

## **IDOSOS COM DIABETES MELLITUS: PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO**

Cynara Maria Gomes e Silva<sup>1</sup> e Eglídia Carla Figueiredo Vidal<sup>2</sup>

### **Resumo**

Investigamos idosos com diabetes mellitus (DM) residentes no município de Piquet Carneiro, Ceará, Brasil, quanto à adoção de práticas de autocuidado, identificando perfil social, variáveis clínicas e atividades de autocuidado consideradas ideais para o controle da doença. A diabetes é classificada como a 6º causa de morte em nosso país. A coleta de dados foi realizada de agosto a setembro de 2009 por meio de entrevista com 27 diabéticos com mais de 60 anos, listados no hiperdia (cadastro de hipertensos e diabéticos) pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) do município, no ano de 2009. Evidenciamos baixa adesão nos três itens investigados como práticas do autocuidado com pés, alimentação e controle clínico. Nas práticas de autocuidado com os pés, observamos que 70% desses diabéticos usam calçados inadequados para sua situação de saúde, 74% cortam inadequadamente as unhas, 74% não secam entre os dedos e 55% não hidratam os pés. Quanto à alimentação, 70,35% não consomem a quantidade ideal de refeições indicadas. Nas práticas de controle clínico, 66,66% dos entrevistados não realizam consulta com oftalmologista anualmente. Assim, não se adere totalmente às práticas de autocuidado no cotidiano dos pacientes.

**Palavras-Chave:** Idoso; Diabetes Mellitus; Autocuidado; Programa Saúde da Família.

## ***ELDERLY PEOPLE WITH MELLITUS DIABETES: SELF-CARE PRACTICES***

### **Abstract**

We search elderly people assailed by Mellitus diabetes (MD) residents in the Piquet Carneiro municipality, Ceará, Brazil, concerning the adoption of self-care practices, identifying the number of elderly people with MD, social profile, clinic variable and self-care activities, considered ideal for the control of the disease. Diabetes is classified as the sixth death cause in the our country. The data gathering was done on August and September 2009 by interviewing 27 diabetics over 60 years of age, listed in the “hiperdia” (record of people with hypertension and diabetes) by the municipality’s Family Health Team (ESF), in 2009. We noticed low commitment to the following three items investigated as self-care practice toward feet, nourishment and clinic control. In the self-care practices toward feet, we observed that 70% of diabetics use inadequate footwear because of their health condition, 74% cut their nails inadequately, 74% do not dry between their toes and 55% hydrate their feet. Concerning nourishment, 70,35% do not consume the ideal quantity of indicated meals. In the practices of clinic control, 66,66% of those interviewed do not go the ophthalmologist’s annually. Therefore, there is not a total commitment to the self-care practices in the patients’ daily life

**Key-Words:** Aged; Diabetes Mellitus; Self Care; Family Health Program.

---

<sup>1</sup> Enfermeira do Programa Saúde da Família Catolé da Pista, Piquet Carneiro–CE. [cynaramgomes@yahoo.com.br](mailto:cynaramgomes@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento da Universidade Regional do Cariri (URCA). [egldiavidal@hotmail.com](mailto:egldiavidal@hotmail.com)

## Introdução

O acesso mais fácil aos serviços de saúde e recursos terapêuticos, dentre outros fatores, vem aumentando a expectativa de vida do brasileiro. Isto somado à diminuição da taxa de natalidade resulta no envelhecimento populacional do Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de idosos abrange um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, 8,6% da população brasileira. (IBGE, 2002).

A melhoria nas condições de vida levou a um aumento na expectativa de vida e o país aparenta não ter se preparado para proporcionar qualidade de vida para a população idosa que cresce no Brasil. Destarte, as políticas de saúde, em consideração a essa problemática, têm buscado instituir mecanismos que promovam a melhoria da atenção ao idoso, mas esse cenário nos parece insipiente. A realidade é que junto com o crescimento dessa população aumenta também o leque de doenças crônicas e necessidades particulares dessa faixa etária. O envelhecimento da população traz consigo especialmente o aumento dos índices de doenças e agravos não transmissíveis (DANTs) muitos de características crônicas, como a hipertensão e o diabetes mellitus (DM).

O diabetes mellitus abrange um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, devido a defeitos na secreção de insulina ou em sua ação no organismo, manifestada por sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva podendo levar a complicações agudas que implicam em risco de morte. A hiperglicemia crônica está associada a dano, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos<sup>2</sup>. Isto posto, o diabetes é classificado etiológicamente em diabetes do tipo 1 caracterizada pela destruição da célula beta no pâncreas, podendo levar à deficiência completa de insulina, sendo necessária sua administração para evitar complicações como a cetoacidose, coma e morte; O diabetes tipo 2; O diabetes gestacional caracterizado como o aparecimento da hiperglicemia durante a gravidez que comumente se regulariza no período pós parto; e outros tipos específicos de diabetes (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Salienta-se que a hipertensão, o colesterol alto, o sobrepeso e o fumo são fatores que aumentam o risco do diabético sofrer problemas cardiovasculares. Mais de 50% dos óbitos devido a doenças cardiovasculares poderiam ser evitados se esses fatores fossem combatidos com ações simples e

individuais de hábitos alimentares saudáveis, com práticas de exercícios físicos e o não consumo de cigarros (OPAS, 2003). Assim, o diabetes, é responsável por altas taxas de internação hospitalar e incapacidades físicas, sendo classificado como a sexta causa de morte no nosso país, e quando está associado à hipertensão aumenta o risco de doenças cardiovasculares, que respondem pela primeira causa de morte no Brasil (BRASIL, 2002).

Controlar os níveis pressóricos e de glicemia da população é um problema a ser enfrentado, pois as mudanças nos hábitos de vida, como exercícios físicos e dieta equilibrada são aspectos de difícil adesão pelos pacientes. Segundo Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 60% da população mundial não realiza a indicação de 30 minutos por dia de atividade física de intensidade moderada e 90% dos diabéticos do tipo 2 estão com peso acima do ideal (OPAS, 2003).

“O diabetes apresenta alta morbimortalidade com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular” (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004). O diabetes, assim como outras doenças, demanda para o portador desse agravamento a necessidade de consciência do seu estado de saúde e de adoção de algumas medidas para o seu controle. Com isso torna-se imprescindível o autocuidado e a prática de atividades para a manutenção do seu próprio bem estar e da sua saúde.

Segundo o Consenso Internacional sobre Pé Diabético, 85% das amputações em membros inferiores decorrentes do diabetes foram antecedidas por uma ulceração nos pés, que poderiam ter sido evitadas por ações de autocuidado, como a inspeção frequente dos mesmos em procura de calosidades ou rachaduras e do uso de calçados confortáveis. (BRASIL, 2001).

Segundo a OPAS, 90% dos casos de DM do tipo 2 e 80% dos casos de doenças coronarianas podem ser evitados com o aumento da atividade física, mudanças nos hábitos alimentares e abandono do tabagismo<sup>4</sup>, e dessa maneira, a educação em diabetes é um ponto fundamental que a equipe de saúde deve ater-se, para a elaboração de conhecimentos que favoreçam o autocuidado e a autonomia das pessoas, no intuito de proporcionar uma vida mais saudável.

O atendimento ao paciente com diabetes tem por objetivo controlar a hiperglicemia e com isso mantê-lo assintomático e prevenir as complicações agudas e crônicas. Alcançar essa meta de controle glicêmico e incentivar práticas de autocuidado dependerá do empenho da equipe de saúde e,

principalmente, da motivação e participação ativa do paciente. A base do tratamento do diabetes é o estilo de vida saudável, que inclui: fazer exercícios regularmente, ter uma alimentação adequada, fazer controle do peso corporal, evitar cigarro e bebida alcoólica, podendo ser acrescido ou não de medicação. Portanto, o próprio paciente é o maior responsável por seu quadro clínico, contudo, a equipe de saúde também deverá ter grande habilidade em conquistar e encorajar o paciente a se dedicar, conhecer e aderir às mudanças nos hábitos de vida e, se necessário, também ao uso de medicação hipoglicemiante nos horários estabelecidos.

O portador de DM, portanto, necessita de cuidados especiais, e quando essa síndrome ocorre no paciente idoso, faz-se necessário um cuidado redobrado, uma vez que o idoso possui dificuldades maiores no seu autocuidado e muitas vezes são dependentes de cuidadores para realizar simples atividades da vida diária. Assim o profissional da saúde não pode ater-se apenas na história clínica do idoso diabético, devendo ser levadas em conta algumas particularidades como conhecer seu ambiente familiar e social, para ser feito um plano de cuidados de acordo com as individualidades de cada paciente.

Diante da problemática apresentada, questionamos se os idosos com diabetes mellitus realizam as práticas de autocuidado que poderão contribuir para a diminuição ou eliminação de algumas complicações crônicas da doença, como: autocuidado com os pés (evitando-se gangrena ou infecção); autocuidado com os olhos (prevenção da hemorragia no vítreo e perda da visão); e autocuidado com os rins (prevenindo a insuficiência renal).

Apesar do grande salto dado em relação à saúde do Brasil com o surgimento do PSF, ainda há muito a se construir, principalmente em relação aos idosos, população na qual existem poucos trabalhos que visam atender as particularidades destes. Assim conhecer a realidade de autocuidado de idosos com DM poderá ajudar na elaboração de um programa mais voltado para este grupo na unidade de saúde. Aprofundar o conhecimento sobre o tema exposto é um dos passos que devem ser tomados, para seguir com a mudança que precisa ocorrer para a melhoria da qualidade de vida dos idosos no nosso país. Desse modo, **objetivamos** investigar junto aos idosos diabéticos tipo 2 residentes no município de Piquet Carneiro-CE, presença de práticas de autocuidado nessa população, para tanto, objetivamos ainda, identificar o número de idosos acometidos pelo diabetes tipo 2 na área de estudo estabelecendo seu perfil social, variáveis clínicas para o controle do DM

e identificando atividades de autocuidado consideradas ideais para o controle do diabetes.

## Método

Esta pesquisa exploratório-descritiva foi desenvolvida com o intuito de apresentar dados primários colhidos em campo para um levantamento de informações obtido junto aos diabéticos acompanhados numa Unidade de Saúde da Família. Esse tipo de pesquisa é realizado em locais de convívio social como os postos de saúde, buscando estudar as atividades e crenças de pessoas enquanto praticam suas atividades na vida diária. (LEOPARDI, 2002).

A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Piquet Carneiro, cidade situada na região centro-sul do Ceará. Que conta com população estimada em 15673 habitantes, distribuídos 45,88% na zona urbana e 54,11% na zona rural. A atenção à saúde conta com 05 Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo 02 na zona urbana e 03 na zona rural.

Uma vez que o presente estudo é do tipo quantitativo e, conhecendo que os diabéticos acima de 60 anos listados no Cadastro de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) desde o início do ano de 2009 até o último mês de coleta de dados, setembro do mesmo ano, totalizaram 27 pessoas, pudemos atingir 100% da população, definindo esta totalidade como amostra do estudo. Para tanto, fizeram parte do estudo todos os diabéticos tipo 2 com idade acima de 60 anos que foram cadastrados de janeiro à setembro de 2009, no HIPERDIA das USF do município.

A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto, setembro e outubro de 2009. Primeiramente foi solicitada a anuência do local, com solicitação direcionada à Coordenação do Programa Saúde da Família do município de Piquet Carneiro-CE. Posteriormente os dados foram coletados por entrevista semi-estruturada, que será aplicada pela pesquisadora, abordando questões referentes ao plano investigativo.

Esse método foi empregado por se adequar ao tipo de pesquisa e adaptar-se aos indivíduos interrogados, que poderiam apresentar diferentes níveis de escolaridade, uma vez que a entrevista semi-estruturada é muito usada em estudos de levantamentos, por delimitar os dados desejados e formular as perguntas (SANTOS, 2004).

Após a coleta os dados foram tratados de forma a proceder sua análise, sendo organizados em

tabelas, apresentando valores relativos e absolutos, e discutidos de acordo a literatura pertinente ao tema.

Este estudo seguiu as recomendações advindas da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Não obstante, as recomendações obedecidas procuraram assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. O respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando as pesquisas envolvem comunidades (LEOPARDI, 2002).

## Resultados e Discussão

No intuito de buscar conhecer como se encontra os cuidados que os diabéticos idosos estão tendo consigo mesmos, nas ESF do município de Piquet Carneiro-CE, a pesquisa voltou-se para a investigação de indicadores relacionados as seguintes variáveis: Conhecer o percentual de idosos diabéticos que seguem e os que não seguem atividades de autocuidado consideradas ideais para o controle do diabetes. Para isso, distribuíram-se os dados em três categorias: Aspectos sociais dos entrevistados; dados clínicos dos diabéticos e aspectos relacionados a práticas de autocuidado.

### Aspectos sociais

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos diabéticos segundo aspectos sócio-demográficos, onde podemos observar um predomínio de mulheres (75%) acompanhadas pelos serviços estudados por estarem com DM, evidenciando uma proporção 2,8 vezes maior em relação aos homens.

Em corroboração aos dados apresentados na Tabela 1, estudo realizado em Ventosa, em Belo Horizonte, em dezembro de 2008, observou também essa maior proporção sugerindo que advém da maior preocupação das mulheres com sua saúde do que os homens (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008)

Tabela 1. Distribuição segundo perfil sócio-demográfico. Piquet Carneiro-CE. 2009.

| Variável            | N (27) | % (100) |
|---------------------|--------|---------|
| <b>Sexo</b>         |        |         |
| Feminino            | 20     | 74      |
| Masculino           | 07     | 26      |
| <b>Faixa Etária</b> |        |         |
| 60-65 anos          | 16     | 59,3    |
| 66-70 anos          | 06     | 22,2    |
| 71-75 anos          | 03     | 11,1    |
| 76-80 anos          | 02     | 7,4     |
| <b>Estado Civil</b> |        |         |
| Casado(a)           | 13     | 48      |
| Viúvo(a)            | 07     | 26      |
| Solteiro(a)         | 04     | 15      |
| Separado(a)         | 03     | 11      |
| <b>Escolaridade</b> |        |         |
| Analfabeto          | 12     | 44,44   |
| Ens fund incompl    | 13     | 48,14   |
| Ens fund completo   | 0      | 0       |
| Ensino Médio        | 02     | 7,4     |
| Ensino superior     | 0      | 0       |

Quanto ao estado civil, observamos que 48% dos entrevistados são casadas/os, enquanto cerca de 52% não tem companheiras/os, sendo 26% viúvas/os, 14% solteiras/os e 11% separadas/os. É importante a observação desses dados, pois a partir deles é possível especificar programas educativos para cada um dos grupos. Tomando como exemplo os casados em que seria interessante que um trabalho de educação que se estendesse para toda a família. “A doença exigirá da família modificações nos hábitos do portador e, conseqüentemente, aprendizagem e adaptações de todos os membros do sistema familiar, a fim de encorajar aquele que sente solidão, o desamparo e a ansiedade diante do desconhecido” (SANTANA, 2002).

No que tange à escolaridade, observamos o grande número de diabéticos com nenhuma ou baixa escolaridade. O motivo dessa situação talvez possa ser explicado por estarmos investigando pessoas acima de 60 anos, pois o acesso à escola em anos anteriores era muito difícil. Esse quadro nos leva a pensar na necessidade de programar ações educativas que contemplem o aprendizado dos indivíduos de qualquer nível de escolaridade, para que não haja falha no processo de reeducação necessária à prevenção do pé diabético. Estudo realizado em Minas Gerais, também mostrou a presença da baixa escolaridade da maioria dos participantes, onde 29,3% eram analfabetos, e 43,9% possuíam ensino

fundamental incompleto (LOPES; OLIVEIRA, 2004).

### Aspectos Clínicos

Foram investigados os aspectos clínicos através das fichas do HIPERDIA e prontuários familiares de cada diabético em estudo, onde foram observados registros de glicemia e pressão arterial, dispostos na Tabela 2 que apresenta a distribuição dos diabéticos segundo parâmetros clínicos. Podemos observar que o controle da glicemia só é atingido por 26% dos indivíduos em estudo. Demonstra também que 85% das mulheres em estudo estão com obesidade central em contraposição aos homens que apresentam bem menos essa característica (28,57%). Uma porcentagem bem alta é observada no índice de massa corpórea em que 77,77% dos diabéticos do estudo estão com excesso de peso ou com obesidade.

A obesidade central é um dos fatores mais importantes da síndrome metabólica, solo comum do diabetes, das doenças cardiovasculares e das complicações microvasculares. Relata ainda que os mecanismos que associam a obesidade às complicações da síndrome metabólica ainda não estão totalmente esclarecidos, mas a hipótese predominante é de que o aumento dos depósitos de gordura, especialmente viscerais (obesidade central), levaria a uma maior circulação de ácidos graxos livres e, conseqüentemente, à inibição da ação da insulina em tecidos sensíveis a esse hormônio (DUNCAN; SCHMIDT, GIUGLIANI, 2004).

Tabela 2. Distribuição segundo parâmetros clínicos. Piquet Carneiro-CE. 2009.

| Variável                         | N  | %     |
|----------------------------------|----|-------|
| <b>Controle de Glicemia</b>      |    |       |
| até 120 mg/dl                    | 7  | 26    |
| acima 120 mg/dl                  | 20 | 74    |
| <b>Total</b>                     | 27 | 100   |
| <b>Circunferência da cintura</b> |    |       |
| <b>Sexo feminino</b>             |    |       |
| até 88cm                         | 03 | 15    |
| acima de 88cm                    | 17 | 85    |
| <b>Total</b>                     | 20 | 100   |
| <b>Sexo masculino</b>            |    |       |
| até 102 cm                       | 05 | 71,42 |
| acima 102 cm                     | 02 | 28,57 |
| <b>Total</b>                     | 07 | 100   |
| <b>Continua....</b>              |    |       |

|                                     |    |       |
|-------------------------------------|----|-------|
| <b>Índice do IMC</b>                |    |       |
| Intervalo normal 18,5 – 24,9        | 06 | 22,22 |
| Excesso de peso > ou = 25,0         | 17 | 62,96 |
| Obeso > ou = 30,0                   | 04 | 14,81 |
| <b>Total</b>                        | 27 | 100   |
| <b>Controle da Pressão Arterial</b> |    |       |
| Sim                                 | 20 | 74,07 |
| Não                                 | 07 | 25,92 |
| <b>Total</b>                        | 27 | 100   |
| <b>Tipo de tratamento</b>           |    |       |
| Não Medicamentoso                   | 2  | 7,4   |
| Medicamento                         | 25 | 92,6  |
| <b>Total</b>                        | 27 | 100   |
| <b>Hipoglicemiante usado</b>        |    |       |
| Oral                                | 23 | 92    |
| Injetável + oral                    | 2  | 8     |
| <b>Total</b>                        | 25 | 100   |

Vários ensaios clínicos atestam que o tratamento da obesidade a curto e médio prazo reduz a glicemia e a pressão arterial (DUNCAN, SCHMIDT, GIUGLIANI, 2004. p.650).

Um desses estudos de custo-efetividade demonstrou que o tratamento intensivo da hipertensão em diabéticos poupou muitas vidas e dinheiro com a diminuição da incidência de complicações (DUNCAN; SCHMIDT, GIUGLIANI, 2004).

A tabela 2 também apresenta a distribuição dos diabéticos segundo o tratamento usado para controle do diabetes. Nela podemos observar que somente 7,4% não necessitam de medicação, o controle é feito apenas através de dieta e exercícios. Pode-se observar também que é baixo o número de pessoas que precisam fazer uso da insulina, somente 7,4% dos diabéticos estudados. Em corroboração, um estudo feito em Minas Gerais, em 2002 observou que o número de diabéticos que fazem uso da insulina também é baixo, 7,3%. Sendo que o maior número encontrado é o de pessoas que fazem o tratamento da diabetes através do uso da medicação associado à dieta (LOPES; OLIVEIRA, 2004).

Atualmente, existem cinco classes diferentes de agentes orais, redutores da glicemia, disponíveis no comércio do Brasil: 1-As sulfanilurêias (Primeira geração: Clorpropamida; Segunda geração: Glibenclamida Gliclazida Glipizida Glimepirida) 2-As glitinidas (Repaglinida, Nateglinida) 3-Biguanidas (Metformina) 4-Tiazolenedionas (Rosiglitazona, Pioglitazona) 5- Inibidores da alfa-glicosidase (Acarbose) (SGARBI e VILLAR, 2004). Para a escolha do hipoglicemiante adequado devem-se considerar aspectos individuais do paciente, como idade, peso, níveis da glicose sanguínea (jejum e pós-prandial) e aspectos clínicos indicativos de

resistência ou deficiência insulínica. Assim pacientes idosos, por exemplo, com diabetes tipo 2, tratados com acarbose apresentaram redução significativa na HbA1C, na glicemia (jejum e pós-prandial) e na resistência insulínica. Já os obesos, com diabetes tipo 2, têm melhor desfecho se tratados com metformina (SGARBI; VILLAR, 2004).

### Aspectos de Autocuidado

A tabela 3 apresenta a distribuição dos diabéticos segundo práticas de autocuidado, e com relação ao autocuidado com os pés, pode-se observar que a maioria dos diabéticos abordados (70,3%) refere usar predominantemente chinelos, que são calçados não recomendados para pessoas com diabetes, enquanto apenas 7,4% deles referiram usar o calçado apropriado para quem possui diabetes, os sapatos fechados e confortáveis. Outras práticas inadequadas de autocuidado foram observadas, em relação ao corte de unhas 74% as cortam em formato arredondado tirando os cantos, 74% não secam os dedos após lavá-los e 55% não hidratam os pés.

Em corroboração, um estudo feito a fim de identificar o conhecimento e comportamento de pessoas diabéticas em relação aos cuidados com os pés, em 2009, verificou-se que 98,2% usam calçado aberto em casa e para sair, 83,6% cortam as unhas de maneira inadequada, rente ao dedo e de forma arredondada; 78,2% não hidratam os pés diariamente (ROCHA; ZANETTI; SANTOS, 2009).

Em outro estudo realizado com diabéticos, 43,9% dos estudados não utilizavam calçados adequados, sendo o chinelo também o calçado mais utilizado pelos entrevistados (51,2%) (LOPES; OLIVEIRA, 2004).

Ressalta-se que os sapatos para quem possui diabetes devem ser de couro macio ou tecido que não apertem e com uso de meias sempre. Os sapatos novos devem ser usados com moderação, começando o uso em casa por curto espaço de tempo para depois ir aumentando gradativamente seu uso (BRASIL, 2006).

No que tange ao autocuidado alimentar, observou-se que a grande maioria dos indivíduos (70,35%) não consome a quantidade de refeições indicadas para uma pessoa que posse diabetes. Sendo que 7,4% deles consomem apenas duas refeições diárias, 29,62% apenas três refeições, 33,33% consomem quatro refeições, enquanto um total de 29,62% apenas consome a quantidade certa de refeições (cinco a seis refeições diárias).

As refeições diárias devem ser fracionadas em cinco a seis refeições, devendo ser estimulados o

consumo de alimentos ricos em frutas, verduras, legumes, feijões e cereais integrais, pois é parte fundamental do tratamento do diabetes a terapia nutricional baseada em uma alimentação saudável (BRASIL, 2006). Em corroboração, estudo com diabéticos demonstrou que a dieta e o fator financeiro foram vistos como as maiores dificuldades encontradas pelos pacientes no tratamento do DM, verificando uma relação entre as duas dificuldades, uma vez que a população em estudo considerava que a adesão à dieta seria maior se a renda financeira fosse melhor (PACE; NUNES; VIGO, 2003).

Quanto à distribuição dos diabéticos segundo visitas ao oftalmologista com regularidade, como uma prática de autocuidado em prevenção a doenças adjacentes, pode-se observar que a maioria, 66,66%, dos diabéticos tipo 2 desse estudo não realiza consulta com oftalmologista anualmente.

Tabela 3. Distribuição segundo práticas de autocuidado. Piquet Carneiro - CE. 2009.

| Variável                                       | N<br>(27) | % (100) |
|------------------------------------------------|-----------|---------|
| <b>AUTOCUIDADO COM OS PÉS</b>                  |           |         |
| <b>Tipo de sapatos usados</b>                  |           |         |
| Fechados e confortáveis                        | 08        | 29,62   |
| Chinelos                                       | 19        | 70,3    |
| <b>Maneira de cortar as unhas</b>              |           |         |
| Retas sem cortar os cantos                     | 07        | 25,92   |
| Arredondas tirando os cantos                   | 20        | 74,07   |
| <b>Secar os dedos após lavá-los</b>            |           |         |
| Sim                                            | 07        | 25,92   |
| Não                                            | 20        | 74,07   |
| <b>Hidratação dos pés</b>                      |           |         |
| Sim                                            | 12        | 44,44   |
| Não                                            | 15        | 55,55   |
| <b>AUTOCUIDADO ALIMENTAR</b>                   |           |         |
| <b>Quantidade de refeições diárias</b>         |           |         |
| Duas                                           | 02        | 7,4     |
| Três                                           | 08        | 29,62   |
| Quatro                                         | 09        | 33,33   |
| Cinco                                          | 05        | 18,51   |
| Seis                                           | 03        | 11,11   |
| <b>Consumo de frutas/ verduras diariamente</b> |           |         |
| Sim                                            | 16        | 59,25   |
| Não                                            | 11        | 40,74   |
| <b>Cumprimento da dieta</b>                    |           |         |
| Sim                                            | 10        | 37,03   |
| Não                                            | 17        | 62,96   |
| <b>AUTOCUIDADO PARA CONTROLE CLÍNICO</b>       |           |         |
| <b>Visita ao oftalmologista anualmente</b>     |           |         |
| Sim                                            | 09        | 33,33   |
| Não                                            | 18        | 66,66   |



|                                            |    |       |
|--------------------------------------------|----|-------|
| <b>Continua...</b>                         |    |       |
| <b>Realiza exame de urina regularmente</b> |    |       |
| Sim                                        | 11 | 40,74 |
| Não                                        | 16 | 59,25 |

Observa-se que retinopatia diabética é a primeira causa de cegueira adquirida pós puberdade e mais do que 60% dos diabéticos tipo 2, após 20 anos do diagnóstico da diabetes, apresentam alguma forma de retinopatia, por isso orienta o início do rastreamento da retinopatia no momento do diagnóstico e que a periodicidade do rastreamento deve ser anual, quando se trata de diabetes tipo 2 (DUNCAN; SCHMIDT, GIUGLIANI, 2004). Em estudo realizado em São Paulo, em 2007, observou que o tempo decorrido entre o diagnóstico de DM e o primeiro exame de retina variou de 3 meses a 18 anos (média  $5,2 \pm 4,81$  anos) para os portadores de DM tipo 2 (MAIA JÚNIOR, 2007). Ocorre grande variação no tempo entre o diagnóstico e a realização do primeiro exame de retina, sendo que o ideal é que esse rastreamento seja feito no momento do diagnóstico, pois o paciente não sabe há quanto tempo a doença (diabetes) está presente antes do diagnóstico.

Com relação à distribuição dos diabéticos segundo realização de exame de urina com regularidade, pode-se observar que a maioria, 59,25%, não se preocupa em fazer esse exame com regularidade. Salienta-se que a presença de infecção no paciente diabético pode comprometer o adequado controle glicêmico, portanto a monitorização destes pacientes torna-se importante. E as complicações de infecções do trato urinário (ITU) são mais frequentes entre diabéticos (HEILBERG; SCHOR, 2003).

A tabela 4 apresenta a distribuição dos diabéticos segundo hábitos de vida, nela observa-se uma pequena parcela dos diabéticos que são fumantes, apenas 3,7%. Já o consumo de álcool é de 11,11% dos diabéticos. E a realização de exercício físico regularmente é referida apenas por 25,92% dos participantes.

O tabaco é responsável pelo agravamento de várias doenças comuns, que adquirem maior significado com o avançar da idade, pois se somam às perdas funcionais próprias do envelhecimento. E ainda aumenta o risco dos indivíduos que já estão com algum fator de risco para doenças cardiovasculares, tais como os portadores de diabetes, hipertensão, obesidade, dislipidemia, hiperuricemia, entre outros (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Tabela 4. Distribuição dos diabéticos segundo hábitos de vida. Piquet Carneiro-CE. 2009.

| Variável                 | N =27 | % (100) |
|--------------------------|-------|---------|
| <b>HÁBITOS DE VIDA</b>   |       |         |
| <b>Consumo de Álcool</b> |       |         |
| Sim                      | 03    | 11,1    |
| Não                      | 24    | 88,9    |
| <b>Fumante</b>           |       |         |
| Sim                      | 1     | 3,7     |
| Não                      | 26    | 96,3    |
| <b>Exercício Físico</b>  |       |         |
| Sim                      | 7     | 25,9    |
| Não                      | 20    | 74,1    |

A ingestão de álcool deve ser moderada e de preferência junto das refeições, e o limite diário é de uma a duas doses, ou seja, uma equivalência de 10-20g de álcool/dia (BRASIL, 2006).

No que concerne a prática de exercício físico, existem estudos observacionais que demonstram o efeito protetor do exercício físico continuado sobre várias doenças inclusive o diabetes tipo 2. Essa proteção ainda não tem seus mecanismos totalmente esclarecidos, mas alguns estudos demonstram que a atividade física regular leva à melhora da tolerância a glicose e sensibilidade à insulina, além da melhora do perfil lipídico, da fibrinólise e da função plaquetária, redução da pressão arterial, controle da obesidade, aumento da densidade óssea, melhora da imunidade e de aspectos psicossociais (DUNCAN; SCHMIDT, GIUGLIANI, 2004). Segundo os autores, a atividade física assume uma função indireta na redução do risco de complicações relacionadas ao diabetes, especialmente a cardiopatia isquêmica. Em corroboração, outro estudo observou que a maioria dos estudados (66,66%) não praticavam atividade física com regularidade (PACE; NUNES; VIGO, 2003).

A despeito do conhecimento sobre os fatores de riscos provenientes da neuropatia diabética e infecção por fungo para o desenvolvimento do pé diabético (Tabela 5), os diabéticos referiram: 1- choque ou pontada; 2- queimação; 3- micose ou frieira; 4- dormência; e 5- câimbras. Pode-se observar que a maioria (51,8%), referiu saber quais são os sinais de perigo para ulceração e amputação do pé, citados durante a entrevista.

Tabela 5: Conhecimento dos fatores de risco da neuropatia diabética e da infecção por fungos para o desenvolvimento do pé diabético. Piquet Carneiro - CE. 2009.

| Variável                                                                                                | N =27 | 100 % |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| <b>SINAIS DE ALERTA</b>                                                                                 |       |       |
| <b>Todos os itens citados</b><br>(Choque ou pontada; Queimação; Micose ou frieira; Dormência; Cãimbras) | 14    | 51,8  |
| <b>Quatro itens citados</b><br>(Choque ou pontada; Queimação; Dormência; Cãimbras)                      | 02    | 7,4   |
| <b>Nenhum item</b>                                                                                      | 06    | 22,22 |

Segundo o Consenso Internacional sobre Pé Diabético, 85% das amputações das extremidades inferiores relacionadas ao diabetes são precedidas por uma ulceração nos pés. Sendo a neuropatia periférica um dos fatores mais importantes relacionados ao desenvolvimento dessas úlceras. Os sintomas da neuropatia periférica incluem dores em queimação, pontadas, parestesia, sensações de frio e calor nos pés, hiperestesia, entre outros (BRASIL, 2001).

As infecções cutâneas por fungos constituem uma porta de entrada para infecções mais graves, já que a micose causa coceira que pode lesionar a pele do paciente diabético (BRASIL, 2001). Estudo realizado com diabéticos, para investigar os fatores comportamentais para prevenção do pé diabético, encontrou que os principais sintomas da neuropatia sensitiva são: cãimbra, dormência, queimação e formigamento (ROCHA; ZANETTI; SANTOS, 2009).

A evidência de que os diabéticos neste estudo referem conhecer as sensações que podem levar ao que chamamos de pé diabético, pode representar significância no sentido de que essa informação seja adotada como motivo de procura por serviço de saúde para adoção de condutas que possam contribuir na melhoria do padrão alterado.

## Conclusão

Com base nos resultados obtidos com esta investigação, pode-se concluir que é elevado o número de pacientes acima de 60 anos com diabetes, assistidos pelas Equipes de Saúde da Família do município de Piquet Carneiro - CE, que não aderem a maioria das práticas de autocuidado.

Foram encontrados baixa adesão nos três itens investigados como práticas do autocuidado, com os pés, com a alimentação e controle clínico. Nas práticas de autocuidado com os pés, tivemos os seguintes achados: 70% usam calçados inadequados, 74% cortam de maneira errônea suas unhas, 74% não secam entre os dedos para evitar micoses e 55% não hidratam seus pés para evitar rachaduras. Quanto à alimentação, 70,35% não consomem a quantidade de refeições indicadas para uma pessoa que posse diabetes. Nas práticas de controle clínico, 66,66%, dos diabéticos tipo 2 desse estudo não realiza consulta com oftalmologista anualmente.

Concluimos que as práticas de autocuidado não são totalmente aderidas no cotidiano dos pacientes prejudicando dessa maneira o controle da doença e de suas possíveis complicações. É necessário investigar o motivo dessa não adesão, uma vez que pode se dar em razão da falta de conhecimento sobre as práticas de autocuidado ou pela falta de estímulo para adoção das mesmas. Cabe à equipe de saúde atuar intensamente nessa questão, através de ações de educação em saúde e de monitoramento dos elementos que envolvem a adesão dos diabéticos às práticas de autocuidado.

Entende-se que, diante dos dados obtidos, fica realçada a necessidade de mais estudos que possam avaliar fatores desencadeadores de um processo de reflexão para adesão ao autocuidado pela pessoa com diabetes, fomentando estratégias que possam promover a saúde dessas pessoas com base na educação em saúde e *empowerment*.

## Referências

ASSUNÇÃO, T.S.; URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de *diabetes mellitus* assistidos pelo programa saúde da família. Ventosa: Belo Horizonte. In.: **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, (2): 2189-2197. Rio de Janeiro: dez. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16, Série A, Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Consenso internacional sobre pé diabético**. 2001. Documento preparado pelo "Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético". Disponível em: <<http://dtr2004>>.



saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/g>. Acesso em: 20 mar. 2009.

BRASIL, Secretaria de Políticas de Saúde/MS. Projeto promoção da saúde. Programa nacional de promoção da atividade física "Agita Brasil": atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. In.: **Rev. saúde pública**, v. 36, n.2. São Paulo: apr. 2002.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R. J. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GROSS, L.J. *et al.* **Diabetes melito**: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. São Paulo: v. 46, n. 1, fev. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302002000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302002000100004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 26 out. 2008.

HEILBERG, I.P.; SCHOR, N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário. Itu. In.: **Rev assoc méd bras.** v. 49, (1): 109-116. São Paulo: jan./mar. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302003000100043&script=sci\\_arttext&tlng=](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302003000100043&script=sci_arttext&tlng=)>. Acesso em: 18 out. 2009.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE lança o perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em: 22 jan. 2009.

LEOPARDI, M.T. *et al.* **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

LOPES, F.A.M.; OLIVEIRA, F.A. Fatores de risco para o desenvolvimento do pé diabético em sujeitos atendidos pelo programa saúde da família (PSF). In.: **Patge**, v. 9, (15): 154-166, 2004.

MAIA JUNIOR, O.O. *et al.* Avaliação oftalmológica tardia em portadores de retinopatia diabética. In.: **Rev. assoc. med. bras.**, v. 53: (1) 39-43, 2007. ISSN 104-4230. doi: 10.1590/S0104-42302007000100017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci.\\_arttext&pid=S010442302007000100017&lng=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci._arttext&pid=S010442302007000100017&lng=pt&nrm=isso)>. Acesso em: 18 out. 2009.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: 2003. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d\\_crônic.pdf](http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_crônic.pdf)>. Acesso em : 26 out. 2008.

PACE, E.A.; NUNES, D.P.; VIGO, O.K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de *diabetes mellitus*. In.: **Rev. latino am. enf.** v. 11, (3): 312-319, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16540.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2009.

ROCHA, R.M.; ZANETTI, M.L.; SANTOS, M.A. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. In.: **Acta paulista de enfermagem**, v. 22, n. 1. São Paulo: 2009.

SANTANA, M.G. *et al.* **Rede de saberes em diabetes e saúde**: um exercício de interdisciplinaridade. Pelotas: Edição Independente, 2002.

SANTOS, H.H. **Manual prático para a elaboração de projetos, monografias, dissertações e teses na área de saúde**. 2. ed. João Pessoa: UFPB/Ed. Universitária, 2004.

SGARBI, J.A.; VILLAR, H.C.C. **Diabetes mellitus**: tratamento medicamentoso. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Elaboração Final: 7 nov. 2004 Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/4\\_volume/13-Diabetes.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/13-Diabetes.pdf)>. Acesso em: 17 out. 2009.