

Atividades de autocuidado nutricional entre indivíduos com diabetes tipo 2

Nutritional self-care activities between individuals with diabetes type 2

Joyce Gama dos Anjos¹, Luisa Helena Maia Leite²

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro - Nutricionista Pós Graduada Nutrição Clínica

²Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis-UFRJ

Contato: Joyce Gama dos Anjos - joyceg.anjos@gmail.com

Resumo

Objetivo: Avaliar atividades de autocuidado nutricional entre indivíduos com diabetes tipo 2. **Métodos:** Foi conduzido um estudo transversal entre indivíduos diabéticos tipo 2 de um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro, no período de janeiro 2018 a abril 2019. Foram incluídos 46 indivíduos adultos. Utilizou-se registros médicos e nutricionais como fonte de dados sobre informações pessoais, clínicas e de ações de autocuidado nutricional. Teste t de student foi usado para comparar variáveis contínuas e Qui-quadrado para variáveis categóricas. $p \leq 0,05$ foi considerado significativo. **Resultados:** A idade média dos participantes foi de $62,2 \pm 8,2$ anos. A maioria eram mulheres 33 (71,7%). Dados do controle do diabetes mostram glicemia média $132 \pm 40,8$ mg/dl e hemoglobina A1c $7,4 \pm 1,5$ %. Fatores de risco cardiovascular mais prevalentes foram hipertensão arterial 45 (97,8%), seguido de sobrepeso 43 (93,4%). Observou-se falhas na adesão ao tratamento medicamentoso, menores em mulheres comparadas, respectivamente aos homens (90,0% vs. 96,1%, $p=0,451$). A avaliação das ações de autocuidado nutricional mostrou que somente 15,0% dos indivíduos realizavam autovigilância da glicemia; 72,0% referiram ter horários fixos para as refeições, porém somente sete (15,2%) adotavam práticas alimentares suficientes para o controle do diabetes. A maioria não era capaz de reajustar a alimentação de acordo com as medidas de autovigilância da glicemia (98,0%). **Conclusões:** Os resultados deste estudo mostram, no grupo estudado, pobre gerenciamento do diabetes apontando para a necessidade de ações de educação nutricional específicas para o autocuidado nutricional, reforçando a autonomia dos indivíduos como estratégia para o melhor controle dessa enfermidade.

Palavras-chave: Autocuidado. Educação nutricional. Doença crônica. Diabetes. Educação em saúde.

Abstract

Objective: To evaluate nutritional self-care activities of type 2 diabetic individuals. *Methods:* Was conducted a cross-sectional study among diabetic individuals of a university hospital in Rio de Janeiro City, from January 2018 to April 2019. 46 adult diabetics were included. Nutritional and medical records were used as a database about personal information, clinics and of

nutritional self-care actions. For the statistics analysis of the results, the test t of Student was used for continuous variables and Qui-square for categorical variables. $p \leq 0.05$ was considered as significant. Results: The average age of the individuals was 62.2 ± 8.2 years. Most of them were women 33 (71.7%). Diabetes control data show mean glucose 132 ± 40.8 mg/dl and hemoglobin A1c 7.7 ± 1.5 %. The more prevalent cardiovascular risks factors were hypertension 45 (97.8%), followed by overweight 43 (93.4%). It was observed lower adherence to medical treatment among women compared to men (90.0% vs. 96.1%, $p=0.451$). The evaluation of actions of nutritional self-care showed that only 15.0% of individuals realized glucose self-monitoring regularly; 72.0% stated having fixed hours for meals, but only 7 (15.2%) had good nutritional practices for diabetes control. The majority are not able to realize dietary management according to glucose self-monitoring (98.0%). Conclusion: The results of this study showed, in the studied group, poor management of the diabetes pointing to the needs of specific nutrition educational actions for the nutritional self-care and reinforcements of the autonomy of individuals as strategy to the best control of diabetes.

Keywords: *Self-care. Nutrition education. Chronic diseases. Diabetes. Health education.*

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo¹.

Entre 2006 e 2016 o número de brasileiros com diabetes aumentou 61,6%. A doença atualmente atinge 8,1% da população brasileira, sendo mais importante entre mulheres atingindo 9,9% da população feminina e 7,1% dos homens. Os dados são da pesquisa de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas realizadas por inquérito telefônico (VIGITEL), do Ministério da Saúde do Brasil. Esta tendência é mundial, seu aumento é influenciado por fatores como o envelhecimento da população, mudanças de hábitos alimentares e sedentarismo².

O aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas representa grave problema de saúde pública, constituindo-se uma das principais causas de mortalidade na população adulta. Este fato decorre do estágio atual da transição demográfica/epidemiológica associado ao envelhecimento populacional. As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por mais de 72% das causas de mortes

no Brasil. A hipertensão arterial, o diabetes, a doença crônica de coluna, o colesterol (principal fator de risco para as cardiovasculares) e a depressão são as que apresentam maior prevalência no País³.

Diante desta realidade, o Brasil elaborou em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco. Esse plano tem como terceiro eixo o cuidado integral e o autocuidado⁴.

De acordo com as “diretrizes para o cuidado do diabetes” da Sociedade Brasileira de diabetes (2019), o autocuidado, deve ser centrado na pessoa, no diálogo, e, deve propor a construção conjunta de um plano de cuidados a partir de uma prioridade escolhida por meio de uma negociação entre o profissional de Saúde e o usuário. Isso significa, entre outros aspectos, compreender as diferentes vulnerabilidades da pessoa, conhecer o modelo explicativo da sua condição e estabelecer um horizonte comum de cuidados entre todos os atores envolvidos no processo¹.

Para Dias et al. (2011)⁵, o autocuidado não deve ser entendido como exclusiva responsabilidade do indivíduo e de sua família, mesmo que estes tenham que compreender e aprender a desenvolver atividades que competem somente a este raio de relação. O autocuidado é também responsabilidade do profissional já que estamos falando em dialogar sobre as necessidades de cuidado da pessoa em relação à diabetes.

Na promoção do autocuidado dos diabéticos, um dos maiores desafios para os profissionais de saúde é a promoção da adesão aos tratamentos propostos, as dificuldades ligadas a uso de polifarmácia, a necessidades de restrições de certos hábitos de vida e integração de outros comportamentos em saúde considerados saudáveis, e, sobretudo que estas ações sejam mantidas à longo prazo⁶.

Já o autocuidado nutricional é um conceito novo que vem ampliar o campo de ação do profissional nutricionista para além da doença e do comportamento alimentar devendo ser focado na autonomia dos pacientes e na capacidade de tomar decisões relativas ao seu tratamento e, especificamente, a sua alimentação. Filha et al (2015) enfatizam que a promoção do autocuidado nutricional deve passar pelo desafio de compreender o indivíduo e não somente a doença, saber como ele vive, o que sente,

as suas rotinas e as suas capacidades de compreensão dos tratamentos e de adesão a estes tratamentos e sobretudo promover uma melhor qualidade de vida e autonomia para solucionar problemas relativos ao seu tratamento⁷.

Para desenvolver a autonomia dos indivíduos portadores de doenças crônicas nas decisões do tratamento nutricional, novas abordagens se fazem necessárias. É preciso compreender as dificuldades relacionadas à adesão aos tratamentos em uso, o que pode explicar os desajustes do estado clínico, as ações de autovigilância exigidas em muitas doenças, as adaptações da rotina alimentar e do estilo de vida pois isto reflete o nível o envolvimento do indivíduo no processo, não menos importante as suas motivações para realizar as mudanças, o seu nível de confiança, suas disposições emocionais, tudo isto antes de se realizar múltiplas orientações dietéticas que poderão resultar em baixo nível de adesão conforme já descrito na literatura^{8,9}.

Sendo assim, este trabalho teve como objetivo avaliar as práticas de autocuidado nutricional de indivíduos diabéticos tipo 2.

MÉTODO

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, quantitativo cujo objetivo principal foi avaliar as práticas de autocuidado nutricional entre indivíduos com diabetes tipo 2 e outras doenças associadas.

Local

O cenário do estudo foi o ambulatório de nutrição para doentes crônicos do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis-HESFA da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Recrutamento e seleção dos participantes

Os participantes incluídos neste estudo foram recrutados a partir de um grupo de indivíduos acompanhados em um ambulatório de cardiologia do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis-HESFA, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, referenciados para consulta no ambulatório de nutrição para doentes crônicos da mesma instituição, no período de janeiro de 2018 a abril de 2019. Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos com idade < 75 anos e com diagnóstico médico de diabetes tipo 2. Foram excluídos indivíduos com idade ≥ 75 anos ou

diagnosticados com condições cardiológicas agudas ou Indivíduos com condições clínicas graves que limitam a expectativa de vida.

Coleta de dados

Todas as informações utilizadas neste estudo foram obtidas de registros do “diagnóstico educativo para o autocuidado nutricional” utilizado nas consultas de nutrição realizadas no HESFA por um nutricionista treinado em modalidades de educação em saúde específicas para o doente crônico. Com base no documento citado utilizamos, somente, os dados referentes à primeira consulta que foram gentilmente cedidos por este profissional.

As informações foram avaliadas no contexto dos três pilares do autocuidado descritas no manual de estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica do Ministério da Saúde (2014). São eles: o manejo clínico; mudanças do estilo de vida; aspectos emocionais/motivacionais¹⁰.

Os principais dados coletados foram:

Dados clínicos e antropométricos: diagnóstico principal, tratamentos em uso, auto avaliação da adesão aos medicamentos; exames bioquímicos, medida de pressão arterial (mmHg), peso (Kg), estatura (m), índice de massa corporal (Km²), medidas de autovigilância da glicemia; Hábitos de vida: tabagismo atual e pregresso, prática de exercícios regulares (150 minutos por semana).

Definições do estudo

- 1) **Ações de autocuidado nutricional:** Neste estudo as ações de autocuidado nutricional foram definidas em dois campos, como segue:
 - **Atividades da rotina alimentar:** número de refeições por dia, horários fixos para fazer as refeições, adaptações da alimentação em função de orientações para o diabetes recebidas de profissionais de saúde/conhecimento de conceitos de equilíbrio nutricional
 - **Capacidade para tomar decisões alimentares:** capacidade para adaptar a alimentação cotidiana segundo as medidas de autocontrole da glicemia capilar
- 2) **Adesão ao tratamento medicamentoso:** Percentual de adesão ao tratamento de diabetes foi definido como a auto declaração do número de doses tomadas de hipoglicemiante oral segundo a prescrição ou aplicações de insulina durante a semana de inclusão no estudo.

Considerações éticas

Antes da coleta de dados o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN-UFRJ), projeto número 3252.527, recebendo parecer favorável em 14 de abril de 2019. Os dados foram tratados respeitando-se os princípios éticos de confidencialidade e proteção de informações pessoais definidos pela resolução 466/12 para realização de pesquisa em seres humanos com manipulação de dados secundários.

Análise estatística

Todas as análises foram realizadas com o uso do programa STATA versão 14. Os dados descritivos foram apresentados como frequências ou média \pm desvio padrão. Comparações entre grupos foram realizadas utilizando os testes Qui-quadrado para variáveis categóricas e teste t de Student para variáveis contínuas. O nível de significância foi fixado em $p \leq 0.05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 46 indivíduos diabéticos tipo 2, adultos, sendo 13 homens e 33 mulheres, com idade média de $62,2 \pm 8,2$ anos. Verificou-se que o grupo de homens era mais velho que o grupo de mulheres ($66,4 \pm 6,0$ vs. $60,6 \pm 8,2$, $p=0,03$). Mulheres comparadas aos homens apresentaram maiores médias de IMC ($36,1 \pm 8,9$ vs. $30,3 \pm 3,0$; $p=0,029$) (Tabela 1).

Em relação aos fatores de risco cardiovascular observou-se, no grupo estudado, uma maior prevalência de hipertensão arterial (9,8%), seguida de sobrepeso (93,4%) e hipertrigliceridemia (48,8%). Não se observaram diferenças significativas entre homens e mulheres, estes dados são apresentados na tabela 1.

Dados bioquímicos mostram maiores médias de colesterol total entre mulheres comparadas aos homens ($170,5 \pm 36,0$ vs. $148,0 \pm 28,4$; $p=0,050$). Resultados relativos ao controle do diabetes mostram, de forma geral, médias de glicemia de jejum e níveis de hemoglobina A1c elevadas. Não existiam diferenças significativas entre homens e mulheres. A média de glicose foi $132,0 \pm 40,8$ mg/dl e hemoglobina A1c de $7,4 \pm 1,5$ %. Quanto aos tratamentos em uso para o diabetes, hipoglicemiante oral era utilizado por 82,0% dos indivíduos e a combinação hipoglicemiante oral e insulina por 23,9%. Mais homens usavam

insulina e hipoglicemiante comparados respectivamente às mulheres (46,1 % vs. 15,1%; $p=0,026$).

Tabela 1 - Características de um grupo de indivíduos diabéticos tipo 2 em acompanhamento em um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro (n=46)

Variáveis	Geral (n=46)	Homens (n=13)	Mulheres (n=33)	p-valor*
Idade, anos	62,2 ± 8,4	66,4 ± 6,0	60,6 ± 8,7	0,030
IMC, Kg/m ²	34,2 ± 8,7	30,3 ± 3,9	36,1 ± 8,9	0,029
PAS, mmHg	138,0 ± 22,1	134,6 ± 22,5	140,6 ± 22,0	0,410
PAD, mmHg	86,0 ± 12,9	86,9 ± 13,15	86,4 ± 13,0	0,900
Fatores de risco cardiovascular, n (%)				
Sobrepeso**	43 (93,4)	12 (93,3)	31,0 (93,9)	0,840
TG ≥ 150mg/dl	22 (48,8)	7 (53,8)	15,0 (46,8)	0,199
CT ≥ 200 mg/dl	6 (13,0)	1 (7,6)	5 (15,1)	0,499
HAS	45 (97,8)	13 (100,0)	32 (96,9)	0,526
Tabagismo***	11 (23,9)	5 (13,0)	6 (18,0)	0,147
Bioquímica				
Colesterol total, mg/dl	163 ± 35,1	148,0 ± 28,4	170,5 ± 36,0	0,050
Triglicerídeos, mg/dl	159 ± 76,0	164,4 ± 86,1	156,9 ± 74,3	0,770
HDL, mg/dl	50,6 ± 13,6	47,7 ± 12,7	52,0 ± 14,1	0,340
LDL, mg/dl	86 ± 26,2	75,7 ± 12,7	88,3 ± 28,4	0,390
Glicose, mg/dl	132,2 ± 40,8	130,6 ± 27,0	133,9 ± 46,1	0,810
HbA1c, %	7,4 ± 1,5	7,9 ± 1,8	7,2 ± 1,5	0,250
Tratamentos em uso, n (%)				
Hipoglicemiante oral	38 (82,0)	84,62 (11,0)	81,8 (27,0)	0,820
Hipoglicemiante oral e Insulina	11 (23,9)	6 (46,1)	5 (15,1)	0,026
Anti-hipertensivo	43 (93,4)	13 (100,0)	30 (90,9)	-
Hipolipemiante (estatinas ou fibrato)	36 (78,2)	25 (75,6)	11 (84,6)	0,512

Dados são apresentados como média ± desvio padrão e frequência n (%)

* T teste não pareado foi usado para comparações de variáveis contínuas e teste Qui-quadrado para comparações de variáveis categóricas ($p \leq 0,05$)

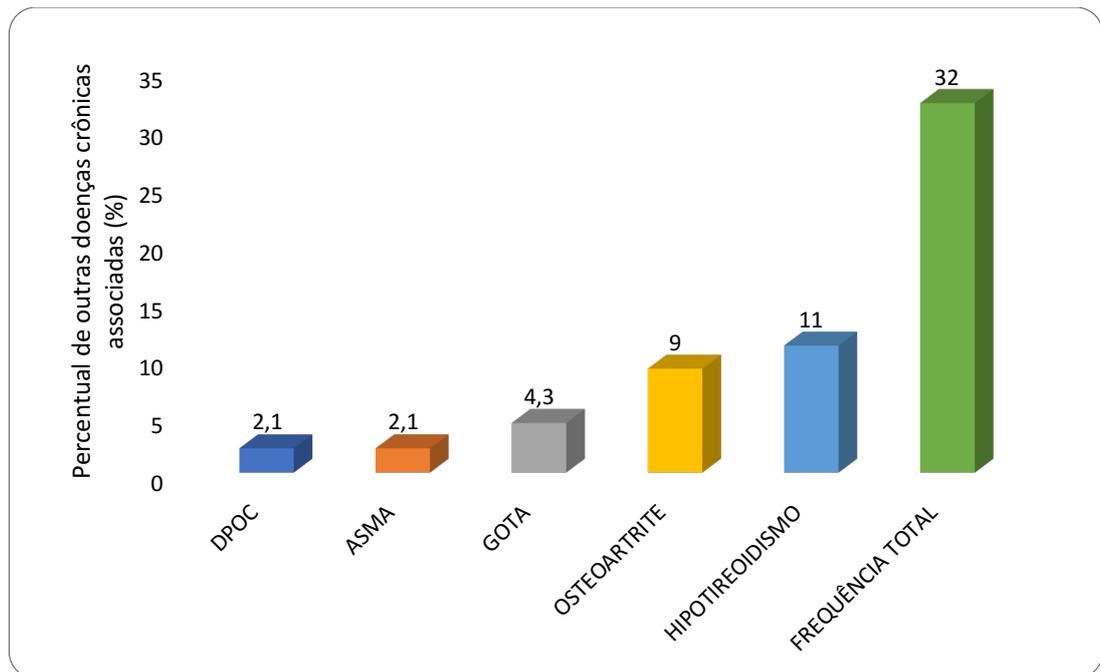
IMC: Índice de massa corporal; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; TG: triglicerídeos, CT: colesterol total; HDL: lipoproteína de alta densidade; LDL: lipoproteína de baixa densidade; HbA1c: hemoglobina glicada.

***Sobrepeso foi definido como IMC $\geq 24,9$ Kg/m²

** Tabagismo foi considerado o tabagismo atual e progressivo.

Observou-se uma alta proporção de outras doenças crônicas associadas ao diabetes (32,0%). A comorbidade mais prevalente foi o Hipotireoidismo (11,0%), seguido de Osteoartrite (9,0%) (Figura 1).

Figura 1 - Frequência de outras doenças crônicas associadas entre indivíduos com diabetes tipo 2 acompanhados em um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro (n=46)

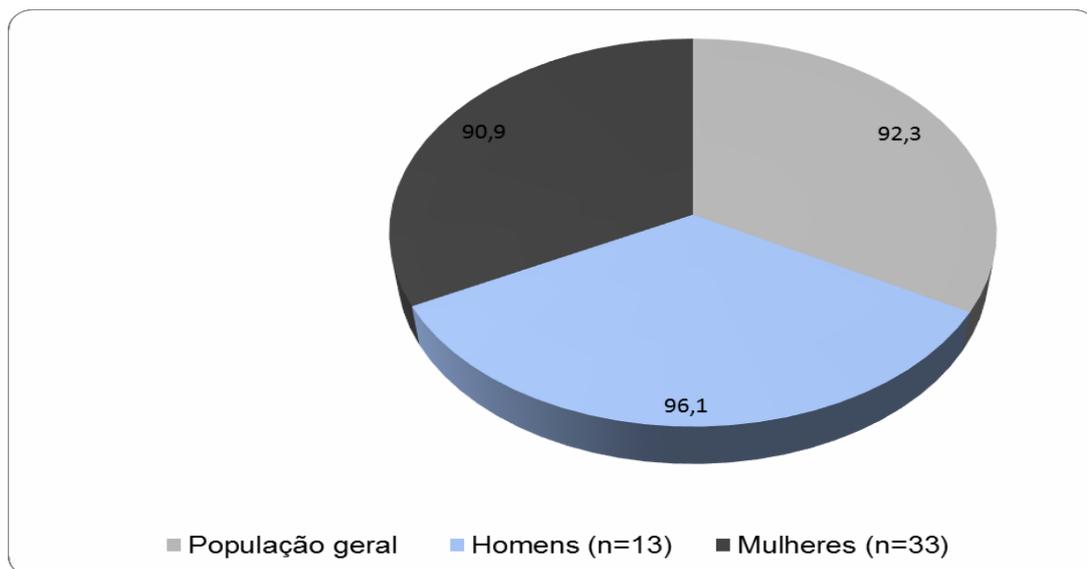


DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica

Com relação as ações de autocuidado geral adotadas pelos indivíduos estudados, notam-se falhas na adesão ao tratamento medicamentoso para o diabetes. Uma avaliação do percentual de doses de medicamentos tomados na semana de inclusão no estudo demonstra que os indivíduos ingeriram somente 92% das doses prescritas. Menores médias de adesão foram observadas entre mulheres em comparação aos homens (90,0 % vs. 96,1%; $p=0,451$), respectivamente (Figura 2).

Práticas específicas de autocuidado nutricional do diabetes, mostraram que a maioria dos indivíduos estudados não tinham rotina de vigilância de medidas de glicemia capilar somente 15,0 % adotava esta rotina; 72,0% relataram ter horários organizados para a alimentação. Somente 1 (um) indivíduo relatou mudar a alimentação em função de suas medidas de glicose capilar. Dos 46 indivíduos avaliados, 84,7% necessita de mudanças em suas práticas alimentares para melhor controle do diabetes. Somente 28,0% tinham na sua rotina o hábito de fazer ao menos 30 minutos de caminhada ao dia ou outra atividade física regular, este hábito foi mais frequente entre homens comparados as mulheres (46,1% vs. 21,0% $p=0,91$), porém não significativo (Tabela 2).

Figura 2 - Percentual de adesão ao tratamento medicamento prescrito entre indivíduos diabéticos acompanhados em um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro (n=46)



Para comparações entre grupos foi usado o teste Qui-quadrado. p=NS (NS = não significativo). Percentual de adesão ao tratamento de diabetes foi definido como a auto declaração do número de doses tomadas de hipoglicemiante oral ou aplicações de insulina durante a semana de inclusão no estudo.

Tabela 2 - Avaliação das práticas de autocuidado nutricional adotadas por um grupo de indivíduos diabéticos tipo 2 acompanhados em um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro (n=46)

Variáveis ligadas ao cuidado nutricional	Valores
Práticas de autocuidado clínico	
Autovigilância das medidas de glicemia capilar, n (%)	7 (15,0)
Organização da rotina alimentar	
Horários fixos para refeições, n (%)	33 (72,0)
Número de refeições/dia, média ± DP	3,8 (1,1)
Capacidade para tomar decisões alimentares	
Realiza adaptações da alimentação segundo as medidas de autovigilância da glicemia, n (%)	1 (2,0)
Fez mudanças na alimentação recomendadas por profissionais de saúde segundo as exigências do diabetes, n (%)	
Suficientes	7 (15,2)
Insuficientes	39 (84,7)
Atividade física (150 minutos por semana)	
Realiza atividades físicas regulares, n (%)	
Sim	13 (28,2)

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou práticas de autocuidado nutricional de indivíduos diabéticos tipo 2. De forma geral, os resultados mostraram que os indivíduos tinham pobre controle metabólico do diabetes. Foram observados valores médios elevados de glicemia de jejum e de hemoglobina A1c; falhas na adesão ao tratamento medicamentoso, seja hipoglicemiante oral ou insulina. Além disso, se observou dificuldades de exercer a autonomia na gestão do tratamento, principalmente aquelas relacionadas com a capacidade de tomar decisões referentes a alimentação cotidiana.

As atividades de autocuidado referentes ao gerenciamento clínico do tratamento mostraram que a adesão média aos hipoglicemiantes e/ou insulina foi de 92,3%, indicando falhas no uso cotidiano das medicações, sendo maior taxa de falhas de adesão entre mulheres.

Estudos anteriores confirmam falhas na ingestão diária dos medicamentos para o tratamento da diabetes. *Rossi, Silva & Fonseca (2017)*¹¹, em uma pesquisa que avaliou 142 pessoas com DM tipo 2 cadastradas na Estratégia de Saúde da Família em Minas Gerais, mostraram que 46,5% das pessoas referiram já haver se esquecido de tomar os medicamentos e 41,5% referiram já haver esquecido do horário correto da tomada. Em outro estudo que teve como objetivo analisar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em 17 unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), foram estudados 423 diabéticos de ambos os sexos. Os resultados mostraram uma adesão medicamentosa superior a 60% dos medicamentos prescritos, porém apontando a existência de falhas no tratamento¹².

Ao contrário do que foi encontrado, em nosso estudo de uma maior frequência de má adesão entre mulheres, *Faria et al (2014)*¹² identificaram em sua pesquisa que apesar da utilização dos medicamentos necessários aos cuidados do diabetes não ser feita de maneira satisfatória, as pacientes do sexo feminino faziam com maior periodicidade a ingestão diária de medicamentos e a utilização da insulina, mostrando-se diferente em relação ao sexo masculino.

Sabe-se que apesar da disponibilidade de tratamento gratuito nas unidades de saúde brasileiras, para muitas doenças crônicas como hipertensão e diabetes, o controle é difícil e encontra-se longe do considerado ideal pela falta de adesão às orientações propostas. Melhorar a adesão pode repercutir mais na saúde da

população que qualquer outra melhora nos tratamentos médicos específicos, sendo o fator mais importante para o controle efetivo de diversas doenças⁸.

No presente estudo, a maioria dos indivíduos apresentavam outras comorbidades cardiometabólicas associadas, 93,0% era portador de hipertensão arterial e 48,8% tinham dislipidemia (48,8%). Outras condições crônicas foram observadas em 32,0% do grupo estudados, recebendo tratamentos concomitantes o que pode ter contribuído para favorecer falhas no uso dos medicamentos para diabetes, tendo em vista o grande número de comprimidos a serem ingeridos por dia. Este fato já havia sido apontado por Souza et al (2011)¹³, que destacam que a quantidade de medicamentos prescritos pode estar relacionada a má adesão em um tratamento polifarmácia. A situação de polifarmácia, é muito comum no tratamento de doenças crônicas, e se caracteriza pelo uso de pelo menos cinco medicamentos sendo apontada como um dos fatores da má adesão das prescrições, devido a uma grande dificuldade em administrar todas as mudanças que precisam ser feitas¹⁴.

Entre os indivíduos avaliados, somente 15,0% realizava medidas de autovigilância da glicemia capilar e a maior parte do controle metabólico do tratamento era feito, somente, nos exames periódicos de rotina a cada seis meses. Aqueles que mediam a glicemia capilar regularmente, não tinham hábito de reajustar sua alimentação cotidiana caso a glicemia estivesse elevada pois não sabiam como fazer estas mudanças. Para Carvalho et al (2012)¹⁵, apesar da medida de glicemia capilar não fornecer os elementos necessários para a avaliação completa do estado glicêmico, a automonitorização é uma ferramenta prática para ajudar o indivíduo diabético a compreender melhor a sua doença e as metas do tratamento e pode servir para orientar a tomada de decisões na rotina alimentar.

Um dos aspectos nutricionais mais importantes foi a alta proporção de sobrepeso/obesidade (93,0%), sendo níveis de IMC mais elevados entre as mulheres. Estes dados sugerem a contribuição de fatores nutricionais na dificuldade do equilíbrio do diabetes no grupo estudado e a alta taxa de sedentarismo. Somente 28,0% costumavam realizar atividades físicas pelo menos 150 minutos por semana, a adoção desta prática de autocuidado foi maior entre os homens comparados com as mulheres.

Estes resultados estão de acordo com aqueles encontrados por Daniele, Vasconcelos & Coutinho¹⁶, que identificaram em um estudo que avaliou práticas de autocuidado em 207 diabéticos que os homens estavam significativamente mais envolvidos com a prática de exercícios do que as mulheres, de outra parte mulheres aderiam melhor as recomendações dietéticas.

Observou-se neste estudo que as mulheres tinham maior média de IMC e maior prevalência de obesidade comparado aos homens, isto pode ser uma consequência da menor frequência da prática de exercícios regulares. Por outro lado, cabe destacar que os mais graves níveis de obesidade entre mulheres estiveram relacionados com uma maior prevalência de doenças osteoarticulares, assim o baixo nível de prática de exercícios pode ser explicado não somente pela má adesão às recomendações, mas também por uma incapacidade de realizar exercícios físicos. Estas informações sugerem a necessidade de os profissionais de saúde levarem em conta as capacidades individuais e focar em ações de autocuidado que o indivíduo seja capaz de adotar com mais êxito.

Galvin *et al.* destacam que a prática de exercícios é benéfica para indivíduos diabéticos, auxiliando na redução do peso e no controle metabólico geral. A frequência de no mínimo 3 vezes por semana e exercícios aeróbios acima de 30 minutos podem contribuir para se obter benefícios concretos¹⁷.

Em relação a avaliação do grupo de práticas de autocuidado nutricional proposto, observou-se como resultado mais relevante deste estudo que apesar da maioria ter horários fixos para as refeições, 84,7% não adotava medidas alimentares suficientemente adequadas para melhorar o controle glicêmico. A minoria (2,0%) não se sentia capaz de ajustar a alimentação após a medida da glicemia capilar.

Evidências científicas mostram que entre todas as ações de autocuidado do diabetes, aquelas com menor nível de adesão se referem ao estilo de vida, incluindo alimentação e exercícios. O presente estudo está de acordo com os achados de Abu Sabbah & Al- Shehri¹⁸ que somente 20,0% dos indivíduos realizavam medidas de glicemia capilar e menos de 40,0% adotava uma alimentação ajustada ao diabetes. Em um estudo brasileiro recente, Marinho *et al.* confirmaram baixa adesão a práticas de autocuidado e do estilo de vida entre 476 diabéticos tipo 2 da cidade do Rio de Janeiro. Uma adesão de 29,0% a alimentação adequada e 22,0% a exercícios regulares foi observada¹⁹.

Inúmeros estudos brasileiros têm destacado ao longo dos anos as dificuldades encontradas pelos profissionais para a promoção de uma correta adesão de indivíduos diabéticos a um plano alimentar adequado ou o mais próximo possível do desejável^{5,20,21}. Segundo Santos, Dammero & Vaz²², as barreiras de adesão ao tratamento nutricional entre diabéticos são multidimensionais, abrangendo desde questões individuais, familiares, emocionais e financeiras. A má adesão ao tratamento dietético pode ocorrer, também, por dificuldades em recriar novos hábitos alimentares baseados em restrições recebidas ou, ainda, o controle alimentar recomendado para o diabetes é visto como uma imagem negativa, ou seja, a retirada do prazer de comer e o cerceamento da liberdade de agir²³.

Neste estudo, nós avaliamos de forma transversal a adoção de práticas de autocuidado nutricional entre adultos diabéticos de ambos os sexos. Este desenho de estudo não permitiu a compreensão de mudanças ao longo do tempo na evolução do controle diabético. Além disso, a amostra relativamente pequena de 46 indivíduos pode ter limitado a avaliação dos resultados encontrados. Por outro lado, pode se destacar como principal contribuição a análise de uma lista de autocuidado nutricional específica para diabéticos centrada no indivíduo e não na doença, e voltada para o reforço da sua autonomia cotidiana no gerenciamento da doença e não somente para a adoção de recomendações alimentares padronizadas para o bom controle do diabetes. Os resultados encontrados apontam como um dos principais desafios dos nutricionistas que assistem doentes crônicos, a necessidade de modificação na forma de abordagem nutricional e das estratégias de intervenção. A educação alimentar do doente crônico, não pode ser conduzida baseada somente em restrições alimentares, mas na capacitação dos indivíduos para tomar decisões alimentares mais acertadas na sua rotina domiciliar. Conhecer os fatores alimentares que provocam o desequilíbrio da glicemia e como modificar a alimentação em função do controle metabólico cotidiano são estratégias de educação nutricional que devem ser priorizadas pelo nutricionista na assistência aos indivíduos diabéticos quando o foco é reforçar a autonomia dos indivíduos.

CONCLUSÃO

Os principais achados desta investigação mostram que de forma geral, há um gerenciamento insatisfatório do controle do diabetes nos indivíduos estudados. Estas falhas podem estar ligadas com a ingestão parcial dos medicamentos prescritos; falhas no gerenciamento cotidiano da glicemia capilar e falta de competências específicas para saber gerenciar a alimentação cotidiana, bem como o sedentarismo. A principal falha de autocuidado nutricional foi não realizar adaptações da alimentação conforme as medidas de autovigilância da glicose capilar. Esses resultados sugerem que as orientações dietéticas recebidas pelos pacientes pautadas em restrições alimentares generalizadas e em proibições não capacitam o indivíduo diabético a gerenciar a sua rotina alimentar. Há necessidade de praticar educação nutricional focada no autocuidado cotidiano levando em consideração o reforço da autonomia desses indivíduos para a tomada de decisões.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2017/2018. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017–2018.
2. <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, 2017
<http://www.saude.gov.br/noticias/sas/41846-diabetes-aumenta-no-pais-e-ja-atinge-9-dos-brasileiros>
4. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araujo SSCA, Silva MMA, Freitas MIF, Barros MBA. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Rev Saúde Pública 2017; 51(Supl 1):4-10.
5. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, M Bensenor, Mill JG, Schmidt MI, Lotufo PA, Sandhi AV, Barreto M. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev Saúde Pública 2012; 46(Supl):126-34.
6. Dias AM, Cunha M, Santos A, Neves A, Pinto A, Silva A, Castro S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão da Literatura. 2011 Millenium, 40: 201-219.
7. Cavalcanti G, Doring M, Portella MR, Bortoluzzi MC, Mascarelo A, Dellani MP. Multimorbidade associado à polifarmácia e autopercepção negativa de saúde. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2017, 20(5):634-642.
8. Filha MMT, Souza JPRB, Damacena GN, Szwarcwald C. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev Bras Epidemiol 2015; 18(S2): 83-96.

9. Estrela KCA, Alves ACC, Gomes TT, Isosaki M. Adesão às orientações nutricionais: uma revisão de literatura. *Demetra*, 2017, 21(1):249-274.
10. Bueno CS, Silva LM. Adesão ao tratamento dietoterápico sob a ótica dos pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Nutrire*. 2014 39(3):276-283.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias, Brasília, DF, 2013. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf
12. Rossi VEC, Silva AL, Fonseca GSS. Adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Revista de enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. 2015,5(3):1820-1830.
13. Faria HTG, Santos MA, Arrelias CCA, Rodrigues FFL, Gonelas JT, Teixeira CRS, Zanetti ML. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Escola de Enfermagem da USP* 2014; 48(2):257-263.
14. Sousa S, Pires A, Conceição C, Nascimento T, Grenha A, Braz L. Polimedicação em doentes idosos: Adesão à terapêutica. *Rev Port Clin Geral* 2011; 27:176-82.
15. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA, Luiza VL et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Rev Saúde Pública* 2016;50(S2):1-13.
16. Carvalho FS, Netto AP, Zach P, Sachs A, Zanella MT. Importância da orientação nutricional e do teor de fibras da dieta no controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 sob intervenção educacional intensiva. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 2012; 56 (2):110- 119.
17. Daniele TMC, Vasconcelos JP, Coutinho G. Avaliação do autocuidado de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 em uma unidade de atenção básica. *Cinergis* 2014;15(3):135-139.
18. Galvin EA, Navarro FG, Greatti VR. A Importância da prática do exercício físico para portadores de diabetes mellitus: Uma revisão crítica. *Slusvita* 2014, 33(2):209-222.
19. Abu Sabbah KO, Al-Shehri AA. Practice and perception of self-managment among diabetics in Taif, KSA : impact of demographic factors. *Int J Med Sc Public Health* 2014; 3(1): 264-271.
20. Marinho FS, Moram CBM, Rodrigues PC, Leite NC, Salles GF, Cardoso CRL. Treatment Adherence and Its Associated Factors in Patients with Type 2 Diabetes: Results from the Rio de Janeiro Type 2 Diabetes Cohort Study. *J Diabetes Res*. 2018; Nov:1-8.
21. Rodriguez MTG, Santos LC, Lopes ACS. Adesão ao aconselhamento nutricional para o diabetes mellitus em serviço de atenção primária a saúde. *Rev Min Enferm*. 2014, 18(3): 685-690
22. Pereira J, Frizon E. Adesão ao tratamento nutricional de portadores de diabetes mellitus tipo 2: uma revisão bibliográfica. *Revista da Associação Brasileira de Nutrição*; 2017, 8(2):58-66.

23. Santos GF, Dammero DRR, Vaz JS. Barreiras de adesão à dieta em paciente com diabetes melito do tipo 2: uma revisão narrativa. R. Interd 2015, 8(4):199–204.
24. Ramos CI, Klug JC, Pretto ADB. Adesão às recomendações alimentares de usuários portadores de diabetes tipo 2. Demetra; 2014, 9 (2):561–575.

Submissão: 08/10/2019

Aprovação: 14/07/2020