

Avaliação do autocuidado na adesão do tratamento em pacientes usuários de insulinas

Loreine Wtodarski
Denise Aguiar Fernandes
Mariana Brandalise

Resumo: O tratamento do diabetes constituiu em alterações no estilo de vida, através de atividades físicas, hábitos alimentares e quando necessário uso de medicamentos. O objetivo deste trabalho foi avaliar o autocuidado de pacientes com diabetes *mellitus* em uso de insulina. O estudo teve uma abordagem exploratória, descritiva, quantitativa, realizada através do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). A maioria dos entrevistados (40) foram mulheres, entre 50 a 59 anos, casadas, aposentadas e autodeclaradas brancas. O item que apresentou menor aderência foi a realização de atividade física e o de maior aderência foi a utilização dos medicamentos. Concluímos que a aderência ao autocuidado ainda é baixa, por ser pouco entendida pelos pacientes. A educação em saúde é uma ferramenta importante para compreender a doença e entender a importância de realizar um tratamento completo. A realização do acompanhamento por uma equipe multiprofissional, traz uma abordagem mais abrangente e efetiva.

Palavras-chaves: diabetes *mellitus*; Autocuidado; farmacêutico insulina.

Evaluation of self-care in adherence to treatment in patients using insulin

Abstract: The treatment of diabetes constitutes changes in lifestyle, through physical activities, eating habits and use of medications when necessary. The objective of this work was to evaluate self-care of patients with diabetes *mellitus* in insulin use. The study had an exploratory, descriptive, quantitative approach, carried out through the Diabetes Self-Care Activity Questionnaire. Most of the interviewees were women, 50-59 years, married, retired and self-declared white. The item that presented less adhesion was the physical activity and the one of greater adhesion was the use of the medications. We conclude that adherence to self-care is still low, because it is still poorly understood by patients. Health education is an important tool for understanding the disease and understanding the importance of completing treatment. The realization of this, by the multiprofessional team, brings a more comprehensive and effective approach.

keywords: diabetes *mellitus*; Self-care; pharmacist insulin.

Introdução

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2017), a diabetes *mellitus* (DM) se tornou uma epidemia no mundo. Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes seja de 415 milhões (em torno de 6% da população mundial) e que alcance 642 milhões (em média 9% da população mundial) em 2040. A maior parte destes indivíduos, cerca de 80%, vive em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade. Nota-se também uma crescente proporção de pessoas acometidas em grupos etários mais jovens (International Diabetes Federation, 2017).

Em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo o número de portadores de

diabetes *mellitus* está aumentando, bem como a maior sobrevivência de pacientes com DM (International Diabetes Federation, 2017). Dados do Inquérito Telefônico Vigitel mostraram que no Brasil a frequência de adultos que relatavam diagnóstico médico prévio de diabetes variou entre 4,1% em Palmas e 9,5% em São Paulo. Em Porto Alegre foi observado a maior frequência, 9%, de DM em indivíduos do sexo masculino seguido por Curitiba (8,7%) e São Paulo (8,5%) e menores em Palmas (3,0%), São Luiz (3,1%) e Porto Velho (3,7%). No Rio de Janeiro o diagnóstico de mulheres com DM foi de 10,7%, sendo a maior frequência seguida de São Paulo com 10,3% de frequência (Ministério da Saúde, 2014).

Para o diagnóstico da DM além de exames laboratoriais, podem ser verificados a presença de sintomas como aumento da sede, micção frequente, fome, cansaço e visão turva. Também é analisada a glicose plasmática que quando acima de 200 mg/dL, colhida aleatoriamente, em qualquer momento do dia, sem jejum prévio é indicativo de diabetes (International Diabetes Federation, 2017). Já quando a glicemia é medida em jejum, em pacientes com diabetes o resultado apresenta-se superior a 126 mg/dL. Outro critério diagnóstico é a realização do teste de tolerância a glicose (TOTG). De acordo com a SBD o critério diagnóstico para diabetes *mellitus* é TOTG igual ou maior a 200 mg/dL (Guytin & Hall, 2017; International Diabetes Federation, 2017).

Existem diversos tipos de diabetes *mellitus*, todos eles são influenciados pelo estilo de vida do indivíduo. O tratamento do diabetes consiste em alterações significativas no estilo de vida, incluindo aumento da atividade física, reorganização de hábitos alimentares e quando necessário uso de medicamentos (Pimazoni, 2017). Os tipos de DM podem ser classificados etiologicamente conforme Quadro abaixo:

Tipos de DM	
1	- Tipo 1A: deficiência de insulina por destruição autoimune das células β comprovada por exames laboratoriais; - Tipo 1B: deficiência de insulina de natureza idiopática.
2	DM tipo 2: perda progressiva de secreção insulínica combinada com resistência à insulina
Gestacional	DM gestacional: hiperglicemia de graus variados diagnosticada durante a gestação, na ausência de critérios de DM prévio
Outros tipos	- Monogênicos (MODY); - Diabetes neonatal; - Secundário a endocrinopatias; - Secundário a doenças do pâncreas exócrino; - Secundário a infecções; - Secundário a medicamentos.

Nota: Fonte: adaptado de Sociedade Brasileira de Diabetes / SBD.(2017) Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Clannad.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2017), para o controle da doença é necessário uma dieta específica que baseia-se na restrição de alimentos ricos em carboidratos, gorduras e proteínas, além da realização de atividade física regular e uso de medicamentos orais e/ou insulinas. A adesão ao tratamento exige alterações da rotina no

dia-a-dia e comprometimento do paciente, por isto requer um alto grau de autocuidado para o sucesso da terapêutica.

O tratamento medicamentoso da DM pode ser realizado por medicações via oral ou por medicações injetáveis. As principais medicações via oral são as Sulfonilureias (ex: glibenclâmida) e as Biguanidas (ex: metformina), a primeira causa aumento da secreção de insulina e a segunda reduz a produção hepática de glicose com menor ação sensibilizadora da ação insulínica. Como medicações injetáveis temos as insulinas, como exemplo citamos a NPH e a Regular onde a NPH com ação intermediária e a Regular com ação rápida. As medicações citadas estão disponíveis na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e também pelo programa do governo federal Farmácia Popular, onde é possível obter as principais medicações para doenças crônicas gratuitamente nas farmácias privadas. O Tratamento de primeira escolha sempre é a mudança de hábitos, quando essa abordagem não se mostra eficaz é introduzido o tratamento medicamentoso. Inicia-se com tratamento via oral e quando necessário é inserido o uso de insulinas, geralmente junto do uso de medicações via oral (SBD, 2017).

A adesão do tratamento é influenciada por diversas variáveis e não existe consenso de qual a variável que causa maior influência. Os fatores principais parecem ser a falta de acesso ao medicamento, o nível de educação, dificuldade de mudança de hábitos, falta de apoio familiar, falhas na relação entre profissional e paciente, além da duração do tratamento. O manuseio da diabetes é complexo e difícil de ser realizado, tanto na visão do profissional de saúde quanto na visão do paciente levando a níveis de atendimento e controle inadequados (Araújo, 2014).

Levando em consideração que o DM é uma doença, com evolução silenciosa, de difícil diagnóstico precoce e com grande dificuldade de adesão ao tratamento pelo elevado envolvimento que exige ao doente, torna-se um grande desafio aos profissionais da saúde encontrar soluções para diminuir essas barreiras. A falta de autocuidado pode ocasionar um descontrole da doença ou mal gerenciamento que implica em um aumento do custo do cuidado em saúde em todos os níveis, pois em muitas vezes é necessário a incorporação de outras tecnologias mais caras para reverter o quadro (Paula, 2014).

A prática da educação em saúde pode ser considerada uma maneira de melhorar a conscientização dos pacientes sobre a importância do tratamento. Para que haja uma maior efetividade no processo educativo do paciente a educação em saúde deve estar centrada na equipe multidisciplinar, no sistema familiar, no paciente e nos equipamentos sociais. Planejando ações e capacitando os profissionais a qualidade da assistência prestada tende melhorar (Visentin, Mantovani & Caveião, 2016).

Para que possamos traçar novas estratégias para aumentar a adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes é preciso, inicialmente, entender como o paciente mantém o seu cuidado em relação a diabetes. Assim um estudo que identifique o grau de autocuidado dos pacientes com DM é de extrema importância para compreender os fatores que interferem na baixa adesão ao tratamento.

Diante do exposto, este estudo tem o objetivo de avaliar o autocuidado de pacientes com DM em uso de insulina cadastrados em uma Farmácia Distrital no município de Canoas e identificar fatores socioeconômicos que interferem no autocuidado dos pacientes diabéticos.

Método

Esse estudo trata-se de uma abordagem exploratória, descritiva, quantitativa. O estudo foi realizado com pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) União, localizada no bairro Mathias Velho, no município de Canoas/RS. Foram convidados a participar do estudo os pacientes maiores de 18 anos que retiraram os dois tipos de insulinas (NPH e Regular) disponíveis na Farmácia Distrital Noroeste 2 – União nos meses de novembro e dezembro de 2017 e que fazem parte do território da UBS. Foram excluídos todos os indivíduos menores de 18 anos, os que fazem uso somente de um tipo de insulina, os indivíduos que não fizessem parte do território da UBS União e os pacientes que foram visitados e em mais de duas vezes estiveram ausentes.

Sendo assim número de participantes da pesquisa constituiu-se em 40 participantes. Cada paciente recebeu a visita do pesquisador em sua casa, e então, foi aplicado o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD) (Tabela 1) sem a interferência da pesquisadora. Após esta etapa, os questionários foram colocados em envelopes sem identificação para posteriormente serem analisados.

Tabela 1

Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD)

1. Alimentação Geral

1.1 Seguir uma dieta saudável

1.2. Seguir a orientação alimentar

2. Alimentação Específica

2.1 Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais

2.2 Ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral

2.3. Ingerir doces

3. Atividade Física

3.1 Realizar atividades físicas (30 minutos)

3.2 Realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar etc.)

4. Monitorização da Glicemia

4.1 Avaliar o açúcar no sangue

4.2 Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado

5. Cuidado com os pés

5.1 Examinar os seus pés

5.2 Examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los

5.3 Secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los

6. Medicação

6.1 Usou os medicamentos conforme indicado

6.2 Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes

6.3 Tomar injeções de insulina conforme recomendado

Nota: Fonte: Adaptado Michels, J.M.; Coral, M.H.C.; Sakae, T.M.; Damas, T.B.; Furlanetto, L.M. Questionário de atividades de autocuidado com diabetes; tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. Arq bras endocrinol metab, 2010; vol 54/7, p. 644-5

O questionário é composto por perguntas referentes ao autocuidado com o diabetes durante os últimos sete dias. O paciente responde em quantos dos últimos sete dias realizou a ação questionada. A interpretação do QAD é feita em seis dimensões e quinze questões. As dimensões são alimentação geral, alimentação específica, atividade física, cuidado com os pés, monitoramento da glicemia e medicação. Cada uma destas dimensões gera um número em uma escala de 0 a 7, sendo 0 o menos desejável e 7 o mais desejável, com exceção da dimensão alimentação específica, em que os valores das questões 2.2 e 2.3 são interpretados de forma invertidos, ou seja, 7 o menos desejável e 0 o mais desejável. Considera-se uma boa aderência quando a escala for igual ou superior a 5. A validação do QAD foi segundo Michels, Coral, Sakae, Damas e Furlanetto (2010). O instrumento utilizado é de boa aplicabilidade e de custo controlado, com fidelidade teste-reteste adequada e sensibilidade à mudança. Foram coletados também, dados nos prontuários eletrônicos, referentes a informações sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, profissão e raça/cor). As informações coletadas foram inseridas em um banco de dados no programa *software* Microsoft Excel[®] e apresentadas na forma de gráfico e tabela.

Os usuários que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), antes de responderem o instrumento da pesquisa. Este estudo teve autorização pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) - Secretaria Municipal de Saúde do Município de Canoas e após, encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil do Município de Canoas seguindo a norma 466/12 da Portaria de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define as diretrizes e normas regulamentadoras que regem a pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo seguiu os preceitos éticos da Legislação Brasileira e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE número 83275417.6.0000.5349.

Resultados

Inicialmente, foram avaliados os dados sociodemográficos dos participantes. Dentre estes 70% (n=28) dos respondentes são do sexo feminino. A faixa etária predominante neste estudo foi de 50 a 59 anos (45%; n=18), seguido da faixa de 60 a 69 (25%; n=10), de 70 a 79 (20%; n=8) e por último mais de 80 (10%; n=4). A maior parte dos entrevistados são casados (65%; n=26), os viúvos somam 25% (n=10) e 10% (n=4) são divorciados. Os participantes aposentados abrangeram 65% (n=26), as donas de casa 30% (n=12) e os vendedores 5% (n=2). Em relação a raça/cor, 80% (n=32) dos participantes se autodeclararam brancos e 20% (n=8) negros.

O primeiro item avaliado nos questionários, foi em relação as dimensões do autocuidado como mostra a Figura 1.

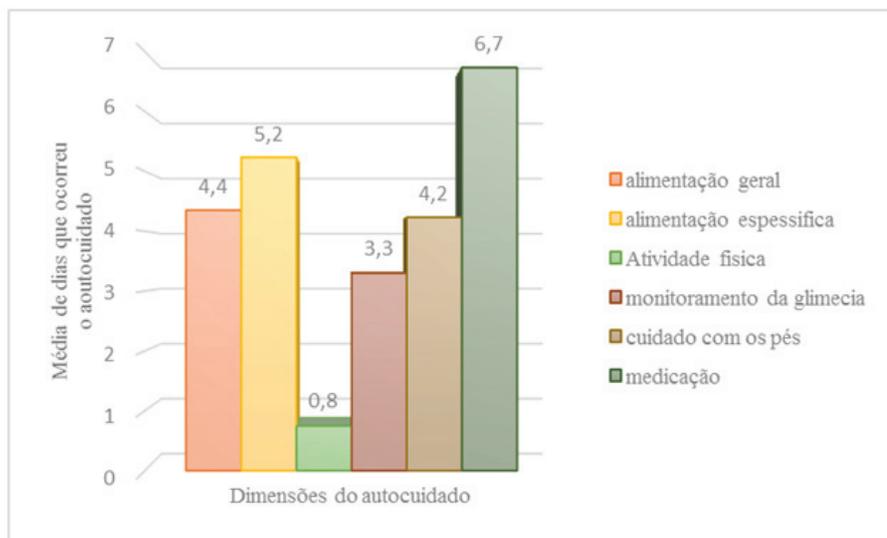


Figura 1. Avaliação das dimensões do autocuidado apresentada pelo QAD na tabela 1

A aderência ao tratamento foi avaliada através da análise da média de dias (semanal) que as ações de autocuidado foram realizadas. A Tabela 2 demonstra o resultado de acordo com cada atividade de autocuidado.

Tabela 2

Aderência aos itens do questionário de autocuidado em diabetes

Itens do QAD	Aderência*
1.1 Seguir uma dieta saudável	4,6 ± 2,4
1.2 Seguir a orientação alimentar	4,1 ± 2,3
2.1 Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	3,0 ± 2,6
2.2 Ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral	1,2 ± 2,0
2.3 Ingerir doces	0,8 ± 0,8
3.1 Realizar atividades físicas (30 minutos)	0,8 ± 1,8
3.2 Realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar etc.)	0,7 ± 1,8
4.1 Avaliar o açúcar no sangue	3,4 ± 1,0
4.2 Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	3,2 ± 1,3
5.1 Examinar os seus pés	5,0 (± 3,0)
5.2 Examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los	2,5 ± 1,2
5.2 Secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los	5,2 ± 3,1
6.1 Usar os medicamentos conforme indicado	7,0 ± 0,0
6.2 Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes	6,9 ± 0,7
6.3 Tomar injeções de insulina conforme recomendado	6,3 ± 2,2

Nota: *média de dias que o paciente aderiu ao tratamento e desvio padrão relativo.

Discussão

Atualmente existem recomendações para o desenvolvimento das habilidades de autocuidado do indivíduo com DM para o controle de sua enfermidade, mas para que isso aconteça, é necessário que o paciente tenha participação ativa no monitoramento da sua doença. É necessário que a alimentação seja saudável em relação a qualidade e a quantidade ingerida. Prática regular de atividade física, monitoramento da glicemia capilar, exame dos pés, uso de medicamentos (nos horários e doses corretas), retorno periódico à consulta médica, conhecimento de sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, entre outros cuidados (Baquedano, Santos, Martins & Zanetti, 2010).

Em relação ao sexo, percebeu-se que a maioria dos entrevistados (70%) é do sexo feminino, e segundo dados do *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística* (IBGE) o percentual de adultos com o diagnóstico de DM na região Sul, é de 6,4% do sexo feminino. Quando comparado com o sexo masculino (3,4%) houve coerência dos resultados. Já no estudo de Visentin et al. (2016) não houve diferença entre homens e mulheres.

Notou-se que 45% dos entrevistados estão na faixa etária entre 50 e 59 anos, ao fazermos a relação da capacidade de autocuidado em função da faixa etária, podemos considerar que a idade é um dos fatores importantes para a percepção das barreiras ambientais para adesão ao tratamento. Com isso é possível dizer que, quanto maior a idade, menor será a percepção das barreiras ambientais. Em contrapartida, as pessoas mais jovens são aquelas que mais percebem as barreiras ambientais (Martinez & Moreno 2006).

O estudo de Oliveira, Souza, Zanetti e Santos (2011) destaca a importância da família como componente de motivação para a adesão ao tratamento da DM, enfatizando que o apoio e a participação familiar repercutem positivamente para a melhoria das condutas de autocuidado. Nesta pesquisa foi verificado que 65% dos entrevistados são casados. Estes vínculos exercem papel determinante na vida diária das pessoas, podendo influenciar na tomada de decisões em relação ao seguimento das orientações.

Percebemos na figura 1 que o item com maior aderência foi o uso da medicação, e o item com menor aderência realização de atividades físicas. Outra dimensão que observou-se uma boa aderência foi o item alimentação específica, mas já em contrapartida o item alimentação geral não teve uma aderência desejável.

Quando analisamos os resultados das questões do bloco alimentação, percebemos que apenas nas questões 2.2 (Ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral) e 2.3 (Ingerir doces), tem uma aderência considerada boa, ou seja, a ingestão destes é adequada para o controle da patologia. As demais questões relacionadas à dieta saudável, orientação alimentar e a ingestão de frutas e legumes não podem ser consideradas com boa aderência. Quando comparamos com outros estudos que utilizaram o mesmo método, como o de Gomides, Villas-Boas, Coelho e Pace (2013), na questão de seguir uma alimentação saudável, a média de dias foi de 5,6, acima do encontrado na nossa pesquisa (4,6), já no estudo mais atual de Visentin et al. (2016) a média de dias foi de 4,5. Em relação a questão de seguir a orientação alimentar, a média encontrada neste trabalho foi de 4,1 dias, enquanto Gomides et al. (2013) e Visentin et al. (2016) relataram 4,3 e 3,6 mostrando coerência entre os estudos frente ao nosso. Na questão ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais, o estudo mostrou uma média de 2,9 dias, sendo bem

inferior aos estudos de Visentin et al. (2016) e Gomides et al. (2013) que encontraram valores de 3,8 e 4,7, respectivamente.

A alimentação saudável é um dos principais desafios para aumentar o autocuidado dos pacientes. Segundo a SBD (2017), a ingestão de lipídeos aumenta a concentração plasmática de Lipoproteína de baixa densidade (LDL), por isso, a ingestão de ácidos graxos saturados deve ser abaixo de 6% do valor calórico total da dieta. Algumas fontes de ácidos graxos saturados são carnes gordas, manteiga, óleos de dendê, leites e derivados integrais, bacon, torresmo e embutidos (linguiça, salame, presunto, salsicha e mortadela). Como fontes de gordura trans podemos citar gordura hidrogenada vegetal, frituras, tortas industrializadas, bolos, *fast-foods*, pipoca de micro-ondas, além de biscoitos salgados, recheados e do tipo *wafer*, etc. A oferta destes alimentos mais gordurosos e industrializados parece por muitas vezes ser mais fácil e mais barata que uma alimentação saudável. Para que o paciente consiga controlar os alimentos que ingere muitas vezes é necessário que haja um acompanhamento multidisciplinar, com intuito de identificar quais os problemas esse indivíduo apresenta para assim melhorar a sua alimentação.

Uma das partes mais desafiadoras do tratamento da DM é a alimentação. O cuidado nutricional tem como alicerce uma alimentação variada e equilibrada cujo foco é atender às necessidades nutricionais em todas as fases da vida. Além disto, ela tem como objetivo a manutenção/obtenção de peso saudável e alcance das metas de controle da glicemia. Dessa forma, é indicado que o consumo de fibras seja suficiente, já que as fibras solúveis podem interferir na absorção da glicose alimentar, proporcionando picos glicêmicos pós-prandiais menores. Também é sugerido um controle na ingestão de carboidratos (SBD, 2017).

O sobrepeso e a obesidade estão diretamente relacionados com o descontrole e aumento da diabetes, um estudo de coorte com 291 homens demonstrou que para cada aumento de 1 cm² na área de gordura visceral fora do padrão, o risco para diabetes aumenta em 70% e com isso aumenta a chance de morte prematura (Kuk et al., 2006).

Sabe-se que, as mudanças de hábitos e de comportamentos alimentares, ocorrem de médio a longo prazo. Nos casos que ocorre a educação nutricional, tanto em forma individual ou coletiva, os resultados podem ser observados com mais rapidez. Para que a perda de peso seja efetiva e persistente é necessário, uma abordagem multidisciplinar, com o incentivo à redução do consumo alimentar excessivo e ao aumento da prática de exercícios físicos. (Visentin et al., 2016).

Neste estudo foi percebido que a atividade física foi o quesito onde a aderência foi menor. Quando perguntados se realizam atividades físicas, no mínimo 30 minutos por dia (4 vezes na semana) a média de dias foi de 0,8 dias por semana. Dentre os 40 entrevistados, apenas oito praticam alguma atividade física e apenas seis relataram que realizam atividades físicas específicas como caminhar, nadar, por exemplo. Nesta questão a média foi de 0,7 dias por semana.

A atividade física tem uma grande contribuição indiscutível para o controle do diabetes. Ela aumenta o condicionamento físico, reduz a hipertensão arterial, melhora o perfil lipídico. Porém, quando praticada de forma não planejada ela é uma das causas mais comuns de hipoglicemia no indivíduo diabético. A diminuição da glicose ocorre porque durante a atividade física, os estoques de glicogênio são bloqueados pela presença

da insulina e os músculos consomem glicose, por isso é eminente o risco de hipoglicemia (Tiete, Mascarenhas & Souza, 2015).

Quando a diabetes não está controlada, a insulina é insuficiente para manter a glicemia próxima do normal e, se este indivíduo for submetido a um esforço físico, pode ter seu estado hiperglicêmico agravado. Por este motivo, não é recomendada a prática de exercício em situações de insulinopenia, pois poderá aumentar a descompensação metabólica. A monitorização glicêmica é de extrema importância para que não ocorram intercorrências durante ou após o exercício físico, devendo ser realizada antes, ao longo (quando a duração for superior a 45min) e depois dos exercícios (American Diabetes Association, 2015).

Em relação, a dimensão atividade física, o nosso estudo e o de Gomides et al. (2013) mostraram similaridade já que os resultados ficaram inferiores a 1, ou seja, sem aderência. Por outro lado, quando comparado ao estudo de Visentin et al. (2016) notamos uma diferença maior, pois, o resultado foi de 2,6 para exercícios e 2 para exercícios específicos.

Ao avaliar a monitorização da glicemia, através da avaliação do açúcar no sangue, percebemos que ocorreu uma baixa adesão, a média de dias por semana foi de 3,2, e o número de vezes recomendado, obteve-se uma média de 3,4 dias por semana. No estudo de Visentin et al. (2016) a média ficou em 5,3 e o de Gomides et al. (2013) em 5,8 dias na semana estando bem acima do encontrado neste estudo. Contudo, existem diversas formas para a monitorização da glicemia. Tanto por técnicas laboratoriais tradicionais em laboratórios clínicos quanto através da prática da automonitorização domiciliar por glicemia capilar que pode proporcionar uma visão bastante realista do nível do controle glicêmico durante todo o dia (American Diabetes Association, 2015).

A hiperglicemia influencia negativamente a evolução clínica dos pacientes. Cada aumento de 50 mg/dL em um paciente internado aumenta a mortalidade perioperatória em cirurgias não cardíacas e não vasculares em 52%. Aumenta o risco de complicações (insuficiência renal, sepse e morte) em pacientes recebendo nutrição parenteral em 4,4 vezes, e o tempo de internação em 0,76 dia, além do custo em US\$ 1, 769,00 caso o paciente for submetidos à revascularização. Recentemente, a hipoglicemia tem sido implicada com maior mortalidade hospitalar, tanto em pacientes críticos como em pacientes não críticos. Considerando os diversos sintomas associados à hipoglicemia e à presença de variadas comorbidades que causam sintomas no paciente internado, a monitorização da glicemia é fundamental no diagnóstico e no tratamento da hipoglicemia (Ribeiro et al., 2011).

O pé diabético compreende diversas síndromes em que afecções neuropáticas, isquêmicas e infecciosas pode causar dano tecidual e, posteriormente, ulcerações e amputações. As amputações de membros e úlceras dos pés são as causas mais importantes de morbidade e incapacidade em pessoas com diabetes. Em torno de 85% das amputações das extremidades inferiores relacionadas ao diabetes são antecedidas de uma ulceração nos pés. Os fatores cruciais referentes a progressão de úlceras são a neuropatia periférica, traumas superficiais e deformidades no pé. Diversos indivíduos com diabetes perdem a sensibilidade, podem desenvolver deformidades e não percebem traumas superficiais repetitivos, rachaduras na pele ou danos nos pés (Grupo de trabalho internacional sobre pé diabético, 2001).

Um estudo específico que avaliou o autocuidado com os no município de Teresina no Piauí mostrou uma baixa aderência a este cuidado com resultados das questões 10 (3,1 dias por semana), 11 (2,3 dias por semana), e 12 (3,1 dias por semana) todos abaixo de 5 (Neta, Silva & Silva, 2015). No estudo que realizamos foi verificado um melhor autocuidado com os pés sendo os resultados 5,1; 2,5; 5,2 dias por semana para as questões 10, 11 e 12, respectivamente.

Nos itens sobre o uso da medicação, percebeu-se que todas as questões mostraram uma boa aderência. Outros dois estudos, Gomides et al. (2013) e Visentin et al. (2016) também apresentam resultados coerentes com o encontrado. É perceptível que os pacientes sabem a importância do tratamento medicamentoso, mas não podemos inferir que eles sabem a forma correta de armazenamento e aplicação destes medicamentos. A partir destes dados podemos perceber que as dificuldades em relação ao autocuidado não se concentram apenas no uso das medicações, mas sim na dificuldade e falta de informação dos outros quesitos principalmente a atividade física e a monitorização da glicemia.

Segundo Neta et al. (2015) uma das estratégias para melhorar a adesão ao autocuidado dos pacientes com diabetes são as orientações básicas que devem continuamente disponibilizadas pelos profissionais de saúde no sentido de reduzir a morbimortalidade por complicações da doença. Destacando os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), lembrando que estes são os responsáveis pela grande maioria das ações de saúde, entre as quais o acompanhamento de pessoas com DM. Dentro da unidade básica onde a da pesquisa foi realizada existem diversos recursos para controle da DM, como a consulta individual com médico ou enfermeiro. É trabalhado também em grupo com uma abordagem multidisciplinar, podemos citar como exemplo o grupo de alimentação saudável. Este grupo é conduzido por uma nutricionista e periodicamente tem participação de diversos outros profissionais da saúde. Nele os pacientes recebem orientações sobre alimentação saudável e quando necessário são encaminhados para atendimento individual com outros profissionais da área da saúde incluindo, psicólogo, farmacêutico.

Conclusão

No entanto, podemos concluir que a aderência ao autocuidado ainda é baixa. Nota-se que é uma questão pouco entendida pelo portador da doença. Percebeu-se que, os entrevistados demonstraram dar maior importância para o uso das medicações, do que frente aos demais itens de autocuidado.

Sabendo que o tratamento da diabetes é baseado em três pilares alimentação, atividade física e, se necessário, utilização de métodos farmacológicos, a educação em saúde é uma ferramenta importante para que os pacientes possam compreender a doença e assim entender a importância de realizar um tratamento completo (alimentação/ atividade física/medicamentos). Dentro disto, destacamos a atuação multiprofissional de profissionais de saúde para a promoção da saúde. O farmacêutico tem um papel essencial como educador em saúde podendo orientar o paciente nos diferentes aspectos da doença e em relação ao uso racional de medicamentos. Podemos sugerir que a realização

da dispensação ocorrapelo farmacêutico,onde este profissional oriente sobre o uso, armazenamento e as reações adversas dos medicamentos utilizadas.

Outra estratégia para contribuir na melhor aderência do tratamento é a abordagem em grupo, assim os pacientes podem além de trocar ideias entre si ter acesso a informações que muitas vezes não ficam claras durante uma consulta individual. Atividades que tenham foco na melhor alimentação e que estimulem a atividade física são abordagens validas no caso da DM. Grupos como o de alimentação saudável e de atividade física mostram-se bastante efetivos na melhoria do controle da glicemia. Estes grupos estimulam a mudança de estilo de vida dos indivíduos além de aproximar os participantes criando vínculos que são estendidos para fora da unidade básica. Desta forma um participante acaba estimulando o outro a aderir aotratamento médico e as orientações repassadas pelo grupo.

Referências

- American Diabetes Association. (2015). *Standards of Medical Care in Diabetes Diabetes Care*. (Suppl.1):S4.
- Araújo, L. K. A. (2014) *Proposta de intervenção em adesão ao tratamento de pacientes diabéticos adscritos na unidade de saúde da família cruzeiro ii*. Monografia de Especialização - Curso de Estratégia de Saúde da Família, Universidade Federal do Triangulo Mineiro, Maceio.
- Baquedano, I.R., Santos, M.A., Martins, T.A., & Zanetti, M.L. (2010) Autocuidado de pessoas com diabetes *mellitus* atendidas em serviço de urgência no México. [Versão eletrônica]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18(6):[09 telas].
- Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. (2001) *Consenso Internacional sobre Pé Diabético/publicado sob a direção de Hermelinda Cordeiro Pedrosa*; tradução de Ana Claudia de Andrade, Hermelinda Cordeiro Pedrosa. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
- Gomides, D.S., Villas-Boas, L.C.G., Coelho, A.C.M., & Pace, A.E. (2013) Autocuidado das pessoas com diabetes *mellitus* que possuem complicações em membros inferiores. *Acta Paul Enferm*, 3(26), 289-93.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2017) *Tratado de fisiologia médica*. (13 ed.) Rio de Janeiro: Elsevier.
- International diabetes federation. (2017) *IDF Diabetes Atlas*. (6a ed.) Brussels . Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas>>. Acesso em: 15/06/2017.
- Kuk, J.L., Kattmarzyk, P.T., Nichaman, M.Z., Church, T.S, Blair, S.N., & Ross, R. (2006) Visceral fat is an independent predictor of all-cause mortality in men. *Obesity; Silver Springer* 14(2), 336-341.
- Martinez, A.O, & Moreno, M.M.G. (2006) Barreras ambientales para el apego al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2. *Desarrollo Científico Enferm*, 14(6), 196-201.
- Ministério da Saúde. (2014). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigitel Brasil 2013: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Michels, J.M., Coral, M.H.C., Sakae, T.M., Damas, T.B., & Furlanetto, L.M. (2010) Questionário de atividades de autocuidado com diabetes; tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arq bras endocrinol metab*, 54(7), 644-51.
- Neta, D., Silva, A. R. V. da., & Silva G R.F. (2015). Adesão das pessoas com diabetes *mellitus* ao autocuidado com os pés. *Rev Bras Enferm*, 1(68), 111-6.
- Oliveira, N.F., Souza, M.C.B.M., Zanetti, M.L., & Santos, M.A. (2011) Diabetes *Mellitus*: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicologico. *Rev Bras Enferm*, 64(2), 301-7.
- Paula, D. J. C. (2014). *Análise de custo e efetividade do tratamento de diabéticos adultos atendidos no centro hiperdia de juiz de fora, minas gerais*. 109 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- Pimazoni, A. Netto. (2017) Orientação terapêutica para insulinização no diabetes tipo 2. In: PIMAZONI NETTO, A. *conduta terapêutica no diabetes tipo2: algoritmo SBD 2017*. Atualização 2017, SBD. pp. 25-31.
- Ribeiro, R. S., Peres, R. B., Yamamoto, M. T., Novaes, A. P., Laselva, C. R., Faulhaber, A. C. L., Cendoroglo, M. Neto, Lottenberg, S. A., Hidal, J. T., & Carvalho, J. A. M. de. (2011). Impacto do rastreamento e monitoramento de glicemia capilar na detecção de hiperglicemia e hipoglicemia em pacientes não graves internados. *Einstein*, 1(9), 14-7.
- Sociedade Brasileira de Diabetes / SBD. (2017) *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018*. São Paulo: Clannad.
- Tiete, A.V. C. C., Mascarenhas, L.P.G., & Souza, W.C. (2015) a importância da atividade física para os portadores de diabetes *mellitus*. *Revista Cpaqv: Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, Porto União, 7(1), 01-7.
- Visentin, A., Mantovani, M.F., & Caveião, C. (2016) autocuidado de usuários com diabetes tipo 1 em uma unidade básica de saúde. *Rev enferm UFPE*. 3(10), 991-8.

Recebido em janeiro de 2019

Aceito em outubro de 2019

Loreine Wtodarski: Farmacêutica, residente em Saúde Comunitária do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, Campus Canoas.

Denise Aguiar Fernandes: Farmacêutica, Especialista em Saúde da Família e Comunidade, Hospital Nossa Senhora das Graças – Canoas.

Mariana Brandalise: Farmacêutica, Mestre em Ciências Farmacêuticas, Professora do Curso de Farmácia da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, Campus Canoas. Avenida Farroupilha, 8001 · Bairro São José · CEP 92425-900 · Canoas/RS – (51) 3477-9158.

E-mail para contato: loreinewodarski@hotmail.com.