

# CONHECIMENTO DOS DIABÉTICOS A RESPEITO DA DOENÇA E DA REALIZAÇÃO DO AUTOCUIDADO

Knowledge of the diabetic patients concerning the disease and their self-care

CEOLIN, J.  
DE BIASI, L. S.

Recebimento: 21/02/2011 - Aceite: 28/04/2011

**RESUMO:** Esta pesquisa, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, teve como objetivo verificar o conhecimento dos diabéticos a respeito da doença, das formas de tratamento e complicações, bem como identificar o conhecimento dos mesmos em relação ao autocuidado, investigando suas ações para o controle glicêmico com relação à alimentação e à atividade física. Foi avaliada também a ingestão de medicamentos, quanto ao tipo, tempo de uso e regularidade da mesma. A coleta de dados foi através de entrevista semiestruturada. A análise de conteúdo revelou que nem todos os portadores de diabetes estão corretamente orientados sobre a doença, seus cuidados e possíveis complicações, sendo as várias restrições alimentares impostas pela doença, o custo elevado dos alimentos dietéticos, bem como a ausência de controle alimentar anterior à doença, são os principais motivos para a não-realização do autocuidado. Também ficou evidenciado que a sobrecarga de trabalho e a comodidade dos meios de transporte atuais favorecem a não adesão à atividade física. Acredita-se que existe a necessidade de uma maior persistência dos profissionais da saúde no incentivo à adoção de hábitos de vida saudáveis, seja junto aos portadores de diabetes, para prevenir suas complicações, ou junto ao restante da população, para prevenir o surgimento da doença.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Diabetes mellitus. Autocuidado.

**ABSTRACT:** This study of qualitative approach and descriptive character aimed to evaluate the knowledge of diabetic patients about the disease, forms of treatment and complications, as well as to identify their awareness related to their self-care by investigating their actions concerning their blood glucose control related to their nutrition and physical activity. The ingestion

of medication was also evaluated as to the type, time of use and regularity of ingestion. The data collection was made through a semi-structured interview. The analysis of its content showed that not all diabetic patients are properly informed about the disease, their care and possible complications. The main reasons for not performing their self-care are due to various dietary restrictions imposed by the disease, the high cost of dietetic food as well as the lack of nutrition control before the disease. It has also been evident that the overload of work and the convenience of transportation today, favor the non-adherence to physical activity. We believe that there is the need for a greater persistence of the health professionals in fostering healthy lifestyles, whether in diabetic patients to prevent complications or in the rest of the population to prevent the emergence of the disease.

**Keywords:** Nursing. Diabetes mellitus. Self-care.

## Introdução

As doenças crônico-degenerativas podem acometer a população em qualquer faixa etária e por motivos diversos, porém é sabido que alguns fatores relacionados ao estilo de vida, juntamente com a hereditariedade e a idade maior de 40 anos, levam as pessoas a um maior risco de desenvolvimento destas doenças. Estes agravos têm por características a irreversibilidade e o constante agravamento que, diariamente, vão direcionando o indivíduo à incapacitação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Ainda de acordo com esta Sociedade, dentre essas doenças, destaca-se o Diabetes Mellitus (DM), síndrome decorrente da ausência de insulina e/ou da incapacidade de esta exercer adequadamente as suas funções no organismo, sendo caracterizada como um aumento da glicemia plasmática que pode desencadear graves complicações a curto e a longo prazo.

No princípio da doença, os maiores riscos estão relacionados à hiper ou hipoglicemia já no decorrer dos anos; além destes, acrescentam-se os riscos de disfunção e falência

de vários órgãos, especialmente, rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Segundo o Ministério da Saúde, o DM já é considerado uma epidemia mundial, tornando-se um desafio para os sistemas de saúde do Planeta. Além disso, o Ministério da Saúde informa que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 177 milhões de portadores da doença no ano de 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões no ano de 2025. (BRASIL, 2006).

Com vistas ao significativo aumento no número de casos desta doença, principalmente do DM tipo dois e à gravidade das complicações decorrentes da mesma, observamos a importância de nos aprofundarmos no assunto, já que a atuação do profissional de Enfermagem na prevenção desta doença e/ou na prevenção das suas complicações pode contribuir para uma maior aceitação do paciente na realização do tratamento que, por sua vez, está voltado a ações de autocuidado.

Neste estudo, trabalhamos com portadores de DM tipo dois e tivemos como objetivos: verificar o conhecimento dos pacientes diabéticos a respeito da doença, das formas de tratamento e complicações; identificar os cuidados que o cliente tem para com o controle da glicemia, quanto à alimentação e à ativi-

dade física; verificar, junto aos participantes, o uso de medicamentos quanto ao tipo, tempo de uso e regularidade da mesma; investigar o conhecimento dos pacientes acerca das complicações do Diabetes Mellitus e formas de prevenção e conhecer as formas de autocuidado realizadas pelos pacientes.

## Metodologia

A pesquisa caracteriza-se como descritiva, de abordagem qualitativa, ao relatar o cotidiano dos portadores de DM, no que tange ao seu conhecimento a respeito da doença, das formas de tratamento, complicações e realização do autocuidado.

O estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Campus de Erechim, registrado sob o nº **053/TCH/09**.

A coleta de dados foi realizada, inicialmente, com 13 pacientes que, no período de 15 a 30 de novembro de 2009, estiveram hospitalizados no Hospital de Caridade de Erechim RS e que, ao serem identificados como diabéticos pela pesquisadora, através de análise nos prontuários dos mesmos, foram abordados, convidados e esclarecidos pela mesma sobre a pesquisa.

Respeitando o que preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), referente às pesquisas que envolvem seres humanos, todos foram orientados quanto aos objetivos e metodologia do estudo e, após, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual garante o anonimato dos mesmos, sendo estes identificados por “paciente 1”, “paciente 2”, e assim, sucessivamente.

O critério de exclusão para a participação na pesquisa foi a incapacidade cognitiva do paciente em responder às questões propostas.

Dessa forma, um participante foi excluído, pois apresentou momentos de confusão mental durante a entrevista, sendo, portanto, considerados aptos para o estudo, 12 sujeitos.

Os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada, a qual continha questionamentos que envolviam aspectos socioeconômicos e culturais, bem como questões relacionadas aos hábitos de vida e aos conhecimentos que os entrevistados tinham a respeito da doença. Foi aplicada pela pesquisadora no hospital durante o período de hospitalização dos mesmos. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra, a fim de facilitar a análise dos dados. As fitas serão guardadas pela pesquisadora por um período de cinco anos e, após, serão destruídas.

## Resultados e Discussão

### Perfil dos Sujeitos da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido com 12 pacientes, sendo quatro do sexo feminino e oito do sexo masculino. Com relação à idade, esta variou entre 46 e 73 anos, obtendo-se uma média de 57,08 anos. Quanto ao nível de escolaridade, o mesmo variou entre o segundo ano primário, atual ensino fundamental e o segundo grau completo. Dois participantes cursaram apenas o segundo ano primário, dois, o quarto ano primário, um o quinto ano primário, três concluíram a oitava série e quatro participantes concluíram o segundo grau, atual ensino médio.

A renda média dos participantes ficou em R\$ 1.305,00. Salientamos que o perfil socioeconômico-cultural dos entrevistados foi questionado em virtude de acreditarmos que este possa influenciar no estilo de vida do portador de diabetes, bem como contribuir ou dificultar no processo de entendimento da doença crônico-degenerativa e a realização de seu autocuidado.

Em relação ao tempo que eram portadores da doença houve uma variação de 30 dias a mais de 30 anos, formando uma média de 13,25 anos. A média de idade dos entrevistados foi de 57,08 anos. Pode-se concluir que o surgimento da doença ocorreu aproximadamente aos 44 a 55 anos. Smeltzer e Bare (2005b) afirmam que o Diabetes Mellitus ocorre normalmente após os 30 anos de idade, embora, atualmente, a incidência em adultos mais jovens esteja aumentando.

### O conhecimento dos pacientes diabéticos a respeito da doença

Quando os sujeitos foram questionados se já conheciam alguém com a doença, nove dos doze entrevistados afirmaram que sim, já tinham algum conhecido portador de diabetes no momento do diagnóstico, sendo que seis tinham familiares com a doença. Atualmente, 11 dos 12 pacientes possuem conhecidos portadores de diabetes. Esse panorama comprova o que dizem Cotta et al. (2007), ao afirmarem que o DM do tipo dois tem alcançado índices alarmantes de portadores, chegando a ser considerado uma epidemia mundial pela OMS, a qual estima alcançar 350 milhões de pessoas em 2025, sendo que este aumento acontecerá de forma mais acentuada nos países em desenvolvimento.

Considerando os fatores hereditários, as informações acima reforçam o que dizem Teixeira e Machado (2001), ou seja, que o diabetes deve ser investigado naqueles que possuem algum sintoma da doença, bem como naqueles que fazem parte de grupos de risco, dentre os quais se destacam os que possuem história familiar, como podemos evidenciar nas falas dos sujeitos:

[...] a família toda é diabética, da parte do meu pai todos, os irmãos dele o pai dele, meu avô, as minhas irmãs mais velhas, todos [...] E eu tenho um filho que é diabético também. (Paciente 1)

O relato nos mostra a marcante característica hereditária desta família e nos faz refletir sobre a importância dos profissionais da área da saúde, especialmente, o enfermeiro, que mantém um contato mais próximo com o paciente ao salientar as orientações relacionadas ao estilo de vida saudável, baseada em alimentação balanceada, prática de exercícios físicos e a necessidade da realização de exames periódicos nos familiares dos portadores de DM, a fim de detectar precocemente a doença, prevenindo suas complicações.

Quanto à fisiopatologia do diabetes, observamos que os pacientes têm um certo conhecimento, ainda que superficial, a respeito da doença, como segue:

[...] é a paralisação do funcionamento do pâncreas aí ele não produz mais a insulina, [...] tem que controlar a glicemia. (Paciente 1)

O diabetes seria o pâncreas que não fornece insulina né, falta de insulina no corpo, no organismo. (Paciente 11)

O Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) afirma que o DM é considerado um grupo de doenças metabólicas, cuja ocorrência se dá em virtude de uma diminuição da produção de insulina e/ou deficiência na ação desta no organismo.

[...] Não sei se é hereditário por a família ter e coisa, mas eu acho que ela não se desenvolve por causa da alimentação do doce ou da gordura ou da fritura e coisa, por que eu não tenho nada a ver de doce e coisa e de repente desenvolvi a doença. (Paciente 10)

Segundo Escott-Stump (2007), a obesidade predispõe a resistência à insulina, principalmente se está presente no indivíduo por um período maior de 10 anos. Sendo assim, a dieta desequilibrada poderá favorecer o sobrepeso e/ou obesidade e, com isso, propiciar o desenvolvimento do DM.

## Conhecimento dos pacientes acerca das complicações, formas de prevenção e autocuidado realizados pelos mesmos

Com relação às complicações que o DM pode trazer, 10 dos 12 entrevistados citaram a perda da visão, ou seja, a retinopatia diabética, doença que acomete grande parte dos portadores desta doença, sendo considerada pelo Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) como a principal causa de cegueira em pessoas com idade produtiva, encontrada em mais de 60% dos portadores de diabetes com mais de 20 anos da doença. A preocupação com essa complicação é ressaltada pelos entrevistados:

Eu já uso óculos, [...] até quando o óculos vai ser a solução pra poder dirigir, pra poder sair? Cada ano eu troco né, a lente aumenta e agora com o diabetes com certeza mais difícil ainda né.

Eu faço laser nos olhos, os meus olhos são assim por baixo, [...] tudo furadinho. (Paciente 13)

A retinopatia diabética pode ser evitada através do controle glicêmico, porém se esta complicação acontecer e for diagnosticada na sua fase inicial, ou seja, quando as lesões irreversíveis da retina ainda não estiverem presentes, ainda existe a possibilidade de tratamento, prevenindo a perda da visão. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Já a nefropatia diabética foi lembrada por apenas cinco dos 12 pacientes entrevistados, e não é uma complicação de menor importância, pois a Sociedade Brasileira de Diabetes (2007) aponta-a como a principal causa de ingresso de pessoas nos serviços de hemodiálise nos países desenvolvidos.

É, a diabetes, vou te contar uma coisa, ela bota todas as proteínas fora pelos rins

ela é que termina, os meus rins, os dois estão com 10%, já vou ter que partir pra hemodiálise. (Paciente 7)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) afirma que, cinco anos após o início do DM já é possível perceber algum comprometimento renal, através da avaliação da presença de albumina na urina. A presença da albuminúria, neste momento chamada de microalbuminúria, indica alerta para uma possível síndrome nefrótica e consequente insuficiência renal, na qual se encontra a macroalbuminúria e a proteinúria.

A neuropatia diabética é considerada por Smeltzer e Bare (2005b), como um grupo de doenças que comprometem todos os tipos de nervos, sejam eles do Sistema Nervoso Central ou do Sistema Nervoso Periférico. Os comprometimentos podem ser bastante diversificados, dependendo da localização das células nervosas afetadas.

Seis dos doze entrevistados lembraram da neuropatia diabética através das lesões de difícil cicatrização, como segue:

A diabetes é uma coisa que você não pode ter nada. [...] Você pode perder um pé por causa de uma ferida, de um machucado na unha, qualquer risquinho que tiver tem que tá em cima, [...] eu esfolei o pé, faz uma semana e só mexeu no coro e eu tô com esse curativo todo, tô me cuidando isso é um perigo. (Paciente 7)

As lesões de pé chamadas de pé diabético estão inclusas nas neuropatias, devido ao fato de estarem predispostas naqueles que possuem diminuição da sensibilidade à dor, à temperatura e ao toque. As características mais presentes deste tipo de complicação são a perda da sensibilidade ao usar bota e luva, bem como queixas de formigamento e alternância entre resfriamento e calorões nos pés e pernas. (CZEPIELEWSKI, 2008).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2007) aponta o pé diabético como uma das mais

mutilantes complicações crônicas do diabetes, diante do impacto social e econômico que este comprometimento gera em todo o mundo e estima que 15% dos portadores de diabetes desenvolverão lesões de pé durante sua vida, embora avaliando a população atual observem uma incidência de 25%.

Outra entrevistada aborda o fato das dificuldades alimentares:

Na alimentação né, [...] por exemplo gordura, comida muito forte tu já não pode comer que ele já te dá dor de estômago ou ele já te ataca o fígado, ele já te provoca azia ou alguma coisa. (Paciente 10)

Escott-Stump (2007) afirma que a alteração citada pela paciente é conhecida como gastroparesia diabética, sendo este distúrbio responsável pelo retardo ou prolongamento do esvaziamento gástrico. Este distúrbio acontece em aproximadamente 50% dos portadores de diabetes e decorre de lesões nos nervos gastrointestinais. Os sinais e sintomas de maior ocorrência nos casos de gastroparesia diabética são azia, dores abdominais, vômito, saciedade prematura, perda de peso, eructação, estufamento, refluxo gastroesofágico e constipação.

Outra complicação lembrada por alguns dos entrevistados foi a disfunção sexual, pois “até a masculinidade pode ser afetada”. (Paciente 8). Sobre este aspecto, Marzano (2006) diz que os portadores de DM possuem três principais fatores de risco para a disfunção erétil: a neuropatia, que compromete os nervos penianos, dificultando sua percepção dos estímulos nervosos; a aterosclerose, comprometimento que é agravado pelo DM e que desencadeia um estreitamento vascular com consequente diminuição do fluxo sanguíneo, aumentando a dificuldade de ereção; diminuição do Óxido Nítrico, neurotransmissor produzido pelo organismo que, além de ser um vasodilatador, é o neurotransmissor primário da ereção. A hiperglicemia impede a

produção de Óxido Nítrico, consequentemente, os diabéticos descompensados têm maior chance de desenvolver a disfunção erétil.

Cabe ressaltar, porém, que esta complicação pode ocorrer também no sexo feminino, de forma que a lubrificação vaginal fica diminuída, ocorre a redução da libido e a ausência de orgasmo. No entanto, a descrição de complicações a nível sexual feminino é pouco documentada. (SMELTZER ; BARE, 2005b).

Observamos que, da mesma forma que existe pouca documentação sobre a disfunção sexual feminina, também é pouco conhecida ou pouco abordada, pois não foi citada por nenhuma das entrevistadas.

As cardiopatias também foram citadas por seis dos 12 entrevistados e, segundo Czepielewski (2008), os comprometimentos cardíacos podem ser variados, de modo que muitas vezes não apresentam qualquer sintoma. A doença cardíaca no portador de DM pode envolver e comprometer o funcionamento das coronárias, o músculo cardíaco e o sistema de condução dos estímulos elétricos do coração, sendo os principais agravos o infarto do miocárdio, a insuficiência cardíaca e as arritmias.

A hipertensão que, muitas vezes, está associada às cardiopatias, é outro agravante lembrado por três dos 12 entrevistados. O aumento da pressão arterial sistêmica e o diabetes estão, muitas vezes, interrelacionados, tendo em vista a etiopatogenia dessas doenças. A resistência insulínica, a resistência vascular periférica e a disfunção endotelial estão presentes em ambas (BRASIL, 2002).

A hipertensão é duas vezes mais comum em portadores de DM e consideravelmente mais grave, bem como no momento do diagnóstico de diabetes, 40% dos pacientes já possuem hipertensão. Com isso, observa-se a associação das duas doenças e destacam-se fatores em comum como, por exemplo, a obesidade e a resistência à insulina levam

à hipertensão e esta, por sua vez, agrava a intolerância à glicose (HIPERTENSÃO E DIABETES, 2008). Podemos verificar, então, que a associação feita pelos pacientes está correta. A existência do diabetes predispõe o surgimento da hipertensão, embora o inverso também seja correto.

A trombose é outra complicação citada por um dos entrevistados e, quanto a ela, cabe ressaltar que não é uma complicação direta, e sim, decorrente do comprometimento vascular causado pelo diabetes.

O diabetes, por meio das complicações microvasculares, desencadeia um espessamento da membrana basal dos capilares, área esta que circunda as células endoteliais dos mesmos. Este fato ocorre devido a uma irritação desenvolvida pela glicose que, retida no sangue, transforma-se em sorbitol, um álcool extremamente irritante às terminações nervosas. Este endurecimento vascular é chamado de arteriosclerose. Juntamente a esse fato, existe a predisposição que o diabético tem para a aterosclerose, acúmulo de lipídios, cálcio e componentes sanguíneos nas paredes íntimas dos vasos, desencadeando a diminuição da luz dos mesmos. Em conjunto, estes dois fatores predispõem o surgimento da trombose. (MARTINS, 2000), (SMELTZER; BARE, 2005a).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) também foi trazido por uma paciente como complicações do diabetes:

derrame né, derrame também que é o mais complicado que pode ter é o derrame né, que as vez a pessoa fica alí em cima da cama [...] (Paciente 13)

Esse tipo de comprometimento é encontrado na literatura como doença cerebrovascular. O Ministério da Saúde traz a ocorrência dessas doenças em 4,8% dos pacientes diabéticos com idade entre 45 e 64 anos e em 12,7% naqueles com idade entre 65 e 74 anos (BRASIL, 2002).

Smeltzer e Bare (2005b) explicam que os vasos sanguíneos cerebrais são afetados pela aterosclerose acelerada. Com isso, existe a facilidade de oclusão destes vasos, desencadeando crises isquêmicas transitórias e AVCs irreversíveis. Além desses fatores, o processo de recuperação do paciente, vítima de AVC, fica consideravelmente comprometido, caso ele possua níveis glicêmicos alterados.

Outra complicação lembrada por uma entrevistada foi a osteomielite:

A [...] osteomielite né, começa cortar um pedaço e outro, [...] eu tenho na família [...] ele veio faz uns oito, nove anos, o meu pai né, pra ser amputado um pé, [...] ele ficou em cadeiras de rodas por uns seis meses. Aí melhorou, agora não teve volta faz um ano que ele ficou internado aqui para amputar o dedão do pé, daí não precisou, foi tirado todo o osso, [...] depois, o outro o segundo e ontem ele veio para retirar o terceiro, não o dedo mas o osso, a segunda junta do terceiro dedo, porque, deu osteomielite. (Paciente 1)

A osteomielite é um comprometimento ósseo sem relação direta com o DM, porém, se investigarmos a sua origem, podemos perceber que o portador de diabetes tem chances aumentadas de desenvolver a doença. Essa doença pode ser desencadeada por infecções bacterianas, virais ou fúngicas, que são levadas até o osso pela circulação sanguínea ou acendem diretamente do exterior, através de fratura exposta ou ferida penetrante. (OSTEOMIELITE, 2008)

Em virtude da grande ocorrência de feridas de difícil cicatrização no portador de DM, pode existir uma maior probabilidade de ocorrência de osteomielite nos pacientes.

### Os cuidados necessários à prevenção das complicações

Quando questionados sobre os cuidados que deveriam ser realizados para que pudes-

sem viver melhor com a doença, prevenindo as complicações citadas, os entrevistados destacaram o controle alimentar, a atividade física, a adequada ingestão medicamentosa, o não uso de álcool e fumo, a adequada higiene corporal e bucal e o cuidado no corte das unhas para prevenção de lesões.

A dieta diferenciada foi citada como cuidado necessário para o controle do DM por todos os entrevistados, embora alguns não sabiam com clareza quais os alimentos que deveriam ser evitados ou, se sabiam, por algum motivo, não realizavam este cuidado.

Escott-Stump (2007) afirma que a terapia nutricional resulta em melhoras significativas no quadro clínico do portador de diabetes, sendo essencial para um tratamento bem-sucedido. Porém, esta tem sido a tarefa mais desafiadora no tratamento da doença, já que manter diariamente a dieta exige persistência dos profissionais e dedicação do paciente.

Podemos perceber que, muitas vezes, o diabético possui uma adequada orientação nutricional, entretanto, em virtude de diferentes motivos, tem dificuldades para implementar de fato a dietoterapia:

[...] de manhã eu levanto cedo e venho pra escola daí a gente toma um pouquinho de chimarrão. Depois eu só como uma fruta, [...] Ali pelas 10 horas, a gente faz um lanche junto com a merenda dos alunos, daí é o que tem de merenda, [...] aí eu procuro controlar a quantidade. Nas sexta feira sempre é bolo, daí eu evito e nunca mais eu tomei sucos, coisas adoçadas com açúcar, nunca mais, prefiro a fruta daí, [...] No almoço que pra mim ainda tá sendo mais difícil, [...] é bastante chato tu dizer que não quero isso não quero aquilo até por que a escola fornece a alimentação e daí é normal tem dias que tem massa e tem arroz também, daí como eu sei que eu não devo, evito ou um ou outro sempre opto por um tipo só de amido. De noite não, de noite é uma

saladinha, uma coisa assim mais light. Um pão preto [...] e um copo de leite. (Paciente 1).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a alimentação diária deve seguir os princípios de uma alimentação saudável, contendo de 50 a 60% de carboidratos, porém em virtude de desses alimentos serem compostos de açúcares e amidos, os pacientes devem ser encorajados a comê-los nas formas ricas em fibras, como frutas, verduras, legumes, feijões e cereais integrais. As gorduras não devem exceder a 30% da alimentação diária do paciente, os açúcares evitados e os adoçantes devem ser aconselhados, porém sem excessos.

O Ministério da Saúde ainda afirma que

alimentos light são de valor calórico reduzido em relação aos alimentos convencionais. Os refrigerantes e as gelatinas dietéticas têm valor calórico próximo de zero e podem ser consumidos. Por outro lado, chocolate, sorvete, alimentos com glúten (pão, macarrão, biscoitos), mesmo quando diet, são calóricos e seu uso não deve ser encorajado. (BRASIL, 2006, p. 23)

Em relação aos cuidados com a alimentação, o Paciente 1 afirma:

[...] faz uns cinco anos já que comecei a dar alterado né, daí eu já comecei a me cuidar até fui no médico, [...] daí eu emagreci, me cuidei na alimentação e voltou ao normal, só que agora não deu, é a idade um pouco né, completa 50 anos e daí[...] (Paciente 1)

Através desse relato, podemos perceber que é possível controlar o DM sem a dependência medicamentosa, mas para isso é necessária uma adequada orientação e acompanhamento profissional e um grande interesse do paciente em manter uma melhor qualidade de vida.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2007), o plano alimentar para o diabético deve ser individualizado e com o valor calórico compatível à manutenção do peso desejável. O estabelecimento de dieta, juntamente com a realização de atividade física, são considerados terapia de primeira escolha para o portador de DM, estando comprovado que essa associação promove uma melhora na sensibilidade à insulina, provocando uma melhora nos níveis sanguíneos da glicose, bem como redução da circunferência abdominal e da gordura visceral, melhorando todo o metabolismo do organismo.

Podemos perceber, também, no relato que segue, que existe uma preocupação deste entrevistado com a doença e com uma alimentação mais saudável. Observa-se que ele ressalta, pelo menos dois profissionais de saúde como referência,

É, procuro seguir as orientações do médico, as orientações do nutricionista, procuro a [...] seguir a orientação na medicação e na dieta que é o principal. Bom, açúcar é uma coisa que já risca do cardápio né, o açúcar a fritura, a gordura, procurar comer mais assim, verduras, frutas, mais produtos integral. (Paciente10)

Martins (2000, p.131) afirma que “nenhum profissional tem o monopólio sobre o DM. Sabemos que o tratamento mais adequado, que se preocupa com a qualidade de vida do diabético, e que traz melhores resultados é multiprofissional”.

Em alguns casos, a dificuldade no controle alimentar pode estar relacionada ao fato do alimento ser preparado por uma pessoa que não possui a doença e que, por sua vez, não está totalmente orientada quanto à melhor forma de preparo do mesmo, como segue:

[...] A mulher faz tudo junto né, a comida pra todo mundo [...] eu cuido um pouco pra não comer gordura coisa gorda né, evito. (Paciente 3)

Smeltzer e Bare (2005b) afirmam que uma adequada educação do paciente e de sua família é fundamental para a adequação do mesmo no tratamento, tendo em vista a grande importância e influência que a família tem sobre este paciente. A educação isolada do paciente poderá não ter a mesma eficácia.

As condições financeiras também podem influenciar negativamente no controle da doença. Sabemos que os produtos dietéticos têm um custo mais elevado e nem todos os diabéticos conseguem adquiri-los. Nesse sentido, reforça-se a importância de um trabalho multidisciplinar, no qual cada profissional poderá auxiliar no apontamento de alternativas satisfatórias para a equalização deste problema.

É difícil né, o pobre fazer seis alimentações direito assim não é fácil. (Paciente 3).

A falta de persistência no tratamento dietoterápico costuma ser um empecilho difícil de ser combatido. Alguns entrevistados afirmam saber os cuidados que teriam que ter com relação à alimentação para controlar a doença, porém não os têm regularmente, conforme mostram os relatos:

Teria que cuidar a alimentação né, evitar assim gorduras, banha, carne de gado, carne de porco, [...] salame, queijo, o álcool o fumo evitar. Mas eu não me cuido muito, [...] Como pão com margarina, e no almoço eu costumo comer massa, arroz, molho[...] (Paciente 5).

Tu não pode sentar na mesa e comer à vontade, tem que comer várias [...] vezes ao dia. [...] mas em casa, ah eu nunca me cuidei, [...] achei que ia durar o resto da vida né, aí abandonei, fui numa nutricionista [...], só gastei. Eu paguei ela e nunca fiz. (Paciente 7).

Esse fato não é isolado. Segundo o que diz Silva (2006), aproximadamente 50% dos pacientes portadores de doenças

crônico-degenerativas não possuem melhora clínica devido à não aderência ao tratamento medicamentoso e, principalmente, por não realizarem mudanças no seu estilo de vida.

Ela age muito quieta né ela não é uma doença alarmante que a gente se apavore né, ela age devagar. Ela é silenciosa e matadera, se se cuidar, morrer de diabetes não é fácil, agora se não se cuidar vai pro saco. (Paciente 7)

Podemos perceber que o fato de o DM ser um doença crônica assintomática ou com sintomas pouco limitantes nos seus primeiros anos, faz com que o paciente não se cuide e não leve a sério as orientações dadas pelos profissionais da saúde.

Saber eu sei, mas não faço, [...] eu me cuido um pouco, minha patroa me ajuda bastante ela me da os remédio e tal, [...] mas eu não me cuido as vez se tem uma carne meia gorda aí eu, lescó le fogo nela, [...] tomo café com adoçante, tomo refrigerante bastante, refrigerante é perigoso né, me falaram, eu nem do bola, hahaha[...] (Paciente 9)

Através desse relato, percebemos que o paciente não encara a doença com a gravidade que ela possui e não segue a orientação nutricional, nem quando ela já desenvolveu algumas das suas complicações. Esse fato também vai ao encontro do que diz a literatura, em um trecho descrito por Escott-Stump (2007), em que o autor afirma que pesquisas mostraram que os norte-americanos não consideram o diabetes como uma doença muito grave, principalmente, se comparada com o câncer, a AIDS e as doenças cardíacas.

A princípio eu to fazendo dieta de açúcar, de doces que eu gostava muito né, [...] frutas eu gosto muito de frutas, então eu tenho me contido se eu como uma banana eu não chupo uma laranja é o que eu tenho feito agora para tentar estabilizar este caso. (Paciente 8)

Por meio desse relato, percebemos que as informações que este paciente tem em relação à dietoterapia estão um pouco equivocadas, tendo em vista que, após a restrição de açúcar, a restrição mais importante, na sua opinião, está nas frutas. Burgos e Campos (2001) afirmam que a ideia de que a sacarose presente nas frutas deve ser evitada é devido ao fato de que esta seria mais rapidamente digerida e absorvida, agravando assim, a hiperglicemia. Porém, nos últimos estudos realizados com a sacarose, os pesquisadores não observaram efeitos nocivos desta sobre a glicemia, enquanto outras pesquisas mostraram que os amidos possuem um índice de glicose bem maior que as frutas, o leite ou a sacarose.

Os mesmos autores ainda ressaltam que, no processo de digestão dos amidos, estes são 100% convertidos em glicose, enquanto que, no mesmo processo, a sacarose é convertida em glicose e frutose, tendo esta última um baixo nível glicêmico.

Smeltzer e Bare (2005b) fazem referência ao efeito do álcool para o diabético, depende da quantidade ingerida e da presença ou não de alimentos no estômago, considerando que o consumo de álcool está diretamente relacionado a crises de hipoglicemia, principalmente quando ingerido em jejum. Se o paciente for usuário de insulina a hipoglicemia, pode ser ainda mais grave. Além disso, a ingestão excessiva de álcool mascara os sintomas da hipoglicemia e dificulta a realização de um plano alimentar que faça a glicose se restabelecer nos níveis normais.

[...] Refri, cerveja, cachaça, vinho, tudo o que era bom que os véio tomava agora não se pode tomar por que dá diabetes. (Paciente 6).

Quanto ao número de refeições diárias, obtivemos os seguintes dados: seis dos doze entrevistados afirmaram fazer de cinco a seis refeições ao dia. Três afirmaram fazer de três a quatro refeições. E dois afirmaram fazer de

duas a três refeições diárias, embora 10 deles saibam que o ideal seria fazer seis refeições.

Quanto aos motivos pelos quais não as fazem, os pacientes relataram falta de fome entre as principais refeições, falta de tempo devido ao trabalho, falta de condições financeiras e falta de interesse. Sabe-se que a falta de fome nos intervalos das refeições pode estar relacionada a uma ingesta alimentar aumentada na refeição anterior, e este controle alimentar vem ao encontro do interesse em controlar a doença. Esse fato pode ser comprovado pelo relato da entrevistada dois, quando questionada se não comia mais nas refeições principais por não fazer lanches entre elas:

Sim, come mais, na verdade em vez de eu comer um cacetinho eu como dois.  
(Paciente 2)

Com relação à realização de alguma atividade física, somente seis dos doze entrevistados afirmaram realizar algum tipo de atividade física diária. Os outros seis entrevistados relacionaram a não realização de exercícios à falta de tempo, em virtude do trabalho, comprometimentos da saúde que os impossibilitam caminhar e falta de vontade de realizar alguma atividade.

É sabido que a realização de exercícios físicos reduz os níveis glicêmicos pelo aumento de consumo de glicose muscular, além de contribuir para o controle de peso corporal do indivíduo.

A esse respeito, Freitas (2009) afirma que o exercício físico para o diabético pode ser integrado às suas atividades diárias, como, por exemplo, usar as escadas no lugar do elevador, deixar o carro um pouco mais longe dos lugares aonde quer ir, organizar grupos de amigos para fazer passeios diários, dançar. Iniciar as atividades lentamente e aumentar gradativamente o tempo de exercício são formas de se exercitar, ao mesmo tempo em que trabalha e/ou se diverte.

## Cuidados relacionados ao uso de medicamentos

Em relação ao uso de medicamentos, 10 dos 12 entrevistados afirmaram fazer uso dos mesmos, sendo que destes, cinco usam somente antidiabéticos orais, uma usa somente insulina e quatro utilizam antidiabéticos orais e insulina associados.

Quanto ao tipo dos hipoglicemiantes orais utilizados, observamos que três deles fazem uso somente de Biguanidas, dois associam uma Biguanida e uma Sulfonilureia e outros dois usam somente uma Sulfonilureia. Outros dois entrevistados que afirmaram fazer uso de antidiabéticos orais não lembravam, no momento da entrevista, do nome dos mesmos.

Cabe ressaltar aqui que na classe das Biguanidas encontra-se a Metformina. Esse tipo de medicamento, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) e o Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem (2007-2008), tem sua ação voltada para a diminuição da resistência à insulina nos tecidos muscular e adiposo e principalmente do fígado, diminuindo, dessa forma, a produção de glicose pelo fígado. Este medicamento é indicado como de primeira escolha para o controle do diabetes naqueles cuja mudança do estilo de vida não foi suficiente para controlar a doença.

Os mesmos autores ainda trazem que as Sulfonilureias, conhecidas por Glibenclâmida, Glimpirida, Daonil, Amaril e outros, têm sua ação voltada para o aumento da produção de insulina pelas células beta pancreáticas, sendo, portanto, ineficazes para aqueles que já possuem uma deficiência secretora de insulina muito acentuada. Normalmente esses medicamentos são utilizados em associação com as Biguanidas.

O tempo de uso desses medicamentos nos entrevistados variou entre dois meses e 15 anos, sendo que todos eles afirmaram

usar as medicações regularmente, conforme orientação médica.

Os entrevistados que fazem uso de insulina associada aos medicamentos, ou uso individual foram ainda questionados sobre a forma de uso e armazenamento da mesma. Assim, observamos que um deles não usa conforme havia sido orientado, justificando-se da seguinte forma:

A insulina, [...] seria 20 UI de manhã e 20 UI de tarde, e eu faço 30 UI de manhã só e não faço de tarde, dói muito, [...] é muita fincada eu to fazendo nas coxa, [...] no umbigo forma caroço até [...], bom pensa bem é todo dia, todo dia fincando agulha, não é fácil. (Paciente 9).

Esse tipo de complicação do uso de insulina é a tumefação ou endurecimento do local e ao redor onde é aplicada a insulina, descrito na literatura como Lipodistrofia. Esse tipo de comprometimento está relacionado, segundo o Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), com o tempo de uso da insulina, a frequência na realização do rodízio dos locais de aplicação e a frequência de trocas de agulhas na autoaplicação.

Pensando nisso, podemos concluir que, quanto ao tempo de uso, não é possível intervir, todavia, quanto à realização do rodízio e da troca de agulhas, é possível orientar o paciente para que esse tipo de complicação não ocorra. Consideramos importante, neste momento, orientar não só o paciente, mas sim, algum familiar que possa estar auxiliando-o na aplicação da insulina, tendo em vista que alguns lugares de aplicação dificultam a autoadministração.

Dos cinco pacientes que afirmaram fazer uso de insulina, apenas um afirmou fazer o rodízio, sendo que este costuma usar a mesma agulha por um período aproximado de um mês, usando a insulina duas vezes por dia.

Quanto ao armazenamento da insulina, os entrevistados relatam informações em conformidade com a literatura, como segue:

Eu guardo na geladeira, [...] então deixo ela e já deixo o aparelho também tudo tampadinho tudo direitinho com as tampas dela né que vem deixo na geladeira. (Paciente 3).

A insulina na geladeira não deve atingir temperatura menor que dois graus e pode também ser conservada em temperatura ambiente, não atingindo mais que 30°C, sendo que não deve ficar exposta à luz solar, pois poderá ter seu efeito comprometido. Após aberto o frasco de insulina, este deve ser utilizado por um período máximo de 28 dias (DAMBURY HOSPITAL, 2008).

## Considerações Finais

O estilo de vida da população atual, como o sedentarismo, os hábitos inadequados de alimentação e a obesidade, juntamente a fatores hereditários, estão predispondo o surgimento do DM e suas complicações.

Por essa razão, a correta orientação ao portador da doença e a seus familiares é fundamental para o controle da mesma. Nesse sentido, observamos, na presente pesquisa, que nem todos os diabéticos estão adequadamente orientados sobre o que é a doença, seus cuidados e consequências.

Várias complicações do DM foram citadas pelos entrevistados, porém nem sempre observamos a existência de cuidados para evitá-las.

As várias restrições alimentares impostas pela doença, o custo elevado dos alimentos dietéticos, bem como a ausência de controle alimentar anterior dificulta a adesão dos diabéticos a este cuidado. Da mesma forma, a sobrecarga de trabalho e a comodidade dos

meios de transporte atuais favorecem a não adesão à atividade física.

A ausência de sintomatologia agravante no princípio da doença é um fator que faz alguns portadores não considerarem esta patologia muito grave e, por essa razão, não realizam o controle glicêmico adequado.

Acreditamos que existe a necessidade de uma maior persistência dos profissionais da saúde no incentivo à realização de hábitos de vida saudáveis, seja nos portadores de diabetes, para prevenir suas complicações ou no restante da população, para prevenir o surgimento da doença.

A enfermagem, profissão cujo diferencial está no cuidado, deve voltar sua atenção para esta clientela, tendo em vista que as grandes limitações impostas pelo tratamento diminuem a adesão a este pelos diabéticos. Assim, existe a necessidade de profissionais que realmente façam um acompanhamento destes clientes, não só para orientá-los, mas também, para incentivá-los a permanecerem realizando o autocuidado. Dessa forma, estaremos possibilitando a esta população uma melhor qualidade de vida, prevenindo e/ou postergando a ocorrência de complicações.

## AUTORES

Juliana Ceolin - Enfermeira graduada na URI-Campus de Erechim. E-mail: ceolinjuli@hotmail.com

Luciana Spinato De Biasi - Professora Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Campus de Erechim. Mestre em Enfermagem (UFRGS); Mestre em Ciências da Saúde Humana (UnC - Concórdia). E-mail: lucianadb@uricer.edu.br

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica: **Cartão de Atenção Básica n. 16: Diabetes Mellitus**. Brasília: MS, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: **Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Brasília: MS, 2002.

BURGOS, Maia Goretti P.de A; CAMPOS, Florisbela de Arruda C. e S. Aspectos Peculiares da Dieta do Diabético. In: VILAR, Lucio et al. **Endocrinologia Clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Edit., 2001. p. 525 - 533.

COTTA, Rosângela M. M. et al. **Promoção da Saúde e Diabetes: Discutindo a Adesão e a Motivação de Indivíduos Diabéticos Participantes de Programas de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2467](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2467)>. Acesso em: 6 jan. 2009.

CZEPIELEWSKI, Mauro Antonio. **Diabetes Mellitus**, [s.l.]: 01 nov. 2008. disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?127>>. Acesso em: 4 nov. 2009.

DAMBURY HOSPITAL. Insulina: Armazenamento e Manuseio Adequados. **Folha de Informação aos Pacientes do Dambury Hospital**. 2008. Disponível em: <[http://www.danburyhospital.org/Patient-and-Visitor-Information/Patient-Education/Information-Guides/~media/Files/Patient%20Education/patiented-portuguese/pdf\\_DiabetesBrazPort/InsulinStorage\\_BrazPort.aspx](http://www.danburyhospital.org/Patient-and-Visitor-Information/Patient-Education/Information-Guides/~media/Files/Patient%20Education/patiented-portuguese/pdf_DiabetesBrazPort/InsulinStorage_BrazPort.aspx)>. Acesso em: 10 jan. 2010.

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus**. Manual de Enfermagem. São Paulo, 2009.

**DICIONÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ENFERMAGEM**. 5. ed. Rio de Janeiro: EPUB, 2007-2008.

ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Nutrição Relacionada ao Diagnóstico e Tratamento**. 5.ed. São Paulo: Manole, 2007.

FREITAS, Paula. **Diabetes Mellitus tipo 2**, [s.l.]: 19 abr. 2009. Disponível em: <<http://portal.alert-online.com/?key=680B3D50093A6A032E510E2D36020C400E2A322A2E4106273B4822515A7F675D>>. Acesso em: 4 nov. 2009.

**HIPERTENSÃO E DIABETES**. [S.l.]: [2008]. Disponível em: <<http://cliquesaude.com.br/hipertensao-e-diabetes-18.html>>. Acesso em: 26 dez. 2009.

MARTINS, Denise Maria. **Exercício Físico no Controle do Diabetes Mellitus**. São Paulo: Phorte, 2000.

MARZANO, Sylvia F. **Disfunção Erétil e Diabetes Mellitus**. [s.l.]: 2006. Disponível em: <<http://www.sylviamarzano.com.br/si/site/0203>>. Acesso em: 9 jan. 2010.

**OSTEOMIELITE**. [s.l.]. 2008. Disponível em: <<http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigoEnc&id=373>>. Acesso em: 1 jan. 2010.

SILVA, Carlos Antonio Bruno. A Educação no Tratamento das Doenças Crônico-Degenerativas. **RBPS**. [s.l.]. 2006. Disponível em: <<http://www.unifor.br/notitia/file/1018.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2010.

SMELTZER, Susane C; BARE, Brenda G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. v.2. a

\_\_\_\_\_. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. v.3. b

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus**: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. [ed. Diacraphic] Brasília: MS, Diacraphic, 2007.

TEIXEIRA, Luciano; MACHADO, Antonio Carlos. Diabetes Mellitus – Classificação e Diagnóstico. In: VILAR, Lucio et al. **Endocrinologia Clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. p. 511 - 523.