

CONHECIMENTOS DOS USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Priscila de Faria Pereira¹, Palloma Maciel Chaves Cordeiro², Laydiane Fátima Duarte de Sousa³, Heloísa de Carvalho Torres⁴

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os conhecimentos dos usuários com diabetes *mellitus* na atenção primária à saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, realizado em uma unidade básica de saúde no município de Belo Horizonte, ano de 2012. Um total de doze usuários com diabetes em seguimento no programa educativo participaram do grupo focal, a fim de discutir e compreender o quanto os conhecimentos sobre a doença influenciam na adesão ao plano alimentar e as práticas de atividade física, e no aparecimento de complicações em diabetes. As falas foram analisadas, por meio da análise de conteúdo, da qual emergiram as seguintes categorias: conhecendo o diabetes, restrição na alimentação, as barreiras na prática de atividade física, o uso correto dos medicamentos e o medo das complicações da doença. **RESULTADOS:** Constatou-se que os usuários apresentam conhecimentos satisfatórios em relação à fisiopatologia, às práticas de autocuidado e sobre as complicações da doença. No entanto, relatam aspectos dificultadores que interferem na adesão ao plano alimentar, à prática de atividade física e à terapia medicamentosa no cotidiano diário. **CONCLUSÃO:** Constatou-se que há necessidade de investir em programas educativos, para o aprimoramento dos conhecimentos sobre a doença para o enfrentamento das barreiras para a realização das práticas de autocuidado e a prevenção de complicações do DM2.

PALAVRAS-CHAVE: Conhecimento, Educação, Autocuidado, Diabetes *mellitus* tipo 2.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess the knowledge of users with diabetes *mellitus* in primary health care. **METHODOLOGY:** This was a descriptive study in a basic health unit in the city of Belo Horizonte, 2012. A total of twelve patients with diabetes in the follow-up education program participated in the focus group to discuss and understand how knowledge about the disease influence the adherence to diet and physical activity practices, and the development of complications in diabetes. The speeches were analyzed through content analysis, from which emerged the following categories: knowing diabetes, restriction on food, the barriers to physical activity, the correct use of medication and fear of disease complications. **RESULTS:** We found that users have adequate knowledge of the pathophysiology, the self-care practices and about the complications of the disease. However, reports hindering aspects that influence adherence to diet, to physical activity and drug therapy in the daily diary. **CONCLUSION:** We found that there is need to invest in educational programs to improve knowledge about the disease to face barriers to the achievement of self-care practices and the prevention of complications of T2DM.

KEYWORDS: Knowledge, Education, Self-Care, Diabetes mellitus type 2.

1. Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
2. Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
3. Acadêmica do curso de graduação em Nutrição, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
4. Pós-Doutora, professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) é considerado um problema de saúde pública mundial em função de sua elevada e crescente prevalência em vários países. Em 2010, a prevalência de diabetes entre adultos (20-79 anos) era de 6,4%, afetando 285 milhões de pessoas, e irá aumentar para 7,7%, o equivalente a 439 milhões de adultos em 2030 ⁽¹⁾. Diante disso, faz-se necessário investir em programas de educação em diabetes, a fim de melhorar os conhecimentos sobre a doença.

Segundo a literatura ⁽²⁻⁴⁾, o conhecimento em DM está relacionado à fisiopatologia da doença, sintomatologia, tratamento, complicações e ações de autocuidado: dieta balanceada, prática de atividade física, uso de medicamentos e controle metabólico. Estudos ^(2,5,6) constataram que programas educativos em DM, embasados no modelo dialógico, é um fator que contribui para o aprimoramento dos conhecimentos e aquisição de habilidades para as práticas de autocuidado. A metodologia freiriana ⁽⁷⁾, ao valorizar os conhecimentos e experiências dos indivíduos, proporciona um momento de diálogo e socialização que favorece a troca entre o saber popular e o científico.

Segundo autores ⁽⁵⁾, o aumento do conhecimento está associado à predisposição para assumir o autocuidado. No caso particular do controle do diabetes, essa predisposição propicia maior receptividade ao tratamento, confiança na equipe multiprofissional, melhora da autoestima, percepção positiva perante a doença e aceitação social. Estudos ⁽¹⁰⁻¹³⁾ afirmam que o aumento do conhecimento em DM está relacionado com maior nível de escolaridade; maior nível sócio-econômico, presença de familiares com diabetes e faixa etária intermediária. Além disso, fatores pessoais (aspectos sociais, psicológicos e percepção da doença), condição socioeconômica e o acesso aos serviços de saúde contribuem para o processo de aprendizagem ^(6,24).

Estudos ^(5,14) mostram que há déficit significativo de conhecimento e de habilidade em 50 a 80% dos indivíduos acometidos por esta doença. As pessoas com diabetes têm dificuldade para compreender as consequências e as complicações da não aderência ao tratamento. Isso demonstra que os indivíduos possuem barreiras e limitações como baixo nível de escolaridade e de cognição, além de uma orientação ineficiente pelos profissionais de saúde.

Diante disso, busca-se saber o grau de entendimento dos usuários diabéticos a cerca da sua doença, para compreender o quanto esse conhecimento influencia na adesão, tratamento e

aparecimento de complicações. O objetivo deste estudo foi analisar os conhecimentos dos usuários com diabetes na atenção primária à saúde.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, com doze usuários com Diabetes Mellitus, em seguimento no programa educativo, de ambos os sexos, com idade entre 30 e 80 anos, em uma unidade básica de saúde da região Leste do município de Belo Horizonte (MG).

Intervenção em DM

O programa educativo em DM foi conduzido por uma equipe multiprofissional previamente capacitada e incluiu quatro encontros, nos quais compareceram, em média, seis participantes. O tempo de duração de cada grupo foi de noventa minutos e os temas abordados sobre DM2 envolveram conceitos sobre a doença, as complicações e as formas de tratamento. Os materiais educativos, utilizados foram dois mapas de conversação, além de dinâmicas interativas distribuídos em dois momentos.

No primeiro momento, abordou-se a fisiopatologia e a prevenção das complicações agudas e crônicas com a utilização do Mapa de Conversação 1 para demonstrar como é o funcionamento do organismo de um indivíduo com e sem DM, bem como as causas e as consequências da doença. No segundo momento, abordou-se a importância da alimentação apropriada e a prática de atividades físicas por intermédio do Mapa de Conversação 2. Este apresenta as situações cotidianas que envolvem a alimentação do diabético bem como “quando”, “como” e “o quanto” comer. Além disso, ele contempla também sugestões de atividades físicas que podem ser realizadas.

Foi utilizado um roteiro composto por perguntas norteadoras sobre conhecimento em relação à doença, adoção do plano alimentar, prática de atividade física, tratamento, complicações e a importância de programas educativos em diabetes.

Abordagem qualitativa

A coleta das informações ocorreu através da técnica de grupo focal e do preenchimento de uma ficha de identificação.

O grupo focal contou com a participação de 12 indivíduos selecionados pela idade entre 30 a 80 anos e inseridos no processo educativo em DM. A técnica de grupo focal permite extrair informações provenientes das discussões e reflexões propostas por meio do diálogo, interação e discussão em grupo ⁽⁹⁾ sobre um tópico específico proposto pelo pesquisador. O objetivo da realização do grupo focal foi discutir e compreender o quanto os conhecimentos sobre a doença influenciam na adesão ao plano alimentar e atividade física, e o aparecimento de complicações em diabetes.

O grupo focal foi registrado manualmente e gravado, sistematizado e categorizado para compor um banco de dados, considerando-se opiniões recorrentes, dissensos e consensos. Em seguida procedeu-se o processamento e a interpretação dos dados a partir do enfoque da análise temática em sua versão adaptada por Bardin ⁽¹⁵⁾. Foram emersas as

seguintes categorias: conhecendo o diabetes, restrição na alimentação, barreiras na prática de atividade física, o uso correto dos medicamentos e o medo e das complicações do DM.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (MG), sob o parecer 0024.0.410.203-09 A, tendo cumprido todas as exigências estabelecidas pela Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A maioria dos participantes foi do sexo feminino, idade média de 64 anos, casados, aposentados, ensino fundamental incompleto, com renda mensal de 1 a 2 salários mínimos.

Apresentação das categorias dos temas obtidos:

1) Conhecendo o Diabetes

Esta categoria compreende a definição, as causas, os sintomas e as alterações fisiológicas e bioquímicas do DM2. Verifica-se que alguns usuários apresentam um conhecimento prévio sobre as alterações fisiológicas do DM:

(P1) “Olha está faltando a chave, o pâncreas não está produzindo (...) ele é um dos principais órgãos que vai deteriorando a glicose.”

(P1) “Uma coisa que eu percebi que faz a glicose subir, é a contrariedade. O meu problema é esse, se eu tiver nervosa, ela sobe.”

Percebe-se que o usuário possui um conhecimento empírico ao relacionar a alteração glicêmica com o desequilíbrio emocional. Sabe-se que inúmeras barreiras impedem o bom controle metabólico, incluído a baixa compreensão sobre os aspectos clínicos da doença, a não realização da atividade física e a dificuldade para adoção do plano alimentar ⁽¹⁶⁾.

2) Restrições na Alimentação

O tema adoção do plano alimentar abrangeu os grupos de alimentos, frequência alimentar dos usuários, as “permissões” e as “proibições” no DM2. Nessa temática, os usuários demonstraram mais conhecimento, dúvidas e interesse. Percebe-se que alguns usuários compreendem e sabem exemplificar conceitos básicos de nutrição, envolvendo os grupos de alimentos:

(P4) “O carboidrato é a batata, arroz, macarrão (...), mas carboidrato em excesso também faz mal (...) tem proteína na soja e na aveia, e tem gordura nas frituras, na carne.”

Os usuários relataram a influência da condição econômica para aquisição de alguns alimentos e a importância do fracionamento alimentar:

(P5) “Como de tudo que eu gosto, moderadamente. Já deixei de comer, pois não tinha dinheiro, agora que posso comprar quero comer de tudo que gosto, mas tentando controlar na quantidade devido à doença.”

A alteração de hábitos alimentares representa o maior desafio para muitos usuários, pois a dieta recomendada é considerada proibitiva e restrita. Além disso, fatores culturais e econômicos também podem influenciar a mudança de comportamento. Outra dificuldade relatada é a prática de atividade física, como será discutido na próxima categoria.

3) Barreiras na Prática de Atividade Física

Percebe-se que a maioria da população estudada é sedentária e está acima do peso adequado. Alguns usuários compreendem a importância da atividade física para o controle do peso. Dos usuários que relataram a prática de atividade física, a caminhada e a hidroginástica foram as modalidades mais citadas:

(P1) “A melhor atividade física pro diabético é a caminhada”

(P3) “Eu sou esforçada e procuro melhorar sempre. Eu faço hidroginástica.”

Dentre as causas para a não realização da atividade física pode-se citar dores articulares, a falta de espaços adequados e a falta de tempo. Percebe-se a importância de uma equipe multidisciplinar na qual deve estar inserida o fisioterapeuta e/o educador físico, pois eles deverão considerar aspectos individuais e propor alternativas para cada usuário. Uma alternativa seria a prática gratuita e supervisionada de atividade física nas Academias da Cidade, como no município de Belo Horizonte. Além das práticas não medicamentosas, como alimentação e atividade física, o usuário deve compreender e fazer o uso correto dos medicamentos, essencial para o controle da doença.

4) O Uso Correto dos Medicamentos

Alguns usuários relataram conhecimento em relação ao nome, a quantidade, os horários, bem como o propósito dos antidiabéticos:

(P5) “A gente toma insulina para levar glicose para a célula.”

Já outros usuários, reconhecem a importância dos medicamentos, mas apresentam dificuldade para utilizá-los nos horários pré-determinados:

(P1) “Eu ficou preocupada agora porque eu não estou tomando o remédio (...) eu tenho dificuldade é de tomar esse remédio, porque caminhada eu faço.”

O profissional de saúde deve se atentar para os fatores que influenciam a não adesão à terapia medicamentosa e propor estratégias para orientar o usuário e seus familiares em relação ao uso correto dos medicamentos conforme os horários prescritos. O profissional pode utilizar recursos didáticos como desenhos de sol e de lua para auxiliar na identificação de medicamentos de uso diário e noturno, respectivamente, e relacionar tais horários com as atividades diárias do usuário. Outra prática que pode ser aplicada é a utilização de caixas próprias para organizar os comprimidos de acordo com o horário e a quantidade.

Nota-se que alguns usuários compreendem que a não adesão à terapia medicamentosa pode resultar o aparecimento de complicações, como exemplificado na próxima categoria.

5) O Medo das Complicações do DM2

Muitos usuários relataram algum conhecimento sobre as complicações agudas e crônicas decorrentes da doença. Foram citados: hipoglicemia, hiperglicemia, falta de sensibilidade nos membros, problemas na visão, suor, tonteira, amputação e morte.

(P4) “Hiperglicemia é quando tem muito açúcar no sangue e hipoglicemia é quando tem pouco (...) machuca e não sente, problema de vista, suor, tonteira, fico com muito medo de amputar meus pés”

(P7) “Meu médico já me disse das complicações e que às vezes não dá pra evitar, mas sim diminuir (...) ela (diabetes) não tem cura, é perigosa, pode levar a pessoa a morte.”

A falta de instrução foi observada nas narrações de episódios frequentes de hipoglicemia ou hiperglicemia:

(P1) “Quando fico muito tempo sem comer, as vistas escurecem, fico toda pinicando, parece que vou desmaiar (...) quando eu passo mal eu fico quietinha, descansando.”

Percebe-se medo, insegurança e dúvidas relacionadas a essas complicações, principalmente em relação às condutas de autocuidado para evitá-las. Por isso, faz-se necessário a abordagem sobre as possíveis consequências do DM pelos profissionais de saúde de maneira a conscientizar e tranquilizar o usuário.

DISCUSSÃO

Segundo a literatura ⁽²⁰⁾, o indivíduo com diabetes, se comparado com pessoas sem a doença, apresenta mais conhecimentos sobre os fatores de risco, sintomas, complicações crônicas, tratamento e autogerenciamento da doença. Para autores ⁽²¹⁾, os entrevistados mostraram um bom conhecimento sobre diabetes mellitus, terapêutica medicamentosa, nutrição e importância da atividade física. Em um estudo ⁽¹⁰⁾ com indivíduos diabéticos da China, constatou-se que a população tinha boa compreensão sobre alimentação saudável, controle metabólico, hipoglicemia e complicações do DM.

Entretanto, estudos ^(4,14,22) constataram déficit de conhecimento sobre o diabetes, as causas e as complicações para o manejo da doença entre os participantes, indicando resultado insatisfatório quanto ao autocuidado e dificuldades para o enfrentamento da doença.

1.0) Conhecendo o Diabetes

Estudos exitosos ^(6,10) comprovaram aumento significativo do conhecimento com destaque para os tópicos gerais da doença relacionados ao conceito e à fisiopatologia. Percebe-se neste estudo que os usuários apresentam um conhecimento parcial sobre a fisiopatologia do DM2 e o controle metabólico, mas ainda possuem alguma dificuldade para compreender essa temática.

Há controvérsias de que o nível de conhecimento sobre diabetes pode influenciar nas ações autocuidado e, conseqüentemente, melhorar o controle metabólico. Autores ⁽²⁾ comprovaram que houve redução dos valores de hemoglobina glicada (HbA1c) após seis

meses de implantação de um programa de diabetes. Em contradição, um estudo transversal ⁽¹⁰⁾, constatou que o nível de conhecimento não estava relacionado diretamente com o controle glicêmico. Já para outro estudo ⁽²³⁾, os níveis mais baixos de HbA1c estão associados, significativamente, com o fato de ser casado e a maior aderência/satisfação com o uso de medicação e o monitoramento da glicemia.

Em relação ao conhecimento dos níveis de glicose sanguínea, um estudo descritivo ⁽⁴⁾ verificou que somente 28,6% da amostra responderam corretamente o valor normal de glicose (70 -110 mg/dL). Portanto, acredita-se que se o usuário sabe identificar a faixa de variação de glicose preconizada, isso poderá influenciar positivamente no autocuidado e proporcionar o monitoramento periódico da glicemia.

O conhecimento, adquirido ao longo do convívio com a doença, é mais do que reproduzir informações, pressupõe a incorporação de novas atitudes e hábitos de vida ⁽⁵⁾. Entretanto, o conhecimento nem sempre resulta na adoção de ações de autocuidado para a prevenção de problemas relacionados ao DM. A adesão ao tratamento é influenciada por fatores pessoais, condição socioeconômica e cultural, e aspectos relacionados ao tratamento, à doença, ao sistema de saúde e à equipe profissional ⁽³⁵⁾. Para outro estudo ⁽²⁵⁾, adesão é relacionada aos conhecimentos, às percepções, às atitudes, aos medos e ao estilo de vida dos pacientes em um contexto familiar e coletivo.

O conhecimento, analisado isoladamente, não resulta na mudança de comportamento ^(10,11,36). Autores ⁽⁵⁾ constataram que a maioria dos participantes do estudo, apesar de apresentarem bom escore para o conhecimento, ainda assim não apresentaram mudanças de atitude positivas para o enfrentamento da doença. Isso sugere que o indivíduo pode possuir dificuldades e limitações como baixo nível de escolaridade e de cognição, falta de motivação pessoal, crenças e a não aceitação da doença que o impedem de adotar medidas para a promoção do autocuidado.

2.0) Barreiras na Alimentação e na Prática de Atividade Física

No caso do diabetes mellitus tipo 2, a abordagem da capacitação é focada para ajudar os usuários na escolha de metas relacionadas à nutrição, atividade física e perda de peso. A população, de um modo geral, reconhece a importância da alimentação saudável e da prática de atividade física. Autores ⁽¹¹⁾ constataram que a população compreende bem a associação entre diabetes com alimentação inadequada e sedentarismo. A maior média do escore foi registrada para o conhecimento sobre alimentação inadequada, seguida por tabagismo, sedentarismo e consumo excessivo de álcool.

O modelo de autocuidado em diabetes Information-Motivation-Behavioral (IMB) é caracterizado pela mudança de comportamento relacionado ao autocuidado do diabetes. Constatou-se que informação (conhecimento do diabetes), motivação pessoal e social foram associados ao comportamento; e o comportamento era o único responsável do controle glicêmico. Em contradição, fatores psicológicos tais como depressão e estresse podem influenciar diretamente no controle glicêmico. Autores ⁽³⁷⁾ afirmaram em seu estudo que a depressão foi o principal fator responsável pelo monitoramento da glicose.

Fatores culturais podem influenciar o autocuidado e a adesão ao tratamento. Autores ⁽³⁸⁾ constataram que os clientes diabéticos utilizam alimentação saudável e prática fitoterápica

como forma de autocuidado; e a mídia, a família e os profissionais da saúde, são fatores motivadores do autocuidado.

2.1) Restrições na Alimentação

Segundo um estudo ⁽⁹⁾, é comum dúvidas em itens importantes do tratamento dietético, como em relação aos vegetais, às frutas, às fibras, aos tipos de gorduras, aos adoçantes e aos alimentos dietéticos. Percebe-se neste estudo algum conhecimento sobre o conceito e os principais exemplos dos grupos alimentares. A escolaridade e a orientação alimentar realizada pelo nutricionista são os fatores que mais contribuem ao conhecimento sobre alimentação dos pacientes diabéticos.

A reeducação alimentar é um dos fatores mais desafiadores para os usuários ⁽²⁴⁾, em consonância com alguns relatos deste estudo. O comportamento alimentar é modificado de acordo com as exigências e limitações impostas pela doença, devendo ser revistas escolhas alimentares, aumentando a atividade física, fracionando as refeições e monitorizando a glicemia. Entretanto, a terapia nutricional recomendada é percebida como proibitiva, sendo uma barreira aos pacientes ⁽²⁵⁾.

Uma estratégia para proporcionar maior adesão a dieta é a elaboração, juntamente com o paciente, de um cardápio diversificado, que atenda as necessidades e as preferências do usuário, de acordo com suas condições econômicas e sociais. A mudança é sempre muito difícil e por isso, esse processo deve acontecer de forma gradual e contínua, para que o usuário se acostume com seu novo estilo de vida ⁽²⁵⁾.

2.2) Barreiras na Prática de Atividade Física

A prática regular de atividade física contribui para perda de peso, controle metabólico, diminuição de medicamentos orais ou insulina, diminuição dos fatores de risco cardiovascular, além de resultar no aumento da longevidade, do bem-estar e da qualidade de vida ⁽²⁶⁾. O sedentarismo contribui para o comprometimento metabólico e para o risco de mortalidade precoce ⁽²⁷⁾.

Um estudo transversal ⁽²⁸⁾ mostrou que o conhecimento dos efeitos da atividade física na prevenção e tratamento foi maior para a hipertensão (82%) do que para diabetes (47,2%). Comprovou que o conhecimento do papel da atividade física na prevenção do diabetes foi de 53,8% e no tratamento de 63,1%. Para a prevenção de diabetes maiores conhecimentos se associaram ao sexo feminino e no tratamento além destes, indivíduos ativos, obesos e de elevado nível econômico, tiveram maior conhecimento. Em síntese, o conhecimento sobre o papel da atividade física no tratamento de diabetes foi maior, em comparação à prevenção.

Para outro estudo ⁽²⁶⁾ os idosos com DM mostraram melhor conhecimento e prática regular de atividade física do que os idosos não-diabéticos. Isso pode ser justificado, pois 84,1% dos idosos diabéticos afirmaram que receberam recomendações de profissionais da saúde sobre a prática de atividades físicas, enquanto apenas 58,7% dos idosos não diabéticos receberam orientação. Em relação à opinião dos indivíduos a respeito dos benefícios da atividade física para os portadores de diabetes, a maioria dos idosos DM2 afirmou que a atividade física pode beneficiá-los.

Neste estudo, a maioria dos usuários reconhece a importância da prática da atividade física para o controle do peso. Todavia, poucos relataram a prática regular de exercícios

físicos. Dentre os motivos que comprometem a realização das atividades, foram citados dores articulares, falta de local apropriado e a falta de tempo.

3.0) O Uso Correto dos Medicamentos

O presente estudo verificou conhecimento parcial sobre a atuação dos medicamentos, bem como dificuldade na utilização dos mesmos, principalmente no uso da insulina. Quanto ao tratamento, estudos ^(29,30) constataram que a maioria das pessoas com diabetes apresentava conhecimento insuficiente e/ou errôneo acerca da terapia medicamentosa para o controle do diabetes mellitus. O conhecimento do paciente com DM em relação ao medicamento do qual faz uso, assim como o nome, a dosagem, o horário, o número de comprimidos, e o propósito do antidiabético apresentam relação direta com a compreensão da importância e necessidade do tratamento.

Esse déficit de conhecimento pode agravar o estado de saúde da pessoa com diabetes, causar interações medicamentosas, reações adversas, erros de medicação que podem reduzir a eficácia do tratamento e, conseqüentemente, constituir em acréscimo significativo aos custos em saúde ^(29,31). Tal fato é agravado pela baixa orientação fornecida pelos profissionais de saúde quanto às formas de tratamento, pela automedicação e pelo acesso fácil e gratuito aos medicamentos.

Esses resultados apontam que a falta de conhecimento em relação ao uso adequado dos medicamentos, influencia diretamente e negativamente no tratamento da DM. Portanto, a terapia medicamentosa é um dos temas que deve ser enfatizado nos programas de educação em diabetes, a fim de estimular os usuários à adesão ao tratamento e a incorporação de práticas de autocuidado ⁽²⁹⁾.

4.0) O Medo das Complicações do DM2

O grau de conhecimento possui influência na adesão ao tratamento, principalmente no que diz respeito ao controle da glicemia e à prevenção das complicações agudas como hipoglicemia e hiperglicemia e, crônicas, como retinopatia, nefropatia, neuropatia, angiopatia e amputação ^(4,32). As complicações crônicas destacam-se por proporcionarem às pessoas acometidas um alto índice de morbimortalidade, repercutindo em consequências socioeconômicas, psicológicas e, sobretudo, na qualidade de vida destas pessoas. Segundo as falas analisadas neste estudo as principais complicações do DM2 foram: hipoglicemia, hiperglicemia, falta de sensibilidade, problemas na visão, suor, tonteira, amputação e morte. Percebe-se medo, insegurança e dúvidas relacionadas a essas complicações, principalmente em relação as condutas de autocuidado para evitá-las.

As alterações oculares, em particular as alterações retinianas, chamadas de retinopatia diabética, atingem mais de 75% dos diabéticos, independente do tipo, com mais de 20 anos de doença ⁽³³⁾. O estudo ainda mostrou que maioria dos pacientes (56%) obteve as informações sobre as complicações oculares da doença por orientação médica, mas esse número ainda se mostra pequeno frente à gravidade do problema e a possibilidade de prevenção. Apesar das orientações, grande parte dos usuários não sabia que o diabetes causava alterações oculares, as principais complicações e os possíveis tratamentos. Em consonância, autores ⁽³⁴⁾ comprovaram que menos de um terço dos pacientes já tinha ouvido falar em RD (retinopatia

diabética) e 77,3% não sabiam se eram acometidos. A maioria dos pacientes nunca havia recebido alguma explicação ou algum tipo de material escrito sobre diabetes ou RD.

Autores ⁽⁸⁾ afirmam que o pé diabético é a principal causa de internação dos diabéticos e apresenta no Brasil, a prevalência 5% a 10% em pacientes diabéticos. Relatou-se no estudo que falta à pessoa diabética reconhecer a dimensão do risco real com relação aos pés. Em um estudo descritivo ⁽²¹⁾, relatou-se que os cuidados com os pés foram os mais citados quanto aos cuidados corporais. Em contraposição, outro estudo ⁽³²⁾, observaram que apenas 41% da amostra conheciam e praticavam tais cuidados. Foram citados os cuidados: lavar e enxugar os pés, passar hidratante, não andar descalço, massagear os pés, cortar e escovar as unhas e observar ferimentos.

Segundo outro estudo ⁽³²⁾, aproximadamente 40 a 70% das amputações de membros inferiores são atribuídas ao diabetes e cerca de 50% é resultante de infecções. O estudo qualitativo constatou que apenas 32% da amostra conheciam as complicações que a falta de cuidados com os pés pode causar. Dentre as apontadas estão: os ferimentos, as infecções e as amputações. Em contrapartida, 68% não conheciam nenhuma destas complicações, havendo a necessidade de uma orientação a este respeito. O processo de educação em saúde para a prevenção do pé diabético deve visar o desenvolvimento pessoal que propicie as mudanças de comportamento em relação aos cuidados com os membros inferiores ⁽⁸⁾.

O DM2 exige uma atenção de saúde estruturada e conduzida por uma equipe interdisciplinar preparada a fim de apoiar o paciente no autogerenciamento de sua doença. O conhecimento científico disponível acerca do diabetes mellitus é recurso relevante para educar as pessoas com diabetes. Para uma educação efetiva em diabetes é necessário treinamento, conhecimento, habilidades pedagógicas, capacidade de comunicação e de escuta, compreensão e capacidade de negociação pela equipe multiprofissional de saúde ⁽¹⁴⁾.

Portanto, é necessário buscar novas estratégias educacionais que possibilitem que a pessoa com diabetes, além de obter o conhecimento para o manejo da doença, possa incorporá-lo no seu cotidiano, ou seja, que o conhecimento adquirido possa transformar sua atitude frente à doença. Para isso, é necessário que os profissionais de saúde se familiarizem com as práticas educativas e procurem adequá-las às limitações e necessidades dos indivíduos. O conteúdo precisa ser repassado de maneira simplificada, porém que tenha impacto na população alvo, a fim de motivá-los a aprender sobre a doença, e assumir, de forma ativa, comportamentos e atitudes que propiciem o controle e o tratamento do diabetes ⁽⁴⁾.

CONCLUSÃO

O estudo constatou conhecimento satisfatório em relação à fisiopatologia, às ações de autocuidado e às complicações do DM2. Apesar de apresentarem bom conhecimento sobre as medidas de autocuidado, alguns usuários relataram dificuldade para aderir ao plano alimentar, à prática de atividade física e à terapia medicamentosa. Várias barreiras foram citadas: dieta restritiva, dores articulares, falta de tempo e espaço adequado para a prática de atividade física, além de dificuldade para tomar os medicamentos nos horários prescritos.

Os usuários também reconhecem a importância dos grupos educativos para a troca de experiências e a incorporação de novos conhecimentos sobre DM2. Por isso, faz-se necessário investir em programas educativos em DM2, uma vez que eles contribuem para o

aprimoramento do conhecimento, o desenvolvimento de autonomia e de ações de autocuidado que favorecem a adesão ao tratamento e a prevenção de complicações agudas e crônicas.

REFERÊNCIAS

1. Shaw J.E., Sicree R.A., Zimmet P.Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice* - January 2010 (Vol. 87, Issue 1, Pages 4-14, DOI: 10.1016/j.diabres.2009.10.007).
2. Torres, HC. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 2, Abr. 2009.
3. Funnell, M. Nacional Standards for Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Care*. Janeiro 2010 33: S89-S96; doi:10.2337/dc 10-S089.
4. Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MH, Fernandes APM. O Conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006 setembro-outubro; 14(5).
5. Rodrigues, FFL. Conhecimentos e atitudes: componentes para educação em diabetes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009; 17(4): 468-73.
6. Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Knowledge of diabetic patients about their disease before and after implementing a diabetes education program. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 março-abril;16(2):23.
7. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 24ª Ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002.
8. Rocha RM. Comportamento e Conhecimento: Fundamentos para Prevenção do Pé Diabético. *Acta Paul Enferm* 2009; 22 (1):17-23.
9. Fontinele RSS. Avaliação do conhecimento sobre alimentação entre pacientes com diabetes tipo 2. *Com. Ciências Saúde*. 2007; 18 (3):197-206.
10. He X. & Wharrad H.J. Diabetes knowledge and glycemic control among Chinese people with type 2 diabetes. *International Nursing Review* 2007; 54, 280–287.
11. Borges TT. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 (7):1511-1520, jul, 2009.
12. Guler N. The spoken knowledge of low literacy in patients with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice* 92 (2011) 238-243.
13. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes *mellitus*. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(2):284-90.

14. Oliveira, KCS; Zanetti, ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 4, Ago. 2011.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 2002: 281.
16. Torres, HC. Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm* 2011; 24(4):514-9.
17. Osborn CY. Validation of an Information-Motivation-Behavioral Skills Model of Diabetes Self-Care (IMB-DSC). *Patient Educ Couns*. 2010 Abril; 79(1): 49–54. doi:10.1016/j.pec.2009.07.016.
18. Anderson RM, Funnell MM. Patient Empowerment: Myths and Misconceptions. *Patient Educ Couns*. 2010 June; 79(3): 277–282.
19. Anderson RM. Evaluating the Efficacy of an Empowerment-Based Self-Management Consultant Intervention: Results of a Two-Year Randomized Controlled Trial. *Ther Patient Educ*. 2009 June 1; 1(1): 3–11.
20. Yun LS. Comparison of knowledge of diabetes mellitus between patients with diabetes and healthy adults: A survey from north Malaysia. *Patient Education and Counseling* 69 (2007) 47–54.
21. Gil, GP; Haddad, MCL; Guariente, MHDM. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 29, n. 2, p. 141-154, jul./dez. 2008.
22. Mann DM. Misconceptions About Diabetes and Its Management Among Low-Income Minorities With Diabetes. *Diabetes Care* 32:591–593, 2009.
23. Daly JM. An Assessment of Attitudes, Behaviors, and Outcomes of Patients with Type 2 Diabetes. *JABFM* May–June 2009 Vol. 22 No. 3.
24. Oliveira NF. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 mar-abr; 64(2): 301-7.
25. Pontieri FM, Bachin MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1):151-160, 2010.
26. Franchi KMB. Estudo comparativo do conhecimento e prática de atividade física de idosos diabéticos tipo 2 e não diabéticos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 2008; 11(3):327-339.
27. Owen, N., G.N. Healy, C.E. Matthews, and D.W. Dunstan. Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exerc. Sport Sci. Rev.*, Vol. 38, No. 3, pp. 105Y113, 2010.
28. Knuth AG. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(3): 513-520, mar, 2009.

29. Faria HTG, Zanetti ML, Santos MA, Teixeira CRS. Conhecimento sobre terapêutica medicamentosa em diabetes: um desafio na atenção à saúde. *Acta Paul Enferm* 2009;22(5):612-7.
30. Gimenes, HT. O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. *Ciência, Cuidado e Saúde Maringá*, v. 5, n. 3, p. 317-325, set./dez. 2006.
31. Guidoni CM. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences* vol. 45, n. 1, jan./mar., 2009.
32. Moraes, GFC. Conhecimento e práticas dos diabéticos acerca das medidas preventivas para lesões de membros inferiores. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 2009 v33 n3 p. 361-371.
33. Pereira, GAB. Avaliação do grau de conhecimento que pacientes com diabetes mellitus demonstram diante das alterações oculares decorrentes dessa doença. *Arq Bras Oftalmol*. 2009; 72(4):481-5.
34. Dias AFG, Vieira MF. Perfil epidemiológico e nível de conhecimento de pacientes diabéticos sobre diabetes e retinopatia diabética. *Arq Bras Oftalmol* . 2010;73(5):414-8
35. Gomes-Villas Boas LCG. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2011 Abr-Jun; 20(2): 272-9.
36. Ardena GJRA. Knowledge, attitudes and practices of persons with type 2 diabetes in a rural community: Phase I of the community-based Diabetes Self-Management Education (DSME) Program in San Juan, Batangas, Philippines. *Diabetes Research and Clinical Practice* 9 (2010) 160-166.
37. Gonzalez, JS. Depression, Self-Care, and Medication Adherence in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 30:2222–2227, 2007.
38. Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MBC. Crenças no Autocuidado em Diabetes - Implicações para a prática. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 124-30.