atividade física no tratamento de diabetes mellitus (ADA, 2015; ADA, 2014). O exercício físico além de ser

considerada uma conduta de autocuidado, também possui ação preventiva contra o desenvolvimento de DM2, especialmente nos grupos mais vulneráveis, como pessoas com sobrepeso ou com predisposição genética (ADA, 2015; RYDEN et al., 2014; LEE et al., 2009). Indivíduos ativos e com melhor condição aeróbica apresentam menores riscos de desenvolver diabetes (RYDEN et al., 2014; HU et al., 2001; JURASCHEK et al., 2015).

Portadores de diabetes apresentam menores condições aeróbicas, menos rendimento muscular e menor flexibilidade quando comparados a pessoas não diabéticas. Essa menor capacidade ocorre em virtude das alterações metabólicas e de suas consequências para o organismo; a menor capacidade de capilarização observada em diabéticos, por exemplo, pode ser melhorada com a prática de atividade física (SBD, 2016).

Além disso, o exercício físico atua diretamente no controle de peso corporal, que por si só, representa um fator de proteção contra o desenvolvimento de DM2, assim como auxilia no controle da doença já estabelecida (SBD, 2016).

3.3.3 Terapia Medicamentosa

Diversos estudos têm apontado que o controle da glicemia evita o aparecimento das complicações crônicas que são responsáveis pelas principais causas de morbidade e mortalidade, além do comprometimento da qualidade de vida dos pacientes diabéticos (UKPDS, 1998).

Entretanto, nem sempre é possível manter a estabilidade glicêmica por meio de um único agente terapêutico, sendo combinada a administração de duas ou mais substâncias antidiabéticas, visando alcançar um melhor controle glicêmico, prevenindo as alterações advindas do quadro de diabetes (UKPDS, 1998).

A diabetes mellitus tipo 1 exige a administração de insulina exógena, sendo a mesma imprescindível no tratamento da doença e deve ser adotada assim que o diagnóstico for realizado (SBD, 2016).

Diabetes mellitus do tipo 2 é uma doença que progride com o passar do tempo, alterando a produção de insulina endógena muito antes de o diagnóstico ser estabelecido (UKPDS, 1998). A princípio, é possível obter o controle da glicemia por meio de ajustes no próprio estilo de vida do diabético (SBD, 2016).

No entanto, com a perda progressiva da capacidade de produzir e utilizar a insulina, torna-se necessário a introdução de medicamentos orais, ou o uso de insulina exógena (INZUCCHI et al., 2012). Quando as complicações persistem, e o controle metabólico não é

alcançado, adota-se a terapia insulínica para o tratamento de diabetes tipo 2 (INZUCCHI et al., 2012).

A combinação entre a terapia medicamentosa oral e insulínica proporciona algumas vantagens ao indivíduo, como a melhor aceitação da insulina pelo portador, evitando a administração de várias injeções diárias, menor ganho de peso corporal e um menor risco de quadros de hipoglicemia (SBD, 2016).

3.3.4 Monitoração da Glicemia

Com o passar dos anos, o quadro de hiperglicemia prolongada ocasiona o desenvolvimento de lesões orgânicas graves e irreversíveis que afetam a visão, a função renal, os nervos, os vasos de grandes e pequenos calibres, como também a coagulação do sangue (SBD, 2016).

Na prática clínica, a avaliação do controle da glicemia é realizada por meio de dois recursos laboratoriais: os testes de glicemia e os de hemoglobina glicada (HbA1c), cada um demonstrando o seu significado específico, ambos colaborando para a investigação do estado glicêmico no indivíduo diabético (ADA, 2015).

Os testes da glicemia apontam os níveis de glicose sanguínea no momento atual em que foi realizado o procedimento; já os testes de HbA1c, revelam o nível glicêmico médio de um período de quatro meses pregressos (SBD, 2016).

No que diz respeito aos métodos de avaliar a glicemia, os procedimentos podem ser realizados através de técnicas tradicionais de laboratório ou pela prática de automonitoração domiciliar, que, quando realizada de forma correta, pode proporcionar a vigilância do nível glicêmico durante todo o dia, o qual pode ser identificado pela realização de testes glicêmicos em seis intervalos, executando três testes pré-prandiais e três testes pós-prandiais, efetuados duas horas após o período de alimentação (SBD, 2016; PIMAZONI et al., 2006).

A relevância do automonitoramento da glicemia nos casos de diabetes mellitus tipo 1 é compreendida universalmente. Em contrapartida, seu uso para avaliar o controle no diabetes tipo II tem sido questionado. No entanto, a automonitoração da glicemia também é imprescindível para os portadores de diabetes tipo 2, principalmente para aqueles que utilizam insulina exógena (SBD, 2016).

Uma vez alcançado o controle da glicemia e após reconhecer que o paciente já tem conhecimentos e domínio suficientes para monitorar seu controle glicêmico, a frequência com que se realiza os testes de glicemia devem ser ajustados conforme três critérios principais: o

tipo de diabetes do paciente, esquema de terapia utilizada e o grau de estabilidade ou instabilidade da glicemia em controle (SBD, 2016).

3.3.5 Cuidados com os Pés

Diabetes mellitus pode ocasionar o comprometimento da integridade dos membros inferiores, como é o caso do pé diabético, definido como infecção, ulceração e/ou destruição dos tecidos mais íntimos da pele, relacionados a anormalidades de origens neurológicas e doença vascular periférica nos membros inferiores, apresentando uma incidência do quadro em 15% dos pacientes diabéticos nos EUA (LEONE et al., 2012). O pé diabético é uma situação que envolve diversas doenças, como a própria neuropatia, doença arterial periférica e a ulceração do pé, além de casos como a neuroartropatia de Charcot e a osteomielite, causando deformações e implicações na saúde do portador (DUARTE; GONÇALVES, 2011).

Alterações na percepção à dor são prejudicadas, e situações indesejadas como traumas mecânicos podem passar despercebidos, tornando o indivíduo vulnerável a lesões e, conseqüentemente, complicações de saúde (BOULTON, 2010; SANTOS et al., 2013).

Entre os casos de cirurgia vascular, o quadro do pé diabético é o mais destacado, tendo em vista o efeito mutilador, o que ocasiona frequentemente situações que exigem amputação de membros, principalmente quando existe a presença da osteomielite e a infecção da ferida (AMIN; DOUPIS, 2016).

A fim de prevenir internações e redução dos índices de amputação, é necessária uma atenção básica eficiente, que oriente e capacite o portador de diabetes para os devidos cuidados, controle e vigilância da doença (DUARTE; GONÇALVES, 2011).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 DESENHO E AMOSTRA DO ESTUDO

A abordagem metodológica adotada foi do tipo quantitativa, por meio de um estudo descritivo-explicativo, onde o desenho da pesquisa fez-se do tipo transversal, executado em um único momento de tempo. O estudo foi realizado com portadores de diabetes mellitus, pertencentes à Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio dos Santos, na zona urbana do município de Cuité-PB. O número de diabéticos da UBS contempla 99 pessoas, sendo 82 pacientes da zona urbana e 17 pacientes da zona rural. Entre os 82 pacientes da zona urbana, apenas 50 pessoas corresponderam aos critérios de inclusão para participar da pesquisa, representando um percentual de 60,97% da amostra total.

Para conferir qualidade ao estudo foram adotados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão: Portadores de diabetes mellitus do sexo feminino ou masculino que estivessem inclusos na UBS Ezequias Venâncio dos Santos, da zona urbana do município de Cuité- PB.

Critérios de exclusão: Indivíduos que estavam incapacitados de participar da pesquisa ou que não demonstraram interesse de participar do estudo e que não pertencessem ao setor de abrangência da zona urbana da referida UBS.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa ocorreu de forma descentralizada, sendo executada no domicílio dos portadores de diabetes, assim como na UBS, durante atividades de educação em saúde e hiperdia. A princípio, fez-se necessário consultar o mapa epidemiológico da unidade, a fim de identificar as áreas de abrangência e o número de pessoas diabéticas por microárea. Outro recurso utilizado para a realização da pesquisa foi à avaliação dos prontuários, disponibilizados pelos Agentes Comunitários de Saúde, com o intuito de localizar o paciente por nome e endereço. Após a etapa de identificação, deu-se início à pesquisa, realizada por todo o território urbano da UBS Ezequias Venâncio dos Santos.

4.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, cada participante foi convidado a integrar a pesquisa, sendo esclarecido sobre os objetivos do estudo. A pesquisa iniciava-se após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante (apêndice 3). A fim de apurar as informações de relevância para a pesquisa em questão, foram aplicados dois questionários (apêndices 1 e 2), ambos contendo perguntas objetivas. Os pontos abordados nos questionários tiveram objetivos específicos, contemplando os dados sociais, histórico da doença, relação entre alimentação e diabetes, incentivo para o cumprimento do tratamento, e por fim, o questionário de atividades de autocuidado com o diabetes (QAD), traduzido e adaptado por Michels et al., (2010), o qual foi ajustado para este estudo. Após a execução da pesquisa, os questionários foram analisados, no intuito de garantir a fidedignidade das informações obtidas.

Os dados coletados na pesquisa de campo foram transferidos para o meio digital, por meio de programas próprios para armazenamento de dados, tabulados e analisados no software estatístico SPSS for Windows, utilizando técnicas descritivas, tabulação e técnicas inferenciais pertinentes.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa atendeu as Normas Regulamentares de Pesquisa envolvendo seres humanos em respeito à Resolução Nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e o projeto foi enviado previamente ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, por meio da Plataforma Brasil.

A participação na pesquisa é voluntária e, em caso de aceitação, foi esclarecida a finalidade aos participantes, garantindo o anonimato por ocasião da elaboração do relatório da pesquisa e da publicação dos dados e o direito de desistir da participação a qualquer momento, e em seguida, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com uma população de 50 usuários da UBS Ezequias Venâncio dos Santos. Do total entrevistado, 68% eram do sexo feminino e 32% do sexo masculino e, quanto à escolaridade, a maioria possui ensino fundamental incompleto (46%) e 30% são não alfabetizados (Gráfico 1).

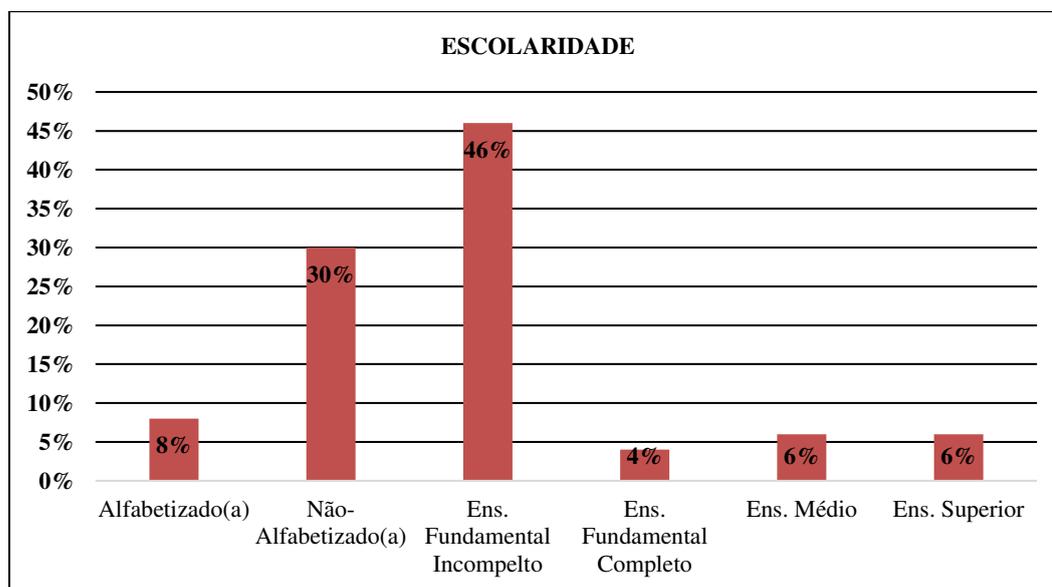


Gráfico 1: Escolaridade dos portadores de DM da UBS Ezequias Venâncio dos Santos.

É de suma importância que os profissionais estejam atentos quanto às orientações repassadas nos serviços de saúde, para que os indivíduos sejam esclarecidos sobre o quadro de saúde e direcionados a cumprir o tratamento de forma coerente, principalmente quando se trata de DCNT (CARDOSO; MORAES; PEREIRA, 2011; TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011).

Funnell et al. (2012) e Fisher et al. (2012), citam que a educação é indispensável para alcançar o autocuidado em diabetes, e que a baixa escolaridade está diretamente relacionada com o surgimento da doença, complicações e, conseqüentemente, maiores riscos à saúde. Achados na literatura mencionam que a educação em saúde facilita o conhecimento e a capacidade de autogestão na doença, diante das necessidades do portador (FUNNELL et al., 2008; ALVES et al., 2012).

Com relação ao tempo em que os indivíduos são portadores de diabetes, a maioria relatou que a história da doença ultrapassa o período de dez anos, como mostra o gráfico 2.

Esses dados podem indicar a prevalência do quadro de diabetes mellitus tipo II, levando em consideração a faixa etária dos entrevistados, sendo o maior percentual correspondente a idosos (Gráfico 3), os quais estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de DCNT, devido aos desequilíbrios metabólicos oriundos dessa fase da vida.

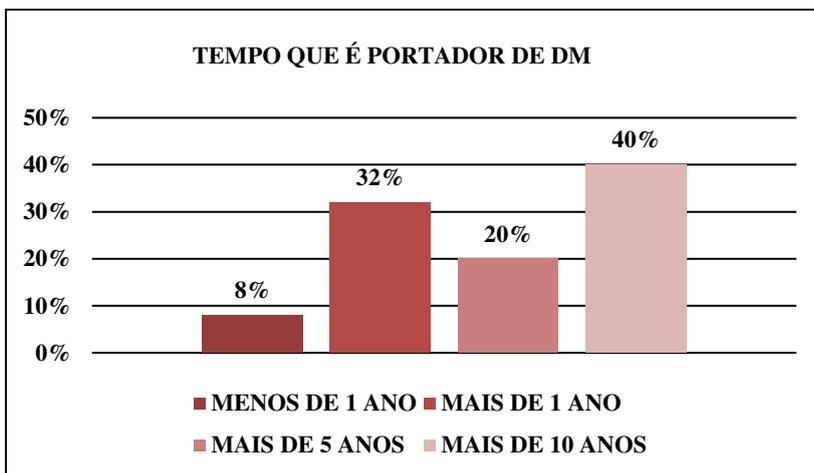


Gráfico 2: Tempo que os pacientes são portadores de DM.

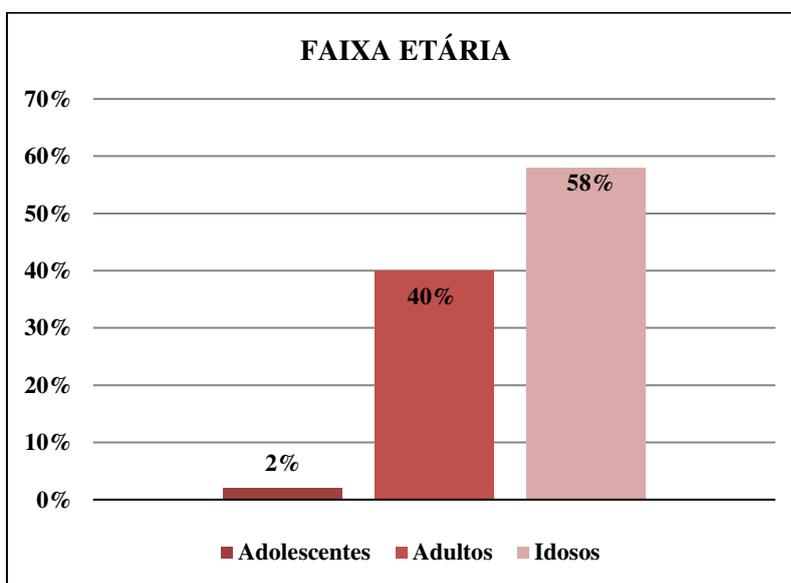


Gráfico 3: Faixa etária dos participantes da pesquisa.

Barshes (2013) cita que o envelhecimento da população Brasileira alterou o perfil epidemiológico, havendo uma modificação no quadro de saúde, de modo que as doenças crônicas passaram a predominar quando comparadas à ocorrência de patologias infectocontagiosas.

Segundo a SBD (2005) e a OPAS (2003), o diabetes mellitus se destaca como causa

significante da ocorrência de morbidade e mortalidade, principalmente em idosos. O envelhecimento da população, o próprio sedentarismo e os maus hábitos alimentares, favorecem a predisposição para o desenvolvimento da doença e seus agravos. Dos diversos tipos de diabetes mellitus, a literatura aponta que diabetes tipo II é a mais prevalente em 90% dos casos (CHEN; MAGLIANO; ZIMMET, 2011; IDF, 2013).

No sentido de avaliar o interesse das pessoas em compreender com mais domínio as características da doença e o tratamento, a maioria dos entrevistados desse estudo demonstrou algum tipo de interesse, de menor à maior significância, totalizando em (74%); em contrapartida, 26% dos entrevistados responderam que não gostariam de saber mais detalhes sobre a doença; algumas pessoas relataram que já possuíam informações suficientes a respeito; já outras afirmaram que os excessos de informações poderiam lhes causar mais desconforto e/ou preocupação (dados não mostrados). Tais justificativas podem ter influenciado diretamente nas respostas, principalmente, no quesito de não demonstrar interesse em ter mais conhecimento sobre a doença, como mostra o gráfico 4:

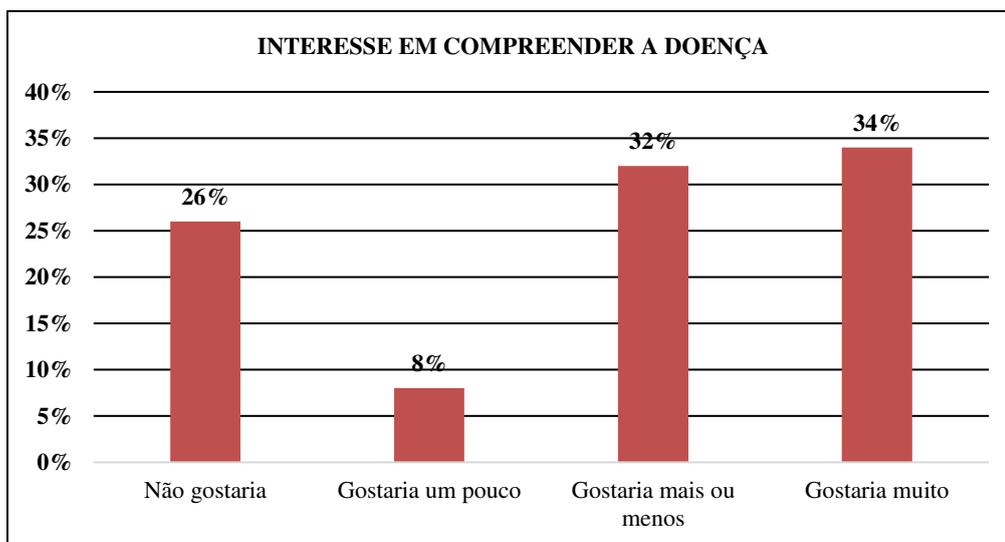


Gráfico 4: Interesse demonstrado pelos portadores de DM em compreender melhor a doença.

Lorig e Holman (2003), fazem menção de que as complicações advindas do diabetes mellitus podem ser evitadas com o tratamento correto; por esse motivo é necessário promover a autogestão da doença, que é conceituada como a capacitação na tomada de decisões, assim como habilidades que podem ser executadas diante de problemas que possam surgir, almejando dessa forma, comportamentos coerentes em saúde. Um estudo realizado em Lima, Peru, mostrou que apenas 12,9% da população estudada possuíam conhecimento adequado a respeito da diabetes e que esse conhecimento não havia sido proveniente de profissionais de

saúde (DOMÍNGUEZ; RAMIREZ, 2008).

Os resultados obtidos a partir do questionamento sobre a dificuldade em cumprir o tratamento da diabetes, mostrou que 50% dos entrevistados não possuíam objeção com relação aos cuidados exigidos pela doença. Apenas um total de 12% afirmou ter muita dificuldade no cumprimento do tratamento. Apesar da maioria dos participantes afirmarem não sentir dificuldades para lidar com a doença, muitos relataram que o tratamento é realizado de acordo com os seus hábitos de vida, não aderindo completamente ao que é recomendado por profissionais de saúde, como mostra o gráfico 5:

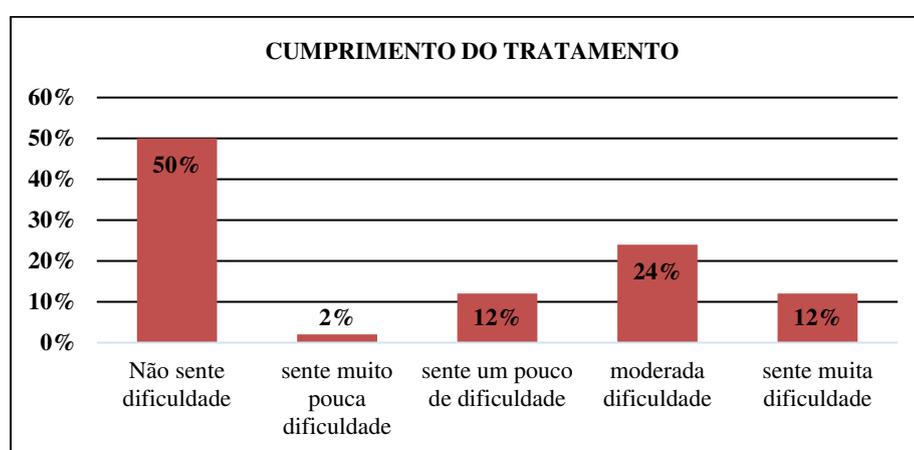


Gráfico 5: Nível de dificuldade em cumprir o tratamento pelos portadores de DM.

Os autores Cruz, Leitão e Ferreira (2016), ressaltam que diante das exigências impostas pela doença em nível de autocuidado, pode-se esperar a ocorrência de dificuldades por parte dos portadores em aderir e manter os protocolos terapêuticos recomendados.

A rotina com a qual o paciente necessita lidar para tratar a doença e prevenir complicações exige o entendimento sobre diabetes e autocuidado. Para o tratamento ser efetivo, além da medicação, devem-se executar outras práticas de autocuidado, como a monitoração da glicemia, alimentação adequada e a prática regular de atividade física. (MICHELS et al., 2010; ADA, 2009; TOOBERT; HAMPSON; GLASGOW, 2000).

Reconhecendo a importância da dietoterapia no tratamento da diabetes, esse estudo teve a preocupação de enfatizar aspectos sobre a alimentação dos entrevistados, a fim de investigar a relação entre dieta e doença. O gráfico 6, exibe os percentuais sobre a procura ou não por orientações alimentares com profissionais aptos; a maioria afirmou ter procurado ajuda, porém, 40% dos participantes disseram que não procuraram por profissionais de saúde para tratar sobre alimentação.



Gráfico 6: Procura por orientações alimentares com profissionais aptos.

Alguns dos participantes da pesquisa relataram seguir a mesma dieta que possuíam antes do surgimento da doença; já outros expressaram que evitam certos alimentos, principalmente os doces (dados não mostrados). A maioria dos portadores de DM entrevistados (56%), relatou redução do número de refeições diárias após o diagnóstico da doença, como retrata o gráfico 7.

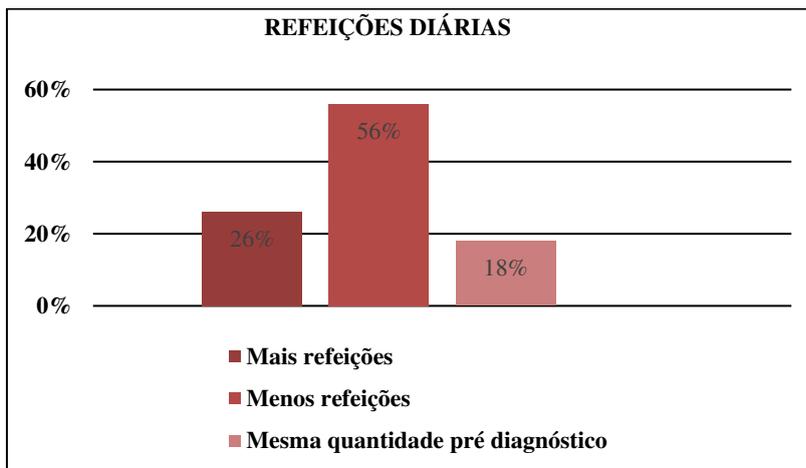


Gráfico 7: Quantidade de refeições realizadas após o diagnóstico de DM.

Zanetti e colaboradores (2006), abordam que mudanças no estilo de vida, correspondem a um processo lento e complexo, principalmente, no que se refere à alimentação. Os hábitos alimentares estão diretamente associados aos aspectos culturais, sociais e econômicos, assim como a outros fatores, como aversões a determinados alimentos, crenças e tabus.

Um estudo realizado no Campus Universitário de Ribeirão Preto por Pères e colaboradores (2007), avaliou a qualidade de vida de diabéticos com relação à dieta; alguns dos entrevistados relataram sofrimento psicológico e manifestações de ansiedade devido à dificuldade em se alimentar de acordo com o recomendado. Sentimentos de culpa, desânimo e privação de prazer foram mencionados.

Dessa forma, devem-se reforçar informações a respeito do autocuidado voltado para a alimentação, tendo em vista que a falta de conhecimento pode acarretar comprometimento do estado nutricional do indivíduo, insatisfação e transtornos de origem alimentar. A resistência por parte de muitas pessoas em procurar os serviços de saúde e orientação profissional, pode estar associado ao receio em adotar um novo estilo de vida ou abdicar de algumas de suas preferências. No presente estudo, muito se pode notar sobre atitudes de autonomia dietoterápica.

Na tabela 1, são abordados aspectos subjetivos aos participantes da pesquisa sobre alimentação: 58% da amostra ressaltou que não possui dúvidas a respeito do que se alimentar para controlar a doença; 38% responderam que a alimentação diária é moderadamente restritiva; 56% afirmaram que gostam muito dos alimentos ingeridos diariamente; 54% alegam que a alimentação mudou muito desde o surgimento da doença; e 58% reconhecem que a alimentação é muito importante para o tratamento de diabetes mellitus.

Tabela 1: Relação entre alimentação e DM relatada pelos portadores da doença.

Quesitos (Legenda de 0 a 4)	MUITO		UM		MUITO
	NÃO	POUCO	POUCO	MODERADAMENTE	
Possui dúvidas a respeito dos que se alimentar	58%	2%	8%	12%	20%
Acha a alimentação diária restritiva	32%	4%	10%	38%	16%
Gosta dos alimentos que ingere diariamente	—	4%	4%	36%	56%
A alimentação mudou com o surgimento da doença	6%	4%	16%	20%	54%
Acha a alimentação relevante para o tratamento	6%	—	2%	34%	58%

O questionário de autocuidado (QAD) voltado para diabéticos é uma adaptação do Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (SDSCA). O QAD foi utilizado para

Esse estudo a partir de algumas adequações, com a finalidade de investigar as práticas de autocuidado nos últimos sete dias, como mostra a tabela 2.

No quesito que aborda a alimentação adotada nos últimos sete dias, 66% dos entrevistados alegaram que se alimentaram de forma saudável, porém, 68% relataram não

seguir um plano alimentar orientado por um profissional capacitado. Esses dados, quando associados ao número de pessoas que afirmaram não ter procurado orientações alimentares, anteriormente mencionado num percentual de 40% da amostra podem refletir numa afirmação contraditória, tendo em vista que, algumas pessoas equivocadamente acreditam estar seguindo uma dieta saudável e propícia para o seu estado de saúde.

Um estudo realizado no México por Ortiz (2006) e Ortiz et al. (2010), mostrou que a adesão à dieta, atividade física e monitoração da glicemia, apresentaram resultados inferiores quando comparados aos cuidados com a medicação, considerando que atividades como a dieta são mais complexas de se manter, devido à influência do meio em que o indivíduo vive.

Num outro estudo realizado no HU de Santa Catarina (HU-UFSC) por Michels e colaboradores (2010), a adesão para à prática de atividade física foi baixa, apresentando os menores percentuais entre as práticas de autocuidado; em contrapartida o uso de medicamentos apresentou o percentual de adesão mais alto, sendo o mais bem cumprido pelos portadores; coincidindo com os resultados obtidos nos quesitos referentes à medicação do presente estudo, onde a adesão à terapia medicamentosa e insulínica apresentaram os maiores percentuais entre as práticas de autocuidado, correspondendo a 86% da amostra que cumpriu nos últimos sete dias o uso de medicação oral e 24% dos portadores que utilizaram insulina exógena no período de referência da pesquisa (7 dias), sendo considerado um percentual alto, tendo em vista que no total são apenas 30% dos pacientes que fazem uso de terapia insulínica.

Na Índia, um estudo realizado por Gopichandran et al. (2012), sobre as práticas de autocuidado, demonstrou que o cumprimento da terapia medicamentosa se sobressaiu (79,8%), em relação à prática de exercícios físicos que atingiu apenas 21% de adesão entre os participantes. No presente estudo pôde-se observar que a maioria (58%) das pessoas entrevistadas não praticou atividade física no período de referência da pesquisa, como mostra a tabela 2.

Com relação ao autocuidado com os pés, observou-se que a maioria dos participantes afirmou possuir o hábito de examinar os pés, assim como higienizá-los corretamente, nos últimos sete dias. Tal prática colabora para a saúde e proteção dos indivíduos diabéticos, tendo em vista as possíveis complicações da doença que podem comprometer os membros inferiores, como é o caso do pé diabético, reconhecido pela presença de infecções e ulcerações, podendo levar a amputação de membros, devido à presença de doença vascular periférica, anormalidades neurológicas e maus cuidados (DUARTE; GONÇALVES, 2011). Um estudo realizado em unidades ambulatoriais de Ribeirão Preto por GOMIDES et al. (2013), mostrou que o autocuidado com os pés obteve resultados próximos ao desejado nos três itens avaliados, dos

quais, dois foram analisados no presente estudo: Examinar os pés e secar os espaços entre os dedos após lavá-los.

Quanto aos resultados encontrados nesse estudo sobre a monitoração da glicemia, a maioria dos participantes (58%) relatou não ter realizado essa prática nos últimos sete dias, assim como não ter cumprido a recomendação médica em relação ao número de vezes que se deve monitorar a glicose sanguínea. Alguns dos entrevistados relataram não terem sido orientados pelos profissionais de saúde sobre o período de tempo em que deveriam supervisionar a glicemia (dados não mostrados). No estudo de Gomides et al. (2013), citado anteriormente, a monitoração da glicemia obteve resultado próximo ao desejado, o qual foi interpretado a partir de escores, obtendo média 5, sendo ideal a média 7. No presente estudo a prática de monitorar a glicemia no período de sete dias, não demonstrou boa adesão, tendo em vista que a maioria não realizou o procedimento no período de referência do estudo, como mostra a (Tabela x). Porém, a automonitoração da glicemia deve fazer parte da rotina dos diabéticos, tendo em vista um melhor controle da doença, principalmente, aos usuários de hipoglicemiantes orais e insulina exógena (GOMIDES et al., 2013).

Tabela 2: Questionário de atividades de autocuidado em DM realizados nos últimos sete dias.

QUESITOS								
(Legenda de 0 a 7)	0	1 DIA	2 DIAS	3 DIAS	4 DIAS	5 DIAS	6 DIAS	7 DIAS
Nos últimos sete dias seguiu uma dieta saudável	18 %	_	2%	4%	4%	4%	2%	66%
Nos últimos sete dias se alimentou de acordo com orientação profissional	68 %	_	_	2%	2%	2%	_	26%
Nos últimos sete dias praticou alguma atividade física	58 %	4%	4%	14%	2%	8%	_	10%
Nos últimos sete dias avaliou o açúcar no sangue	58 %	18 %	10%	4%	4%	_	_	6%
Nos últimos sete dias avaliou o açúcar no sangue de acordo com a recomendação médica	80 %	8%	4%	2%	4%	_	_	2%
Nos últimos sete dias examinou os pés	30 %	2%	_	2%	2%	_	_	64%

Nos últimos sete dias secou os espaços entre os dedos dos pés após lavados	26 %	_	6%	2%	2%	2%	_	62%
Nos últimos sete dias tomou os medicamentos recomendados	6%	_	_	_	4%	2%	_	86%
Nos últimos sete dias fez uso de insulina conforme recomendado	4%	_	_	_	2%	_	_	24%

Com relação ao incentivo para cumprir com o tratamento, 60% dos entrevistados ressaltaram que recebiam muito apoio da família e amigos; em contrapartida, 42% alegaram não serem incentivados pela equipe de saúde a cumprir o tratamento, como mostra o Quadro 2. Alguns participantes relataram não receber o suporte necessário com relação às orientações do autocuidado pela equipe de saúde; em outros casos, algumas pessoas afirmaram que não procuravam com frequência a UBS (dados não mostrados). Tais relatos podem justificar os resultados com relação ao apoio prestado pela equipe de saúde.

Quadro 2: Motivação dos portadores para cumprir o tratamento de DM.

Quesitos (Legenda de 0 a 4)					
	NÃO	MUITO POUCO	UM POUCO	MODERADAMENTE	MUITO
Sente-se motivado (a) pela família e amigos a cumprir o tratamento	22%	_	_	18%	60%
Sente-se motivado (a) pela equipe de saúde a cumprir com o tratamento	42%	4%	4%	30%	20%

A literatura afirma que a autogestão da doença tem relação direta com o contexto familiar, tendo em vista o apoio prestado ao portador, seja na mudança de hábitos, no auxílio com o tratamento ou com a monitoração da doença (LÓPEZ et al., 2016).

Os profissionais de saúde também devem auxiliar o portador a adotar um estilo de vida adequado para tratar à diabetes, intervindo de forma sistematizada, a fim de conscientizar os pacientes sobre o tratamento, levando em conta os aspectos socioculturais, educacionais, econômicos e psicológicos dos indivíduos, os quais estão diretamente relacionados com a terapia de DM (FARIA et al., 2013).

Nesse contexto, vale salientar que a participação da equipe multiprofissional em saúde

é de extrema importância no tratamento, pois o serviço especializado e continuado em saúde é uma estratégia para se promover ações de autocuidado em diabetes.

6 CONCLUSÃO

Nesse estudo, pôde-se avaliar algumas práticas de autocuidado em portadores de diabetes mellitus, sendo constatado que a adesão à terapia medicamentosa (oral e insulínica) é cumprida pela grande maioria e se sobressai quando comparada aos percentuais relativos à prática de atividade física e monitoração da glicemia, evidenciando a dificuldade e/ou resistência em cumprir tais atividades.

Com relação à alimentação adotada pelos pacientes, a maioria afirmou seguir uma dieta saudável e não possui dúvidas a respeito de como se alimentar, porém, um número significativo aponta que os portadores não seguem um plano alimentar orientado ou prescrito por um profissional, mostrando-se um dado preocupante, tendo em vista a influência das informações emitidas pela mídia e os mitos alimentares estabelecidos na dieta, tornando o paciente acomodado e desmotivado a procurar apoio profissional.

Já com relação aos cuidados diários com os pés, a maioria dos entrevistados aderiu à prática de vigilância e higienização, entretanto, a adesão para esta prática, mostrou-se também inferior quando comparada à terapia medicamentosa.

Por fim, pôde-se constatar a necessidade de educação em diabetes na população estudada, a fim de motivar os pacientes a cumprirem o tratamento, assim como enfatizar a importância das práticas de autocuidado no controle da doença e na qualidade de vida dos diabéticos, através de atividades educativas, palestras e grupos comunitários, sendo repassado para os usuários a programação de cada movimento realizado na UBS, por intermédio dos agentes comunitários de saúde, os quais possuem um papel extremamente importante no que diz respeito ao vínculo entre a unidade e os pacientes, como também, estimulando a comunidade à frequentar a UBS e participar de momentos que são e que possam ser organizados para capacitar os portadores ou os cuidadores a serem facilitadores do tratamento.

7 REFERÊNCIAS

- ALVES, D. P. et al. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2012.
- ALBERTI, K.G. M. M.; ZIMMET, P.Z.; World Health Organization Consultation. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO, 1999.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION et al. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes care**, v. 32, p. 13, 2009.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical. **Diabetes Care**, v. 38, 2015.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical. **Diabetes Care**, v. 36, p. 11-16, 2013.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical. **Diabetes Care**, v. 37, p. 5-13, 2014.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, v. 35, p. 11-63, 2012.
- AMIN, N.; DOUPIS, J. Diabetic foot disease: from the evaluation of the “foot at risk” to the novel diabetic ulcer treatment modalities. **World Journal of Diabetes**, v. 7, n. 7, p. 153-64, 2016.
- BARSHEES, N. R. et al. The system of care for the diabetic foot: objectives, outcomes, and opportunities. **Diabetic foot & ankle**, v. 4, n. 1, p. 21847, 2013.
- BOULTON, A. What you can't feel can hurt you. **Journal of Vascular Surgery**, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 18/06/2014.
- CARDOSO, M. I; MORAES, M. A. M; PEREIRA, J. G. Práticas de autocuidado desenvolvidas por diabéticos tipo 2 em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 2, n. 1, p. 277-290. 2011.
- CHEN, L.; MAGLIANO, D.J.; ZIMMET, P.Z. The world wide epidemiology of type 2 diabetes mellitus present and future perspectives. **Nature Reviews Endocrinology**, v. 8, n. 4, p. 228-236, 2011.
- COMPEÁN ORTIZ, Lidia Guadalupe et al. Conduas de autocuidado e indicadores de saúde em adultos com diabetes tipo 2. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 4, 2010.

COSTA, Jorge de Assis et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2011.

CRUZ, R. S.; LEITÃO, C. E.; FERREIRA, P. L. Determinantes do estado de saúde dos diabéticos. **Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo**, v. 11, n. 2, p. 188-196, 2016.

DOMÍNGUEZ, A.; RAMIREZ, N. C. Educação participativa contra a educação tradicional. **Revista Medica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social**, v. 46, n. 6, p. 685-690, 2008.

DOS SANTOS GOMIDES, Danielle et al. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 289-93, 2013.

DUARTE, N.; GONÇALVES, A. Pé diabético. **Angiologia e Cirurgia Vascul**, v. 7, n. 2, p. 65-79 2011.

FISHER, Lawrence et al. The impact of structured blood glucose testing on attitudes toward self-management among poorly controlled, insulin-naïve patients with type 2 diabetes. **Diabetes research and clinical practice**, v. 96, n. 2, p. 149-155, 2012.

FRANZ, Marion J. et al. Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. **Diabetes Care**, v. 26, n. SUPPL. 1, 2003.

FUNNELL, M.; et al. Padrões Nacionais para Diabetes AutoGestão educacional. **Diabetes Care**, v. 35, n. 1, p. S101 - S108, 2012.

FUNNELL, M.; et al. Normas nacionais para a educação em diabetes autogestão. **Diabetes Care**, v. 31, p. 97-104, 2008. Disponível em: <<http://bit.ly/1NGLarG>>. Acesso em: 20 de maio de 2015.

GALLANT, M. The influence of social support on chronic illness self_management: A review and directions for research. **Health Education & Behavior**, v. 30, p. 170, 2003.

GOPICHANDRAN, V. et al. Diabetes self-care activities: a community-based survey in urban southern India. **The National Medical Journal of India**, v. 25, n.1, p.1-14, 2012.

HU, F.B. et al. Physical activity and television watching in relation to risk for type 2 diabetes mellitus in men. **Archives of internal medicine**. 2001.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, IBGE, 2014.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF diabetes atlas**. Brussels: International Diabetes Federation, 2013.

IDF. International Diabetes Federation. **Access to Quality Medicines and Medical Devices for Diabetes Care in Europe**. 2013.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Global guideline for type 2 diabetes**, 2012. Disponível em: <<http://www.idf.org/sites/default/files/>>. Consultado em: 2 de Setembro de 2017.

INZUCCHI, S. E. et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). **Diabetes Care**. v. 35, n. 6, p. 1364-79. 2012.

JOINT, F. A. O. et al. **Human energy requirements**. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation, Rome, 17-24 October 2001. 2004.

JURASCHEK, S.P. et al. cardiorespiratory fitness and incident diabetes: the FIT (Henry Ford Exercise Testing) Project. **Diabetes Care**, v. 38, n. 6, p. 1075-81. 2015.

KOHNER, E.M. Microvascular disease: what does the UKPDS tell us about diabetic retinopathy? **Diabetic Medicine**, v. 25, n. 2, p. 20-4, 2008.

LEAN, M. E. J. The implementation of nutritional advice for people with diabetes. **Diabetic medicine**, v. 20, n. 10, p. 783-785, 2003.

LEE, D.C. et al. Associations of cardiorespiratory fitness and obesity with risks of impaired fasting glucose and type 2 diabetes in men. **Diabetes Care**, v. 32, n. 2, p. 257-62. 2009.

LEONE, S. et al. Epidemiology of diabetic foot. **Le Infezioni in Medicina**, v. 20, p. 8-13, 2012.

LÓPEZ, M. Z. et al. A continuidade dos cuidados de adesão à pessoa com diabetes tipo 2. **Enferm Univ**, v. 13, n. 2, p. 130-137, 2016.

LORIG, K.R.; HOLMAN, H.R. Autogestão: História, definição, resultados e Mecanismos. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 26, n. 1, p. 1- 7, 2003.

LOTTEMBEREG, A. M. P. Características da dieta nas diferentes fases da evolução do diabetes mellitus tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 52, p. 250-9, 2008.

LUNDBERG, P.; THRAKUL, S. Diabetes type 2 self- management among Thai Muslim women. **Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness**, v. 3, n. 1, p. 52-60, 2011.

MENDES, Z. et al. Autovigilância da doença e qualidade de vida dos doentes diabéticos: estudo observacional em farmácias comunitárias. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 11-19, 2016.

MICHELS, Murilo José et al. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia** v. 54, n. 7, p. 644-51, 2010.

MILECH, Adolfo et al. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes (2015-2016). **AC Farmacêutica**, São Paulo, 2016.

NEWMAN, S.; STEED, L.; MULLIGAN, K. Self_management interventions for chronic illness. *Lancet.*, 364 (2004), pp. 1523-1537. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume 33, Issue 2, July–December 2015, Pages 246-255.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, actividade física e saúde**. 2003.

PEÑARRIETA I. et al. Automanejo em pessoas com diabetes mellitus e hipertensão no primeiro nível de cuidados. **Revista de pesquisa da Universidade Norbert Wiener** (Lima), v. 3, p. 53-62, 2014.

PÉRES, Denise Siqueira et al. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 6, p. 1105-1112, 2007.

PICHARDO-HERNÁNDEZ, José Humberto; ELIZALDI-LOZANO, Norberto Enrique. Alcances de una estrategia educativa en pacientes diabéticos de una unidad de medicina familiar. **Atención Familiar**, v. 22, n. 4, p. 108-110, 2015.

PIMAZONI, et al. Automonitoramento glicêmico e monitoramento contínuo da glicose. Posicionamento Oficial SBD. **Revista Brasileira de Medicina**, n. 1, (suppl 1). 2006.

RACGP. Royal Australian College of General Practitioners. **General Practice Management of Type 2 Diabetes**: 2014-15. Australia, 2014.

RYDEN, L. et al. ESC guidelines on diabetes, pre- diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. **European Heart Journal**, v. 34, n. 39, p. 3035-3087, 2013.

RYDEN, L. et al. ESC guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. **Diabetes & Vascular Disease Research**, v. 11, n. 3, p. 133-73, 2014.

SANTOS, E. C. B. et al. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 397-406, 2005.

SANTOS, I. et al. Prevalência e fatores associados a amputações por pé diabético. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 3007-14. 2013.

SANTOS, R. D. et al. I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 100, n. 1, p. 1-40, 2013.

SCHWINGSHACKL, L. et al. Adherence to a Mediterranean diet and risk of diabetes: A systematic review and meta-analysis. **Public health nutrition**, p. 18, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atualização brasileira sobre diabetes**. Rio de Janeiro, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atualização brasileira sobre diabetes**. Rio de

Janeiro, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Departamento de Nutrição. **Manual Oficial de Contagem de Carboidratos Regional**. Rio de Janeiro, 2009.

TOOBERT, D.J.; HAMPSON, S.E.; GLASGOW, R.E. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. **Diabetes Care**, v. 23, n.7, p. 943-50, 2000.

TORRES, Heloísa C.; PEREIRA, Flávia Rodrigues Lobo; ALEXANDRE, Luciana Rodrigues. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1077-1082, 2011.

TURCATTO GIMENES FARIA, Heloisa et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 3, 2013.

UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY (UKPDS) GROUP et al. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). **The lancet**, v. 352, n. 9131, p. 837-853, 1998.

WHO. **World Health Organization**; Geneva, 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>>. Acesso em 02 de Novembro de 2017.

WHO. **World Health Organization**; Geneva, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/>. Acesso em 02 de Setembro de 2014.

WHO. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy: A world health organization Guideline. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 103, n. 3, p. 341- 363, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation**. World Health Organization, 2003.

ZANETTI, Maria Lúcia et al. Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo Staged Diabetes Management: relato de experiência. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 19, n. 4, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário sobre os dados sociais do paciente, relação entre alimentação e DM e incentivo para cumprir o tratamento.

ANÁLISE DA ADESÃO AO AUTOCUIDADO EM
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS PERTENCENTES A
UMA UBS DO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB.

DADOS PESSOAIS:

NOME DO PARTICIPANTE: _____

SEXO: (1) MASCULINO (2) FEMININO

IDADE: _____

ESTADO CIVIL: (1) SOLTEIRO (A) (2) CASADO (A) (3) VIÚVO (A)

PROFISSÃO: _____

ESCOLARIDADE: (1) ALFABETIZADO (2) NÃO ALFABETIZADO (3) ENS. FUNDAMENTAL

INCOMPLETO (4) ENS. FUNDAMENTAL COMPLETO (5) ENSINO MÉDIO (6) ENSINO SUPERIOR

NÚMERO DE PESSOAS COM QUEM MORA: (1) SOZINHO (2) DUAS PESSOAS (3) TRÊS OU MAIS DE PESSOAS

HÁ QUANTO TEMPO É PORTADOR(A) DE DIEBETES MELLITUS? (1) MENOS DE UM ANO (2) MAIS DE UM ANO (3) MAIS DE 5 ANOS (4) MAIS DE 10 ANOS

MOTIVAÇÃO PARA CUMPRIR O TRATAMENTO:

SENTE DIFICULDADE EM CUMPRIR DIARIAMENTE O TRATAMENTO? (0) (1) (2) (3) (4) (5)

SENTE-SE MOTIVADO PELA FAMÍLIA E AMIGOS A CUMPRIR O TRATAMENTO? (0) (1) (2) (3) (4) (5)

SENTE-SE MOTIVADO PELA EQUIPE DE SAÚDE A CUMPRIR O TRATAMENTO? (0) (1) (2) (3) (4) (5)

GOSTARIA DE COMPREENDER MELHOR A DOENÇA? (0) (1) (2) (3) (4) (5)

LEGENDA: (0) NÃO (1) MUITO POUCO (2) UM POUCO (3) MAIS OU MENOS (4) SIM, MUITO

RELAÇÃO ENTRE ALIMENTAÇÃO E DOENÇA:

SENTE DÚVIDAS A RESPEITO DO QUE SE ALIMENTAR PARA CONTROLAR A DOENÇA?

(0) (1) (2) (3) (4)

ACHA SUA ALIMENTAÇÃO RESTRITIVA? **(0) (1) (2) (3) (4)**

VOCÊ GOSTA DOS ALIMENTOS QUE INGERE DIARIAMENTE? **(0) (1) (2) (3) (4)**

DESDE QUE DESCOBRIU A DOENÇA SENTE QUE SUA ALIMENTAÇÃO MUDOU? **(0) (1) (2) (3) (4)**

JÁ PROCUROU ORIENTAÇÃO SOBRE COMO SE ALIMENTAR COM PROFISISONAIS CAPACITADOS?

(1) SIM (2) NÃO

REALIZA MAIS OU MENOS REFEIÇÕES DIÁRIAS DESDE QUE DESCOBRIU A DOENÇA?

(1) MAIS REFEIÇÕES (2) MENOS REFEIÇÕES

VOCÊ ACHA QUE A ALIMENTAÇÃO É RELEVANTE PARA O TRATAMENTO DA DIABETES?

(0) (1) (2) (3) (4)

LEGENDA: (0) NÃO (1) MUITO POUCO (2) UM POUCO (3) MAIS OU MENOS (4) SIM, MUITO

APÊNDICE B – Questionário de Atividades de Autocuidado para Diabetes

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO PARA DIABETES – QAD

1. ALIMENTAÇÃO GERAL

1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta saudável? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

1.2 Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu a orientação alimentar, dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

2. ATIVIDADE FÍSICA

2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos totais de atividade contínua, inclusive andar? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

3. MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA

3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

4. CUIDADOS COM OS PÉS

4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los?
(0) (1) (2) (3) (4) (5)

5. MEDICAÇÃO

5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos do diabetes, conforme foi recomendado? OU (se insulina e comprimidos): (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou suas injeções de insulina, conforme foi recomendado?
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a) da pesquisa, intitulada:

“Análise da Adesão ao Autocuidado em Portadores de Diabetes Mellitus, pertencentes a uma UBS do município de Cuité-PB”.

A pesquisa será desenvolvida na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité – PB, pela aluna do curso de Nutrição Luma de Sousa Silva, sob a orientação da professora Camila Carolina de Menezes Santos Bertozzo .

Informamos, que você poderá abandonar, a qualquer momento, a pesquisa caso não se sinta satisfeito.

A pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Ciente do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Cuité-PB, ___/___/___

Contato com a Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a Pesquisadora:

Professora Dr^a Camila Carolina de Menezes Santos Bertozzo.

Telefone: (83) 9 9600-1864.

CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545.2

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do Entrevistado