

AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS NA CIDADE DE SANTA ROSA – RS

EVALUATION OF SELF-CARE IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS IN THE CITY OF SANTA ROSA – RS

Flávia Suélen Dollis¹, Karine Santos de Bona Libardoni¹

¹Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Santo Ângelo, Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi avaliar a adesão ao autocuidado farmacológico e não farmacológico por pacientes com diagnóstico de Diabetes *Mellitus* (DM), no município de Santa Rosa, RS. Trata-se de uma pesquisa de caráter observacional, exploratório e descritivo. A amostra do estudo foi composta de 55 pessoas com diagnóstico de DM em tratamento para a patologia na sua respectiva unidade de saúde (ESF) e que moravam na região de abrangência do município de Santa Rosa, RS. Foi feita uma entrevista para coleta de dados que abordava aspectos como o perfil dos participantes, características da doença, adesão ao tratamento medicamentoso e o autocuidado com os pés, dieta e exercício físico. Dentre os participantes, 51,0% (n=28) eram do sexo masculino e 49,0% (n=27) do sexo feminino. A maioria tem ensino fundamental incompleto (67,3%; n=37), 65,5 % (n=36) não fazem exercícios físicos e apenas 16,3% (n=9) seguem as instruções de um nutricionista, 85,5% (n=47) tomam seus medicamentos no horário receitado, porém 41,8% (n=23) relatam dificuldades relacionadas ao esquecimento, sendo que 29,1% (n=16) utilizam apenas metformina e 25,4% (n=14) raramente verificam a glicose através de glicosímetro. Ainda, 49,0% (n=27) fizeram exames em até 3 meses, 91,0% (n=50) não fumam, 76,3 (n=42) não utilizam bebidas alcoólicas e 72,7% (n=40) costumam examinar os pés. A partir dos resultados encontrados foi possível observar que a associação de todos os cuidados por diversas vezes acaba não acontecendo, mas sim práticas isoladas de autocuidado, o que pode afetar o controle glicêmico, e colaborar para as principais complicações da doença.

Descritores: Diabetes *mellitus*; autocuidado; glicemia

ABSTRACT

The objective of this work was to evaluate adherence to pharmacological and non-pharmacological self-care by patients diagnosed with Diabetes mellitus (DM), in the city of Santa Rosa, RS. This is observational, exploratory and descriptive research. The study sample consisted of 55 people diagnosed with DM undergoing treatment for the pathology in their respective health unit (ESF) and who lived in the region covered by the municipality of Santa Rosa, RS. An interview was carried out to collect data, which covered aspects such as the profile of the participants, characteristics of the disease, adherence to medication treatment and self-care with the feet, diet and physical exercise. Among the participants, 51.0% (n=28) were male and 49% (n=27) were female. The majority have incomplete primary education (67.3%; n=37), 65.5% (n=36) do not do physical exercise and only 16.3% (n=9) follow the instructions of a nutritionist, 85, 5% (n=47) take their medications at the prescribed time, however 41.8% (n=23) report difficulties related to forgetting, with 29.1% (n=16) using only metformin and 25.4% (n=14) we rarely check glucose using a glucometer. Even so, 49% (n=27) had tests within 3 months, 91% (n=50) did not smoke, 76.3 (n=42) did not drink alcohol and 72.7% (n=40) usually examine the feet. From the results found, it was possible to observe that the association of all care often ends up not happening, but rather isolated self-care practices, which can affect glycemic control, and contribute to the main complications of the disease.

Descriptors: Diabetes mellitus; self-care; blood; glucose.

INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* (DM) é um relevante problema de saúde pública, sendo uma doença crônica não transmissível (DCNT), considerada um distúrbio metabólico caracterizado pela redução da ação da insulina nos tecidos ou pela deficiência da insulina completa ou parcial, acarretando na hiperglicemia¹. Nos últimos anos, tem ocorrido um aumento na incidência das DCNT, principalmente de diabetes e hipertensão arterial. Isso ocorre devido ao maior envelhecimento da população, com aumento da expectativa de vida, e queda nas taxas de natalidade, além de transição nutricional, rápida urbanização, excesso de peso e estilo de vida sedentário².

Em 2019 a prevalência de casos de DM diagnosticados e não diagnosticados era de 9,3%, cerca de 463 milhões de pessoas entre 20 e 79 anos, e para intolerância à glicose anormal era de 7,5%. Em 2021, já eram cerca de 537 milhões de portadores da doença e os casos de intolerância anormal a glicose eram de cerca de 541 milhões de pessoas. Para 2030 e 2045, estima-se, respectivamente 643 e 783 milhões de pessoas com diabetes. Em 2021, o Brasil era o sexto do mundo nos índices, tendo cerca de 15,7 milhões de pessoas portadoras da doença, sendo o país com maiores índices da América do Sul, e com projeção de 23,2 milhões de pessoas diabéticas para 2045³.

Existem classificações para DM, incluindo diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1), diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), diabetes gestacional e outros tipos de diabetes, e é fundamental o conhecimento do tipo para que se escolha a melhor forma de tratamento farmacológico e não farmacológico⁴. O diabetes pode reduzir a qualidade de vida dos pacientes, pois é responsável por diversas complicações macro e microvasculares, podendo levar à cegueira, insuficiência renal e até mesmo a amputação de membros, além de complicações microvasculares como nefropatia, neuropatia e retinopatia. Causa também uma maior suscetibilidade à infarto agudo do miocárdio (IAM), doença vascular periférica e acidente vascular cerebral (AVC)⁵.

Neste contexto, é importante salientar que o rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento correto e o autocuidado do paciente diabético diminuem o risco de evolução para complicações, conseqüentemente minimizam impactos no sistema de saúde, sendo que a meta terapêutica do controle glicêmico deve ser individualizada, de acordo com a condição clínica do paciente⁶.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), descreve o autocuidado como a capacidade de indivíduos, comunidades e famílias em promover saúde, bem como prevenir doenças, preservar a saúde ou lidar com a doença e a incapacidade, o que pode ocorrer com ou sem o auxílio de um profissional de saúde. É imprescindível que o paciente tenha ciência de que seus hábitos quanto ao autocuidado irão influenciar no seu controle glicêmico, tomando todas as medidas necessárias com relação a sua saúde, buscando pela redução de risco de desenvolvimento de complicações em razão da doença^{7,8}. Para isso, é importante que o tratamento medicamentoso seja feito de forma correta e acompanhado de mudanças no estilo de vida, com prática de atividade física, alimentação adequada, acompanhamento dos níveis de glicose, suspensão do fumo e se necessário, o paciente deve ser encaminhado para atenção psicossocial⁸.

É fundamental ressaltar que a nutrição faz parte do plano de tratamento no diabetes, pois ela proporciona qualidade de vida, tendo como objetivo alcançar um peso corporal satisfatório, que visa atingir níveis glicêmicos normais, bem como pressão arterial e nível de lipídeos dentro das metas terapêuticas. Para isso, é necessária uma educação nutricional por meio de um profissional nutricionista, sendo que um plano alimentar deve ser elaborado a partir de evidências científicas e de acordo com a realidade de cada paciente⁹.

Portanto, considerando o aumento gradativo do número de pessoas portadoras desta patologia, e que fatores de autocuidado interferem na qualidade de vida do paciente e na prevenção de complicações relacionadas a doença, o objetivo deste trabalho foi avaliar a adesão do autocuidado farmacológico e não farmacológico por pacientes com diagnóstico de DM, no município de Santa Rosa, RS.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa de caráter observacional, exploratório e descritivo. A amostra do estudo foi composta de 55 pessoas, com idade a partir de 20 anos, de ambos os sexos, sendo adotados como critérios de inclusão, além de ter diagnóstico de diabetes, estar em tratamento para a patologia na sua respectiva unidade de saúde (ESF) e morar na região de abrangência do município de Santa Rosa, RS.

Os participantes foram convidados pela pesquisadora a participarem do estudo, e a participação dos mesmos ocorreu de forma voluntária com consentimento assegurado através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo preservada a identidade dos pacientes e a integridade das instituições. A amostra foi selecionada por meio de grupos de diabéticos de diferentes bairros da cidade, e visitas nas residências através de indicações da equipe de saúde das ESF's, onde mediante concordância, foi feita uma entrevista para coleta de dados. As entrevistas tiveram a finalidade de avaliar o autocuidado em relação à doença, e abrangiam aspectos como o perfil dos participantes (sexo, escolaridade e idade), questões relacionadas a doença, como o tipo de diabetes, tempo de diagnóstico, exames e verificação da glicemia, também aspectos relacionados a adesão ao tratamento medicamentoso e o autocuidado com os pés, dieta e exercício físico, bem como o uso de cigarro e bebidas alcoólicas.

Após realizada a coleta dos dados, foi feita uma análise descritiva dos mesmos, para posterior elaboração dos resultados, os quais estão apresentados através de tabelas.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, URI – Santo Ângelo, sob Parecer número 6.613.383.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os meses de março e abril de 2024, 55 pessoas com diagnóstico de DM foram entrevistadas, respondendo questões relacionadas ao autocuidado, onde 49% (n=27) eram do sexo feminino e 51% (n=28), eram do sexo masculino, conforme a tabela 1. Esses dados diferem de outros estudos realizados pelo fato de o número de mulheres normalmente ter uma maior participação, já que as mesmas possuem uma maior tendência pela procura aos serviços de saúde, resultando no aumento da probabilidade do diagnóstico da doença^{10,11}.

Em relação a idade dos participantes, a maior parte, correspondente a 47,3% (n=26), possui faixa etária entre 60 a 79 anos de idade, podendo sugerir que a prevalência da doença aumenta com a idade no caso de DM2¹⁰. Já quanto a escolaridade a maioria respondeu ter ensino fundamental incompleto, correspondendo a 67,3%

(n=37), seguidos de ensino fundamental completo com 12,7% (n=7), ensino médio e superior incompleto, ambos com 5,5% (n=3), ensino médio e superior completo com 3,6% (n=2) e não alfabetizado com 1,8% (n=1) (Tabela 1). A baixa escolaridade pode vir a afetar a compreensão do paciente sobre os cuidados que se deve ter em relação a doença, fazendo parte, por exemplo a prática de exercícios físicos, reeducação alimentar e o tratamento medicamentoso. Maiores níveis educacionais podem gerar maior facilidade no aproveitamento de informações e de serviços de saúde, podendo ser um fator de proteção da doença¹².

Tabela 1: Perfil dos participantes do estudo. Santa Rosa, RS, Brasil, 2024. (n=55)

Variáveis	Nº de pessoas (55)	% (100)
Sexo		
Feminino	27	49,0
Masculino	28	51,0
Idades		
20 – 39 anos	5	9,0
40 – 59 anos	20	36,4
60 – 79 anos	26	47,3
80 – 99 anos	4	7,3
Escolaridade		
Fundamental incompleto	37	67,3
Fundamental completo	7	12,7
Médio incompleto	3	5,5
Médio completo	2	3,6
Superior incompleto	3	5,5
Superior completo	2	3,6
Não alfabetizado	1	1,8

Fonte: A autora (2024).

Conforme a tabela 2, em relação ao tipo de diabetes dos participantes da pesquisa, 20,0% (n=11) responderam ter DM1, 36,4% (n=20) DM2 e 43,6% (n=24) não souberam responder. No DM1 ocorre a destruição de células beta pancreáticas, devido a um processo autoimune, tornando essencial o uso de insulina no tratamento. Tem-se um pico da incidência em crianças e adolescentes, podendo ocorrer também em adultos de qualquer idade, o que é menos comum¹³. Já no DM2 ocorre a elevação dos níveis de glicemia devido a deficiência na ação ou na produção de insulina¹⁴. Como no DM1 a insulino terapia é obrigatória, e conforme demonstrado na tabela 3, somente 12 pessoas fazem uso exclusivo de insulina, supõem-se que a maioria dos participantes que

não souberam responder à questão sobre o tipo de diabetes possam ter DM2. O mesmo representa cerca de 90 a 95% dos casos da população em geral¹⁴.

Quanto ao tempo de diagnóstico dos participantes, a maior parte, equivalente a 45,4% (n=25) obtiveram-no a um tempo superior a 10 anos, seguidos de 31,0% (n=17) com diagnóstico entre 2 a 5 anos, 20,0% (n=11) entre 6 a 10 anos e ainda 3,6% (N=2) não souberam dizer (tabela 2). No estudo de Cortez et al., 2015, realizado com 1320 pacientes com DM1 e DM2, que buscou relacionar o tempo de diagnóstico com as complicações da doença em Minas Gerais, a maioria dos participantes também respondeu saber do diagnóstico há mais de 10 anos, sendo que o tempo de diagnóstico realmente foi relacionado a uma maior quantidade de complicações¹².

Conforme os protocolos e diretrizes do DM, exames laboratoriais como glicemia de jejum e hemoglobina glicada (HbA1c) devem ser realizados a cada 6 meses^{13,14}. De acordo com a tabela 2, 49,0% (n=27) dos participantes realizaram exames nos últimos 3 meses, 20,0% (n=11) nos últimos 6 meses, 16,4% (n=9) até 12 meses e 14,6% (n=8) a mais de 12 meses. A partir desses resultados é possível observar que 30,9% (n=17) encontram-se com exames de datas superiores a estabelecida pelas diretrizes^{13,14}.

Já em relação a verificação da glicemia por meio de glicosímetro 36,4% (n=20) responderam testar todos os dias, 25,4% (n=14) dizem verificar 1 a 2 vezes ao mês, mesma porcentagem na qual participantes responderam verificar raramente. Ainda, 11,0% (n=6) responderam aferir 1 a 2 vezes na semana e 1,8% (n=1) quando se sente mal. O automonitoramento da glicemia capilar traz benefícios principalmente para o DM1, porque a partir disso o risco de hipoglicemia e cetoacidose é reduzido, e ainda pode fazer com que o paciente entenda a correlação entre a ingestão de alimentos e atividade física com o resultado da glicemia. Ademais é possível adequar a quantidade de insulina que será aplicada⁵.

Tabela 2: Perfil clínico dos participantes do estudo. Santa Rosa, RS, Brasil, 2024. (n=55)

Variáveis	Nº de pessoas (55)	% (100)
Tipo de diabetes		
Tipo 1	11	20,0
Tipo 2	20	36,4
Não sabe	24	43,6
Há quanto tempo foi diagnosticado?		
2 a 5 anos	17	31,0
6 a 10 anos	11	20,0
Mais de 10 anos	25	45,4
Não sabe	2	3,6
Há quanto tempo fez exames?		
Até 3 meses	27	49,0
Até 6 meses	11	20,0

Até 12 meses	9	16,4
Mais de 12 meses	8	14,6
Você costuma verificar sua glicose com qual frequência?		
Todos os dias	20	36,4
1 a 2 vezes na semana	6	11,0
1 a 2 vezes ao mês	14	25,4
Quando se sente mal	1	1,8
Raramente	14	25,4

Fonte: A autora (2024).

A tabela 3 refere-se ao perfil do tratamento medicamentoso dos pacientes, onde foi avaliado o autocuidado em relação a adesão farmacológica. Como pode ser observado, 85,8% (n=47) responderam que seguem o horário recomendado para administração do medicamento, e 14,5% (n=8), responderam que não. Quanto a ingerir a quantidade correta de comprimidos ou a aplicação de unidades internacionais (UI) de insulina, conforme a prescrição médica, 89,0% (n=47) dos participantes afirmaram que seguem a prescrição e 11,0% (n=6) responderam que não. Portanto, a maioria dos participantes adere ao que foi indicado por profissionais de saúde referente ao tratamento medicamentoso, consoante ao estudo de Gomes et al, realizado em 2021, com 139, pessoas em Manaus, onde observou-se a adesão medicamentosa em 74,8% dos pacientes, onde 61,8% seguem a prescrição médica¹⁵.

O esquecimento de tomar a medicação foi uma das maiores dificuldades apresentadas, uma vez que 41,8% (n=23) dos participantes relataram que esquecem com frequência. Esses resultados são semelhantes ao estudo de Lopes et al., 2019, que avaliou a adesão ao tratamento para pacientes com DM2, no município de Alfenas – MG, onde verificou-se que 40% dos pacientes esquecem de tomar seus medicamentos alguma vez¹⁶. Os mesmos ainda foram questionados sobre se existe alguma outra dificuldade em relação ao tratamento medicamentoso, sendo que houveram relatos de dificuldade de deglutição do medicamento e/ou dor no momento da aplicação da insulina.

Outrossim, no presente estudo, também foram avaliados os medicamentos utilizados no tratamento pelos participantes, sendo que existem diversas respostas com diferentes associações medicamentosas, bem como monoterapia, apresentadas na tabela 3. Há uma grande quantidade de medicamentos disponíveis no mercado para o tratamento de DM2, que deve ser individualizado para cada paciente, sendo que no presente estudo, grande parte dos pacientes estão em monoterapia e o medicamento via oral mais utilizado, com 29,1% (n=16) das respostas é o cloridrato de metformina. Trata-se de um medicamento de primeira escolha para adultos não gestantes e sem tratamento prévio para a doença, com hemoglobina glicada inferior a 7,0%, apresentando eficácia e segurança. A monoterapia com sitagliptina também foi mencionada em 1,8% (n=1) dos

participantes. Esse medicamento reduz a hemoglobina glicada em torno de 0,6 – 0,8%, raramente causando hipoglicemia, tendo segurança e tolerância¹⁷.

A terapia dupla também foi mencionada, 5,5% (n=3) dos participantes do estudo responderam que fazem uso de metformina e insulina, 3,5% (n=2) fazem uso de metformina e gliclazida, e a mesma porcentagem faz uso de metformina e dapagliflozina, 1,8% (n=1) utiliza metformina e glibenclamida, sendo a mesma quantidade de participantes que faz uso de metformina e pioglitazona, bem como metformina e empagliflozina. A terapia dupla é recomendada quando a hemoglobina glicada se encontra superior a 7,0% após três meses de tratamento com monoterapia, devendo ser considerada como tratamento inicial quando a hemoglobina glicada encontra-se entre 7,5 e 9,0%. Quando acima do último valor, em paciente sintomático, pode ser incluída a insulina, com ou sem associação com metformina¹⁷.

Houve ainda 5,5% (n=3) dos participantes que utilizam metformina, dapagliflozina e insulina. Essa associação dupla, juntamente com insulina é prevista em pacientes assintomáticos, que tiveram diagnóstico recente para DM2, em que a hemoglobina glicada esteja acima de 9,0%, buscando um melhor controle glicêmico. A terapia quádrupla é considerada em caso de após três meses de terapia tripla, os níveis de hemoglobina glicada ainda se manterem acima da meta¹⁷. Teve-se a participação de dois pacientes que fazem uso de quatro medicamentos, 1,8% (n=1) utilizando metformina, dapagliflozina, pioglitazona e gliclazida e a mesma porcentagem em uso de Metformina, gliclazida, empagliflozina e linagliptina.

O uso exclusivo de insulina foi informado por 21,8% (n=12) dos pacientes. A insulino terapia é obrigatória em caso de DM1¹³, e em caso de DM2 pode ser introduzida em várias situações, como após três meses de terapia oral dupla ou tripla com hemoglobina glicada permanecendo acima da meta ou em caso de tratamento inicial de paciente sintomático ou assintomático que apresente hemoglobina glicada acima de 9,0%¹⁷. Além disso, 20,0% (n=11) dos entrevistados não sabiam responder à pergunta em questão pois afirmaram não lembrar o nome do medicamento que utilizam.

Tabela 3: Perfil de tratamento medicamentoso dos participantes do estudo. Santa Rosa, RS, Brasil, 2024. (n=55)

Variáveis	Nº de pessoas (55)	% (100)
Toma o medicamento no horário receitado?		
Sim	47	85,5
Não	8	14,5
Toma a quantidade de comprimidos ou unidades internacionais receitadas?		
Sim	49	89,0
Não	6	11,0
Esquece de tomar o medicamento com frequência?		
Sim	23	41,8
Não	32	58,2
Tem alguma dificuldade de tomar seu medicamento?		
Sim	2	3,6
Não	53	96,4
Descrição: Dificuldade de engolir o comprimido; dor ao aplicar insulina.		
Qual medicamento você toma?		
Não soube responder o nome do medicamento	11	20,0
Insulina	12	21,8
Sitagliptina	1	1,8
Metformina	16	29,1
Metformina e insulina	3	5,5
Metformina e gliclazida	2	3,6
Metformina e glibenclamida	1	1,8
Metformina e dapagliflozina	2	3,6
Metformina e empagliflozina	1	1,8
Metformina e pioglitazona	1	1,8
Metformina + dapagliflozina e insulina	3	5,5
Metformina + dapagliflozina, pioglitazona e gliclazida	1	1,8
Metformina, gliclazida, e empagliflozina + linagliptina	1	1,8

Fonte: A autora (2024).

No contexto dos cuidados não farmacológicos, pode-se salientar que a terapia nutricional para o paciente com diabetes deve ser equilibrada e variada, tendo por objetivos obter um peso saudável, atender necessidades nutricionais, auxiliar no controle glicêmico, bem como no controle da pressão arterial e de lipídeos séricos, podendo ocorrer assim a prevenção de complicações micro e macro vasculares. Além disso, é parte essencial em todas as fases do tratamento, pois tem influência sobre o sucesso da terapia farmacológica¹⁸.

O acompanhamento nutricional com um profissional auxilia neste processo, pois um plano alimentar deve ser elaborado a partir da realidade de cada paciente. Nesse contexto, ao questionar os participantes se conseguem seguir as recomendações de um nutricionista 47,3% (n=26) responderam que não conseguiram, 16,3% (n=9) seguem as recomendações e 36,4% (n=20) nem se quer consultaram com um nutricionista. Esse estudo corrobora com o de Gomes et al., 2021, que buscou avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de pacientes na cidade de Manaus, realizado com 139 pessoas, que demonstrou uma baixa adesão (10,1%) a terapia nutricional¹⁵. Quanto ao hábito de comer doces 23,6% (n=13) dos participantes consomem todos os dias, 47,3% (n=26) somente as vezes e 29,1% (n=16) raramente. Ainda, 65,5% (n=36) ingerem frutas e verduras todos os dias, 29,1 (n=16) consomem as vezes e 5,4% (n=3) raramente. Por fim, 69,1% (n=38) seguem uma dieta saudável e 30,9% (n=17) não (Tabela 4).

Os protocolos e diretrizes terapêuticas do DM1 e DM2 preveem o cuidado com a alimentação como indispensável, fazendo parte do tratamento não farmacológico. As mesmas reforçam que os pacientes diabéticos devem, quando possível, receber orientações de um nutricionista, pois eles podem incentivar dietas ricas em fibras, através de frutas, vegetais, grãos e legumes, por exemplo, pois o consumo desses alimentos pode auxiliar na manutenção dos níveis adequados de glicose. Já os doces industrializados são ricos em gorduras, devendo ser evitados¹⁴. Os carboidratos devem ter uma atenção especial, pois eles têm uma grande relevância nas alterações glicêmicas⁹.

Tabela 4: Perfil alimentar dos participantes do estudo. Santa Rosa, RS, Brasil, 2024. (n=55)

Variáveis	Nº de pessoas (55)	% (100)
Você segue as instruções do nutricionista?		
Sim	9	16,3
Não	26	47,3
Não consultou	20	36,4
Você costuma comer doces?		
Todos os dias	13	23,6
As vezes	26	47,3
Raramente	16	29,1
Você costuma comer frutas e verduras?		
Todos os dias	36	65,5
As vezes	16	29,1
Raramente	3	5,4
Você considera que segue uma dieta saudável?		
Sim	38	69,1
Não	17	30,9

Fonte: A autora (2024).

Conforme a tabela 5, ao serem questionados sobre o hábito de examinar os pés para verificar a presença de feridas, úlceras ou alguma alteração, a maioria dos participantes, correspondentes a 72,7% (n=40), afirmam que sim, sendo que o restante, correspondente a 25,5% (n=14) dos participantes não apresentam esse costume. Houve ainda a participação de um paciente amputado devido as complicações da doença, correspondente a 1,8%. Sabe-se que o cuidado com os pés é de grande importância para o paciente diabético, pois uma das complicações frequentes advindas da doença é o pé diabético, que causa um elevado número de hospitalizações dos pacientes, podendo causar a amputação do membro¹⁹.

Além disso, a secagem dos pés, principalmente nos espaços interdigitais é fundamental para evitar feridas e micoses, como é o caso do “pé de atleta”, que pode ser uma porta de entrada para infecções bacterianas²⁰. Conforme demonstrado na tabela 5, 54,6% (n=30) dos participantes do estudo realizam a secagem entre os dedos dos pés. Esses resultados são semelhantes ao estudo de Fassina et al, 2019, realizado com participantes, em Sorocaba – SP, onde foi observado que a maioria dos participantes também tinham o hábito relacionado ao autocuidado e prevenção do pé diabético de secar entre os dedos dos pés²¹.

Em relação ao hábito de fumar, 91,0% (n=50) relataram não fazer uso de cigarro, e 9,0% (n=5) responderam que fumam. Para o paciente diabético a cessação do tabagismo é a medida isolada que tem maior resultado na redução das complicações, devendo ser considerada uma prioridade, já que traz um considerável fator de risco cardiovascular e complicações macro vasculares como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença arterial periférica. Além disso, fumantes com DM apresentam um maior risco de agravamento e desenvolvimento de retinopatia, nefropatia e neuropatia. Fumantes apresentam também maiores níveis de glicemia em relação a não fumantes, com mecanismos ainda desconhecidos²².

Também, a ingestão de bebidas alcoólicas durante as refeições com carboidratos pode levar a elevação dos níveis glicêmicos, porém, se o mesmo ocorrer em jejum ou até mesmo dependendo dos tipos de carboidratos na refeição, pode haver hipoglicemia reativa, interferindo no controle principalmente da DM2, pois o álcool influencia na ação da insulina, no glucagon e nos secretagogos de insulina⁵. Neste estudo, 76,3% (n=42) dos participantes informaram não fazer uso de bebida alcoólica.

Tabela 5: Perfil geral de autocuidados dos participantes. Santa Rosa, RS, Brasil, 2024. (n=55)

Variáveis	Nº de pessoas (55)	% (100)
Examina os pés?		
Sim	40	72,7
Não	14	25,5
Amputado	1	1,8
Seca entre os dedos dos pés?		
Sim	30	54,6
Não	24	43,6
Amputado	1	1,8
Fuma?		
Sim	5	9,0
Não	50	91,0
Faz uso de bebidas alcoólicas?		
Sim	13	23,7
Não	42	76,3
Faz algum exercício físico?		
Sim	19	34,5
Não	36	65,5
Se faz exercício, qual?		
	Nº de pessoas (19)	% (100)
Caminhada	13	68,4
Caminhada e futebol	2	10,5
Futebol	1	5,3
Bicicleta	1	5,3
Alongamento	2	10,5
Por quanto tempo se exercita semanalmente?		
60 minutos	6	31,5%
90 minutos	8	42,1%
120 minutos	1	5,3%
105 minutos	2	10,5%
210 minutos	1	5,3%
360 minutos	1	5,3%

Fonte: A autora (2024).

Ainda conforme a tabela 5, 65,5% (n=36) dos pacientes relataram não praticar exercícios físicos, e 34,5% (n=19) se exercitam. Entre os citados estão principalmente a caminhada, seguidas de alongamento, futebol e bicicleta. O tempo de exercício aeróbico para pacientes com DM deve ser de no mínimo 150 minutos, que podem ser divididos entre 3 e 5 dias durante a semana¹⁴, porém ao responderem à pergunta sobre por quanto tempo praticam exercício físico, dos 19 participantes apenas 2 o fazem durante um tempo superior aos 150 minutos. Através do tempo mínimo estabelecido desse hábito, movimentos orientados e repetições sistemáticas aumentam a demanda de oxigênio e geram um maior consumo de energia, auxiliando no aumento da tolerância à glicose,

reduzindo a glicemia sanguínea e aumentando a sensibilidade à insulina, sendo que mesmo com pouca insulina, o organismo consome glicose através do exercício. Pacientes que praticam exercícios físicos costumam apresentar um melhor prognóstico em relação a quem não praticam²³.

CONCLUSÕES

O presente estudo foi composto por 55 participantes com diagnóstico de DM, onde 49% (n=27) eram do sexo feminino e 51% (n=28) eram do sexo masculino, e permitiu avaliar as práticas de autocuidado no paciente diabético baseando-se em questões relacionadas ao tratamento farmacológico e não farmacológico, que deve ser associado para o bom controle glicêmico, bem como para evitar as principais complicações da doença, a longo prazo.

No entanto, através das entrevistas foi possível observar que a associação de todos os cuidados, que seria o ideal, por diversas vezes acaba não acontecendo, mas sim práticas isoladas de autocuidado. A adesão ao tratamento medicamentoso se mostrou melhor em relação a exercícios físicos ou a instruções alimentares passadas por nutricionistas, apesar do esquecimento em relação a medicação também ter sido um fator de preocupação.

Uma das grandes dificuldades para os pacientes diabéticos é justamente a conscientização da prática do autocuidado, por este motivo, salienta-se a necessidade de participação da equipe multidisciplinar, pois os profissionais de saúde são importantes para promover o estímulo, motivação e além de tudo ajudar os pacientes a desenvolver habilidades para o seu próprio cuidado, levando em conta as limitações e comorbidades de cada paciente. Por fim, salienta-se que novos estudos, em outras localidades e com número maior de participantes entrevistados são necessários para aprofundar o conhecimento sobre o autocuidado nessa patologia.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca, KP; Rached, CDA. **Complicações do diabetes mellitus**. International Journal of Health Management Review, [S. l.], v. 5, n. 1, 2019. DOI: 10.37497/ijhmreview.v5i1.149. Disponível em: <https://ijhmreview.emnuvens.com.br/ijhmreview/article/view/149>. Acesso em: 31 ago. 2023.
2. Silva, RO et al. **Avaliação do autoconhecimento de pacientes diabéticos acerca de diabetes mellitus em Teresina – PI**. Research, Society and Development, [s. l.], v. 12, n. 5, p. e21312541711, 2023.
3. International Diabetes Federation (IDF). **IDF diabetes atlas**. 10.ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/>

idfawp/resourcefiles/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021. pdf. Acesso em: 29 nov. 2023.

4. Rodacki, M et al. **Classificação do diabetes**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). DOI: 10.29327/557753.2022-1, ISBN: 978-85-5722-906-8.

5. Brasil. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. Brasília: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019. 491 p. ISBN: 978-85-93746-02-4

6. Antunes, YR, et al. Diabetes Mellitus Tipo 2: **A importância do diagnóstico precoce da diabetes** / Type 2 Diabetes Mellitus: The importance of early diabetes diagnosis. Brazilian Journal of Development, [s. l.], v. 7, n. 12, p. 116526– 116551, 2021.

7. Pititto, B et al. **Metas no tratamento do diabetes**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). DOI: 10.29327/557753.2022-3, ISBN: 978-85-5722-906-

8. Simon, E et al. **Avaliação do autocuidado e análise do perfil de pacientes com diabetes mellitus em um serviço público de saúde do oeste do paraná**. Revista Thêma et Scientia, [s. l.], v. 13, p. 117– 129, 2023.

9. Mota, JF et al. **Nutrição e diabetes mellitus na prática clínica**. Editora Manole, 2023. E-book. ISBN 9786555765939. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555765939/>. Acesso em: 28 out. 2023.

10. Assunção SC, Fonseca AP, Silveira MF, Caldeira AP, Pinho L de. **Knowledge and attitude of patients with diabetes mellitus in Primary Health Care**. Esc Anna Nery. 2017;21(4):1–7.

11. Silva R de O, Ramos RS de N, Meireles CGR, Silva MG da, Silva LAA da. **Avaliação do autoconhecimento de pacientes diabéticos acerca de diabetes mellitus em Teresina – PI**. Res Soc Dev. 2023;12(5):e21312541711.

12. Cortez DN, Reis IA, Souza DAS, Macedo MML, Torres H de C. **Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária**. Acta paul enferm [Internet.] 2015May;28(3):250-5. Available form: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500042>

13. Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabete Melito Tipo 1**. Ministério da Saúde Brasília-DF 2020 [Internet]. 2020. Available from: <http://conitec.gov.br/>

14. Brasil. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabete Melito Tipo 2**. PORTARIA SCTIE/MS N° 54, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2020. Ministério Da Saúde Secr Ciência, Tecnol Inovação E Insumos Estratégicos. 2020;119.

15. Gomes AC, Ribeiro GAM, Moraes MS, de Miranda Gonçalves IC, de Almeida Gonçalves Sachett J. **Adherence to pharmacological and nonpharmacological treatments in adults with type 2 diabetes.** *Mundo da Saude.* 2021;44:381–96.
16. Lopes DV, Oliveira F De, Batista S, Botelho MC, An- N, Bessa R, et al. **Adesão ao tratamento para pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em unidades básicas de saúde do município de Alfenas-MG.** 2019;37(2).
17. Lyra R, Albuquerque L, Cavalcanti S, Tambascia M, Valente F, Bertoluci M. **Tratamento farmacológico da hiperglicemia no DM2. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023).** DOI: 10.29327/557753.2022-10, ISBN: 978-85-5722-906-8.
18. Ramos S, et al. **Terapia Nutricional no Pré-Diabetes e no Diabetes Mellitus Tipo 2.** Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). DOI: 10.29327/5238993.2023-8, ISBN: 978-85-5722-906-8.
19. Dinah, SRN, Roberta A, Ii S, Roberta G. **Estratégias Saúde da Família: perfil/qualidade de vida de pessoas com diabetes.** *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015;68(1):111–6. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-744599>
20. Brasil. **Manual do pé diabético.** Ministério da Saúde. 2016. 62 p. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf
21. Fassina G, Coelho GP, Zinezi NDS, Silva BA da, Bramante CN, Costa JA. **Avaliação do autocuidado em pacientes portadores do pé diabético.** *Rev da Fac Ciências Médicas Sorocaba.* 2019;20(4):200–6.
22. BRASIL Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica o cuidado da pessoa tabagista -** (Cadernos da Atenção Básica, n. 40) [Internet]. Vol. n. 35, Computer Applications in the Minerals Industries. 2015. 154 p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf
23. Ruas, V de C et al. **O efeito do exercício físico no controle glicêmico em pacientes Diabéticos Mellitus tipo II: uma revisão de literatura.** *Brazilian Journal of Development*, [s. l.], v. 9, n. 4, p. 14450–14472, 2023.

Autor Correspondente: Flávia Suélen Dollis¹

E-mail: flaviadollis@outlook.com

Recebido em: 2024-31-10

Aprovado: 2025-23-02