

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PERÍCIAS MÉDICAS

INALDO DE CASTRO GARROS

**DESAFIOS ENFRENTADOS POR PESSOAS IDOSAS PORTADORAS DE
DIABETES MELLITUS NO CONTROLE E EQUILÍBRIO DE SUA SAÚDE: uma
revisão bibliográfica**

São Luís
2018

INALDO DE CASTRO GARROS

**DESAFIOS ENFRENTADOS POR PESSOAS IDOSAS PORTADORAS DE
DIABETES MELLITUS NO CONTROLE E EQUILÍBRIO DE SUA SAÚDE: uma
revisão bibliográfica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Perícias Médicas, da
Faculdade Laboro, para obtenção do título de
Especialista.

Orientador(a): Profa. Mestre Luciana Cruz
Rodrigues Vieira

São Luís
2018

Garros, Inaldo de Castro

Desafios enfrentados por pessoas idosas portadoras de Diabetes Mellitus no controle e equilíbrio de sua saúde: uma revisão bibliográfica / Inaldo de Castro Garros -. São Luís, 2018.

Impresso por computador (fotocópia)

28 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização Perícias Médicas) Faculdade LABORO. -. 2018.

Orientadora: Profa. Ma. Luciana Cruz Rodrigues Vieira

1. Diabetes. 2. Autocuidado. 3. Conhecimento. 4. Sentimentos. 5. Família. I. Título.

CDU: 616.379-008.64

INALDO DE CASTRO GARROS

**DESAFIOS ENFRENTADOS POR PESSOAS IDOSAS PORTADORAS DE
DIABETES MELLITUS NO CONTROLE E EQUILIBRIO DE SUA SAÚDE: uma
revisão bibliográfica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Perícias Médicas, da
Faculdade Laboro, para obtenção do título de
Especialista.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mestre Luciana Cruz Rodrigues Vieira (Orientadora)

Graduada em Farmácia
Especialista em residência Multiprofissional em Saúde
Mestre em Saúde Materno-Infantil
Universidade Federal do Maranhão

Examinador 1

Examinador 2

**DESAFIOS ENFRENTADOS POR PESSOAS IDOSAS PORTADORAS DE
DIABETES MELLITUS NO CONTROLE E EQUILÍBRIO DE SUA SAÚDE: uma
revisão bibliográfica**

INALDO DE CASTRO GARROS¹

RESUMO

O objetivo do presente trabalho foi identificar os desafios enfrentados por pessoas idosas portadoras de diabetes mellitus no controle e equilíbrio de sua saúde. A pesquisa foi realizada e classificada como um estudo descritivo científico, do tipo revisão integrativa sobre a atuação do enfermeiro em gestantes com diabetes na gestação. Na seleção dos estudos, foi realizado um levantamento de dados por meio de livros e artigos científicos disponíveis na internet, tais como: SCIELO, BVS (Biblioteca virtual em saúde) e LILACS, baseado nas publicações de 2012 a 2017. Inicialmente foram encontrados 20 artigos, mas foram utilizados 12 artigos em relação ao tema abordado. O apoio aos pacientes e seus familiares, assim como o respeito à individualidade, são importantes para a formação de vínculo com os profissionais da saúde inseridos no contexto.

Palavras-chave: Diabetes. Autocuidado. Conhecimento. Sentimentos. Família.

¹Especialização em Perícias Médicas pela Faculdade Laboro, 2018.

CHALLENGES FACED BY ELDERLY PEOPLE OF DIABETES MELLITUS ON THE CONTROL AND BALANCE OF THEIR HEALTH: a bibliographic review

ABSTRACT

The objective of the present study was to identify the challenges faced by elderly people with diabetes mellitus in the control and balance of their health. The research was carried out and classified as a scientific descriptive study, of the type integrative review on the performance of nurses in pregnant women with diabetes during pregnancy. In the selection of the studies, a survey of data was carried out through books and scientific articles available on the Internet, such as: SCIELO, VHL (Virtual Health Library) and LILACS, based on publications from 2012 to 2017. Initially 20 articles were found, but 12 articles were used in relation to the topic discussed. Support for patients and their families, as well as respect for individuality, are important for forming a link with health professionals inserted in the context.

Keywords: Diabetes. Self-care. Knowledge. Feelings. Family.

1 INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica de ordem metabólica caracterizada por hiperglicemia e distúrbio do metabolismo dos macronutrientes, devido à alteração da ação e/ou da excreção de insulina pelo pâncreas (OMS, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define três tipos de diabetes: tipo 1 (DM1), com causa ainda desconhecida, mas caracterizada pela não produção de insulina e sem forma de prevenção, a não ser dos agravos; diabetes gestacional, que ocorre, como o próprio nome diz, durante a gestação e tem sintomas parecidos com o diabetes tipo 2 (DM2), que, por fim, é caracterizado por baixa produção ou mau funcionamento da insulina no organismo, causando hiperglicemia (OMS, 2012).

A maior parte da população atingida por esse tipo da doença é composta por adultos acima dos 40 anos de idade. Recentemente, no entanto, o excesso de peso entre crianças, adolescentes e adultos jovens tem aumentado os casos do diabetes tipo 2 nessa faixa etária. Esse tipo da doença é o mais recorrente entre os portadores de DM ao redor do mundo, afetando 95% dos pacientes (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012). Estima-se ainda que, se nada for feito, o número de diabéticos no mundo aumentará de 366 milhões, em 2011, para 552 milhões em um período de 20 anos (BRASIL, 2012).

Neste contexto, o presente trabalho objetivou reunir dados da literatura especializada sobre os desafios enfrentados por pessoas idosas portadoras de diabetes mellitus no controle e equilíbrio de sua saúde a fim de obter subsídios para sugerir possíveis formas de intervenção pela equipe de saúde.

No intuito de cumprir com os objetivos da presente pesquisa, optou-se pela Revisão Integrativa da literatura científica, que consiste em reunir artigos de um tema específico, resumindo e organizando seus resultados para contribuir mais profundamente com o tema em questão.

Foi realizada uma busca nas principais bases de dados da área da saúde pública (SciELO, Lilacs, Medline), abrangendo os trabalhos publicados no período de 2006 a 2012.

Durante a pré-seleção, foram excluídas as pesquisas cujos objetivos apresentados nos respectivos resumos não eram compatíveis com o presente

trabalho. Também foram descartados os textos estrangeiros ou com metodologia inconsistente. Foram utilizados neste trabalho vinte e um artigos para consulta.

Assim, a temática justifica-se pelo cuidado integral à pessoa com diabetes deve compreender aspectos psicossociais e culturais. A educação terapêutica é fundamental para informar, motivar e fortalecer a pessoa e família, para conviver com a condição crônica, onde, a cada atendimento, deve ser reforçada a percepção de risco à saúde, o desenvolvimento de habilidades e a motivação para superar esse risco.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O crescente avanço na urbanização, a globalização e o aumento da expectativa devida, aliados aos hábitos adquiridos ao longo do tempo pela população, como sedentarismo e dieta desequilibrada, contribuíram para tornar o diabetes uma epidemia mundial e um grave problema de saúde pública. Esses fatores também serão responsáveis pelo aumento de 50,7% dos casos de diabetes até o ano de 2030 (WHITING et al., 2011; BRASIL, 2012).

Atualmente o Brasil se enquadra no grupo dos países em desenvolvimento que apresentam o fenômeno da dupla carga de doenças, caracterizado pela existência concomitante das doenças infectocontagiosas e das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Apesar disso, as infectocontagiosas têm apresentado uma diminuição da incidência, enquanto as DCNT um aumento da incidência e da prevalência, sendo representadas, por exemplo, pelas doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e DM2 (IBGE, 2010).

O diabetes pode trazer diversas complicações, em geral, decorrentes do não cuidado da saúde por parte do portador da doença. Encontram-se na literatura diversas descrições desses agravos, no qual se pode ler que o diabetes não compensado pode causar cardiopatias, retinopatias, nefropatias e neuropatias, além de poder levar ao amputamento de membros, devido a complicações vasculares e nervosas (BRASIL, 2012).

Em seguida às DCV, as retinopatias são tidas como causadoras de grandes complicações aos portadores de diabetes. A prevalência da retinopatia diabética está relacionada principalmente com a duração da doença (ADA, 2012) e é a principal forma de cegueira irreversível no Brasil (BRASIL, 2012).

Com frequência pouco inferior às retinopatias, outras complicações do diabetes são as nefropatias. A nefropatia diabética ocorre em 20 a 40% dos portadores de diabetes e é detectada principalmente por microalbuminúrica, que, se progredida a microalbuminúrica, pode levar à insuficiência renal (ADA, 2011).

Por último, e não menos importante, a neuropatia diabética, tida como a complicação mais comum da doença, pode se apresentar de inúmeras formas, podendo causar dor, sensação de formigamento, queimação, agulhada, choques, dentre outros sintomas, no caso da mais comum, que é a neuropatia simétrica sensitivo-motora distal. Pacientes diabéticos devem passar anualmente por avaliação da equipe de saúde para a detecção precoce desse tipo de neuropatia, já que as pessoas acometidas apresentam maior risco de lesão dos membros inferiores, sendo a principal causa do pé diabético, tendo como complicações mais graves úlceras de pés e amputação de extremidades (BRASIL, 2012).

Complicações mais dolorosas e invasivas, como as amputações de extremidades e membros, podem levar a complicações psicológicas, especialmente, se afetarem a qualidade do sono, prejudicando o controle da doença por parte do paciente. Além disso, o panorama geral da doença requer uma mudança de estilo de vida muitas vezes radical.

Tanto o paciente quanto seus familiares e amigos precisam de apoio e olhar integral da equipe de saúde sobre suas novas necessidades, contando com as devidas orientações para que organizem suas vidas de forma a aprender a conviver com o diabetes, visando à qualidade de vida e à autonomia no cuidado, em primeiro plano (BRASIL, 2012).

Muitas vezes, mesmo com o auxílio e atenção da equipe de saúde, o portador de diabetes tem bastante dificuldade em aceitar sua condição e adotar hábitos de vida mais saudáveis, pré-requisito para lidar com as limitações causadas pela doença (PÉRES et al., 2012).

Essa dificuldade talvez advenha do modelo de educação em saúde de tradição autoritária e normatizadora, que não respeita o saber anterior do educando, mas é adotado com maior frequência. Rompendo com esse modelo, a partir da década de 70, profissionais de saúde passaram a experienciar a chamada Educação Popular em Saúde, que, por permitir um contato mais próximo entre os atores envolvidos no processo de educação, possibilita o aprendizado a partir do respeito à autonomia e à valorização da criatividade dos educandos (VASCONCELOS, 2012).

Os principais desafios são: sentimentos despertados a partir do diagnóstico do DM; dificuldades no controle de DM; e estratégias de enfrentamento.

Com relação ao primeiro desafio, verifica-se que as falas apontam diferentes reações frente ao diagnóstico, prevalecendo sentimentos disfóricos como raiva e tristeza, levando a reações de contestação e depressão, respectivamente.

Outro desafio é a dificuldade no controle da doença. Observou-se que é muito enfatizada a reeducação alimentar, ao mesmo tempo em que está é considerada o maior desafio.

Alguns participantes percebem o controle alimentar como martírio, exibindo reações que podem variar desde a raiva e inconformismo, diante das inúmeras “perdas” e restrições que vivenciam em seu cotidiano, até o sentimento de descrença e culpa por transgredirem tais restrições. O estado emocional que fica é de fracasso e desmoralização ao perceberem que não conseguem se aproximar das metas para preservar a saúde.

Quadro 1 - Publicações sobre os desafios enfrentados por pessoas idosas portadoras de diabetes mellitus no controle e equilíbrio de sua saúde, no período de 2012 a 2017.

REFERÊNCIAS	TÍTULO	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
Cotta et al., 2012	Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular.	Avaliar o conhecimento dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Saúde da Família do município de Teixeira-MG, sobre suas patologias	Estudo transversal	Houve predominância de indivíduos idosos, do sexo feminino, de baixa escolaridade e renda; 40,0% dos diabéticos e 69,14% dos hipertensos não souberam conceituar as doenças. Em relação ao nível de conhecimento sobre as causas e sintomas, 50% dos diabéticos as desconheciam; dos hipertensos, 37,14% desconheciam as causas e 12,57%, os sintomas.
Dias et al., 2014	Perfil epidemiológico e nível de conhecimento de pacientes diabéticos sobre diabetes e retinopatia diabética	Conhecer o perfil epidemiológico e nível de conhecimento de pacientes diabéticos sobre diabetes e retinopatia diabética (RD).	Estudo Transversal	A maioria dos pacientes era do sexo feminino, casada, com ensino fundamental incompleto, com média de idade de 63,3 anos e afirmou saber o que é diabetes. Entretanto, 53,2% não sabiam qual o seu tipo de diabetes. As complicações visuais do diabetes são as mais conhecidas.

Faria; Bellato, 2012	A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus	Compreender a experiência de adoecimento de uma pessoa em condição crônica do diabetes mellitus e a maneira como está enfrenta as adversidades no seu cotidiano.	Abordagem compreensiva	Não é possível construir práticas profissionais cuidativas que desconsiderem a situação cotidiana de vida e saúde da pessoa a ser cuidada.
Fontenele et al., 2012	Avaliação do conhecimento sobre alimentação entre pacientes com diabetes tipo 2.	Avaliar o conhecimento sobre alimentação antes e após intervenção nutricional educativa entre pacientes com diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 atendidos na Unidade Básica de Saúde Bauxita, Ouro Preto (MG)	Estudo transversal	O processo educativo ocorreu de forma efetiva, levando todos a participarem na construção do conhecimento acerca da alimentação saudável e cuidados de modo geral.
Francioni; Silva, 2015	O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência	Conhecer os elementos que influenciam o processo de viver saudável de pessoas com DM	Pesquisa qualitativa	Foram identificados como elementos que influenciam a vida de pessoas com Diabetes Mellitus: aceitação da doença, apoio familiar, incorporação dos cuidados no cotidiano, disposição na superação de dificuldades e a manutenção de ocupação/trabalho
Gimenes et al., 2016	O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais	Identificar a informação que o paciente diabético do tipo 2 tinha acerca dos antidiabéticos orais, quando internados em um hospital de ensino, da cidade de Ribeirão Preto-SP, no ano de 2003.	Estudo descritivo	Os resultados apontaram a necessidade urgente de se buscar estratégias efetivas direcionadas à educação do paciente diabético, considerando suas diferenças individuais, quais sejam: idade, motivação para o tratamento e capacidade de autocuidado.
Oliveira; Zanetti, 2012	Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde	Caracterizar os usuários com diabetes mellitus tipo 2, segundo variáveis sócio demográficas e clínicas, e analisar os escores de conhecimento e atitude em relação à doença.	Revisão da literatura	Os escores obtidos em relação às atitudes mostram dificuldades para o enfrentamento da doença, apontando os resultados para a necessidade de implantação de Programa de Educação em Diabetes a Unidade de Estudo.

Oliveira et al., 2011	Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico.	Identificar os sentimentos dos usuários associados ao diagnóstico do Diabetes Mellitus (DM), as dificuldades inerentes ao controle glicêmico e estratégias de enfrentamento adotadas diante das demandas impostas pela doença.	Estudo qualitativo	Os resultados evidenciaram diferentes modos de lidar com os desafios suscitados pela doença no cotidiano, que influenciam diretamente na adesão ao tratamento e constituem elementos relevantes para o planejamento de intervenções mais efetivas.
Pace et al., 2017	O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado.	Verificar o conhecimento das pessoas com diabetes mellitus em relação à doença, causas e complicações advindas, destacando sua importância no autocuidado.	Estudo descritivo	Verificou-se que apenas 28,6% incluíram-se na categoria correta sobre “o que é diabetes” e “quais suas causas”; 71% foram diagnosticados sem apresentar sintomas clássicos e 64% foram internados por alguma complicação aguda ou crônica.
Péres et al., 2012b	Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos.	Identificar as dificuldades dos pacientes diabéticos em relação ao tratamento para o controle da doença	Relato escrito	Os resultados mostraram que são inúmeras as dificuldades relacionadas ao seguimento do tratamento: rejeição e negação da condição de doente, sofrimento e revolta devido às restrições impostas pela alimentação, atividade física e medicamento
Santos; Araújo, 2012	Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde	Caracterizar as dificuldades encontradas para mudanças de práticas alimentares de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 atendidas em consultório de nutrição de um ambulatório de alta complexidade	Pesquisa qualitativa, mediante entrevista semiestruturada.	Foi possível compreender as práticas alimentares em sua multidimensionalidade; essas valorizações, quando não consideradas pelos profissionais, dificultam a relação com as pessoas, que não aderem satisfatoriamente ao plano dietoterápico.
Santos et al., 2011	Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento	Identificar as representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento	Estudo qualitativo	Possibilitaram identificar três categorias: o apoio da família está presente no cotidiano da pessoa com diabetes; a família nem sempre apoia a pessoa com diabetes em suas necessidades; a própria pessoa com

				diabetes toma para si a responsabilidade de despertar o apoio da família.
--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------

Fonte: o autor

Conforme a pesquisa em 12 artigos, viu-se que é comum que os portadores de diabetes relatem sentimentos negativos em relação ao diagnóstico, ao tratamento da doença (OLIVEIRA et al., 2011; FRANCONI; SILVA, 2015) e à alimentação, como raiva, tristeza, contestação, depressão, dificuldade de raciocinar, mal-estar psicológico, desânimo e suscetibilidade à crítica (PÉRES et al., 2012). Esses sentimentos aumentam a vulnerabilidade para o desenvolvimento de estresse, depressão e ansiedade, principalmente nas mulheres, que, com frequência, têm dificuldade em realizar a dieta, pois compensam o sofrimento comendo em maior quantidade (PÉRES et al., 2008).

A alimentação não é um fenômeno exclusivamente biológico, pois sofre a influência de aspectos sociais, culturais e emocionais, ilustrados pelas confraternizações que envolvem transmissão de valores e crenças, reforço dos vínculos e trocas afetivas (PÉRES et al., 2012). Partindo desse princípio, alguns entrevistados utilizam termos como “gostinho de infância” e o sentimento da saudade para se referir a doces e a pratos hoje “proibidos” (SANTOS; ARAÚJO, 2012). Por meio da compreensão e do respeito a essas crenças e valores, os hábitos de vida não saudáveis poderiam ser modificados (BRASIL, 2012; RODRIGUES et al., 2012).

A privação de prazer é outro sentimento relatado por participantes das pesquisas (FRANCONI; SILVA, 2015; TORRES et al., 2012). Muitos dizem sentir dificuldade em cozinhar certos pratos aos familiares e frustração ao não poder comer determinados alimentos em festas (PÉRES et al., 2012). Depoimentos de alguns indivíduos dão a entender que o fato de terem de seguir uma recomendação dietética traz um significado de perda do prazer de comer e beber (PÉRES et al., 2012; XAVIER, et al., 2012).

Alguns pontuam ainda sobre o significado que a realização da dieta traz quanto à restrição da autonomia e da liberdade de escolher o que e quando se alimentar, sobre como o diabetes impõe normas e regras e impossibilita o controle de suas vidas (FARIA; BELLATO, 2012; PéRES et al., 2012). A autonomia é

importante de ser trabalhada, pois muitas pessoas se sentem reféns da doença por não poderem mais escolher o que podem ou não fazer. Por isso, é importante que os pacientes sejam envolvidos em todo o processo do cuidado, no planejamento das ações, nas decisões a serem tomadas e na execução do plano terapêutico, aumentando a autonomia e o poder dos pacientes sobre suas condições (BRASIL, 2012).

Outra forma de garantir a autonomia dessas pessoas é a abordagem em grupo, no qual se propicie a troca de saberes e experiências com participantes na mesma situação (FRANCIONI; SILVA, 2015; PACE et al., 2017).

Muitos pacientes têm bastante dificuldade em aceitar a doença e, assim, aderir de fato ao tratamento (OLIVEIRA et al., 2011; PÉRES et al., 2012; SANTOS; ARAÚJO, 2012). Para muitos, a aceitação significa o reconhecimento de uma limitação importante, o que implica na perda da autonomia. Não são capazes de se verem de outro modo, definindo um novo “eu”, e enxergarem que esse novo “eu” é cheio de novas possibilidades e não de limitações. Muitos levam a condição da não aceitação tão adiante que um dia é tarde e as complicações (problemas renais, amputações) tratam de abrir-lhes os olhos (PÉRES et al., 2012).

Ainda na mesma linha de pensamento, Péres et al. (2008) descreveram os conceitos da negação total, quando o indivíduo age como se não tivesse o diagnóstico da doença, se alimenta como sempre, não realiza atividade física e não faz uso da medicação adequadamente, além de muitas vezes colocar em dúvida o diagnóstico médico e o resultado de exames; e a negação parcial, quando há negação em partes da realidade, principalmente daquela relacionada com o que lhe traz sofrimento, como a alimentação (OLIVEIRA et al., 2011).

Ambos os conceitos, por um lado, podem atrapalhar o seguimento do tratamento, mas podem, por outro lado, proteger o indivíduo das amarguras causadas pela doença e com as quais não consegue lidar no momento (PÉRES et al., 2012). Muitas vezes, o fato de portar uma doença crônica pode ser um fardo, principalmente, para aquelas pessoas que não receberam orientações suficientes ou as que ainda não se sensibilizaram para uma mudança de atitude. Mais uma vez se vê a importância da equipe de saúde em colocar o paciente e seu contexto de vida como centro do seu cuidado e não colocar a doença como o centro de tudo.

Quanto às estratégias de enfrentamento, percebe-se que a atividade física adotada após o diagnóstico de DM passou a ser vista como uma prática

positiva. São poucos os que se referem aos benefícios inerentes a essa prática, ainda que seja de fundamental importância a sua capacidade de redução de níveis glicêmicos.

Acerca da rede de apoio familiar e de amigos, há relatos do ponto de vista de como esses grupos podem interferir negativamente, ou por serem muito controladores ou pelo oposto (mantendo hábitos de dieta incompatíveis com os do diabético, por exemplo). Em contraposição, há os que digam que o apoio dessas pessoas é essencial para o sucesso do tratamento. Em um dos estudos, os participantes sinalizaram a grande dificuldade de lidar com a diferença entre os hábitos alimentares adotados por seus familiares e o restante de seu círculo social e os prescritos para um paciente com DM. Para essas pessoas, o apoio fraterno é muito importante como forma de reforço no enfrentamento da doença (OLIVEIRA et al., 2011).

Para participantes de outras pesquisas, esse mesmo apoio é importante por fazer com que eles se sintam fortalecidos e incentivados a melhorar o autocuidado e conviver melhor com a doença (XAVIER et al., 2012; FRANCONI; SILVA, 2015).

Todavia, alguns pacientes se sentem incomodados com o controle exacerbado que alguns familiares exercem sobre eles, dizendo o quê e a que horas comer; quando tomar ou não a medicação. Isso os faz sentir privados de sua autonomia para decidir pelos seus momentos de prazer relacionados à alimentação e ao convívio social. Além disso, comprometem sua autoestima em vez de ajudar a organizar seu cotidiano. Outro ponto de vista, nesse mesmo estudo, contudo, mostra como esse controle excessivo pode ter o significado de cuidado e proteção em relação à saúde (GIMENES et al., 2016).

Sendo assim, o ideal é que haja um equilíbrio na oferta do cuidado para que não falte atenção ao paciente, mas que ele também não se sinta sufocado com ordens e restrições. O controle na medida certa, sem dúvidas, tem o significado de zelo e proteção.

Infelizmente, em muitos casos, apesar de terem a família próxima, pacientes se sentem sozinhos, não tendo com quem desabafar, e reclamam que não há quem cuide deles. Às vezes, o contexto familiar é mais conturbado ou simplesmente não existe diálogo. Essa falta de comunicação se mostra como um

dos fatores que motivam a procura por um grupo de apoio em diabetes (SANTOS et al., 2011).

Sem o suporte da família é muito difícil que o indivíduo siga seu plano terapêutico adequadamente. No caso de não haver esse apoio, o ideal, a princípio, é que essa pessoa busque ajuda nos grupos de educação em diabetes para que, posteriormente, a equipe de saúde e até mesmo o próprio paciente, já empoderado, tentem sensibilizar sua rede de apoio.

Dentre os familiares, aqueles apontados como importantes fontes de suporte são os filhos, cônjuges e até mesmo as crianças. Contudo, Santos et al. (2011) alertaram sobre a dependência que algumas pessoas desenvolvem da relação com os familiares acerca do seu cuidado, esperando que as mudanças ocorram a partir da família. E pontuaram como outros diabéticos têm autonomia suficiente para se responsabilizar por seu cuidado e fazer com que as mudanças ocorram no seu contexto familiar.

Esse trabalho mostra a importância da equipe de saúde reconhecer a dimensão sociocultural do cuidado aos portadores de diabetes e as representações sociais quanto ao apoio familiar para avaliar a vulnerabilidade de cada caso e agir de maneira a potencializar e favorecer a integralidade do cuidado (SANTOS et al., 2011).

Muito importante também é o suporte que essa rede de apoio precisa ter por parte dos profissionais de saúde. É preciso envolvê-la no processo da educação em saúde no diabetes, propiciando a mudança de hábitos de todos os membros da família e, assim, alcançar maiores chances de sucesso no tratamento do diabético e a prevenção da ocorrência de outros casos na mesma família (COTTA et al., 2012).

Por fim, estratégias inovadoras são imprescindíveis para o empoderamento do público de baixa escolaridade, haja vista o pouco interesse dessas pessoas pelas intervenções educativas, o que torna o profissional de saúde essencial na sensibilização dessa população. Ele se torna responsável por transmitir as informações de maneira simplificada para motivar o paciente a conhecer a própria doença e assumir de forma mais ativa os cuidados relacionados ao seu tratamento (ROCHA et al., 2012, RODRIGUES et al., 2012).

Com relação à abordagem e importância da atuação da equipe de saúde, Santos e Araújo (2012) observaram que o profissional de saúde pode adotar dois tipos de postura perante o paciente e seu tratamento: a postura autoritária, que pode

suscitar sentimentos negativos no paciente e influenciar no processo do tratamento; e a mais compreensiva e dialógica. O ideal seria que todos os profissionais adotassem a segunda opção, a fim de garantir maior vínculo profissional-paciente e, conseqüentemente, maiores chances de sucesso no tratamento.

Outra atitude desse profissional, que não contribuirá com o sucesso do tratamento do seu paciente, é a de dar ênfase excessiva às proibições (PÉRES et al., 2008), que muitas vezes são sentidas como punições (FARIA; BELLATO, 2012). Intervenções que reforcem os caminhos alternativos para uma vida saudável, além do respeito às escolhas do paciente, mesmo que essas não sejam as ideais para o profissional de saúde, podem contribuir de algum modo para um viver mais saudável e para o sucesso do tratamento e da relação profissional-paciente (XAVIER et al., 2012).

Oliveira e Zanetti (2012) declararam como sendo principalmente de responsabilidade do enfermeiro o levantamento dos fatores de risco que possam influenciar no tratamento do diabetes, entre outras atribuições. Já Fontenele et al. (2012) afirmaram que os participantes da sua pesquisa que receberam orientação de nutricionistas ou de equipes compostas por nutricionistas pontuaram mais no questionário que avaliou o conhecimento acerca do diabetes, comparado com os que não receberam orientação desses profissionais.

Às vezes, pode até ser necessária uma intervenção mais específica de algum profissional, como o nutricionista, na prescrição da dieta, e o enfermeiro, na avaliação do pé diabético. Porém, já é de conhecimento geral que a atuação de equipes interdisciplinares, compostas por esses profissionais, apresenta uma maior efetividade no alcance dos resultados desejados.

Um estudo que objetivou avaliar, dentre outras coisas, o conhecimento de pacientes hipertensos e diabéticos acerca de sua doença obteve que grande parte dessas pessoas desconhecia aspectos importantes de sua morbidade. Em torno de 60% dos indivíduos diabéticos dessa mesma pesquisa afirmaram nunca ter recebido explicação ou assistido à palestra de algum profissional de saúde sobre o diabetes ou recebido material escrito sobre a doença (DIAS et al., 2014). Mais uma vez a importância da atuação do profissional de saúde e de suas estratégias de educação se mostram essenciais no controle das variáveis que podem influenciar no sucesso do tratamento do diabetes.

Péres et al. (2012) concluíram em seu trabalho que para a mudança de hábitos alimentares no controle do diabetes não é importante somente ofertar informações ao paciente, mas também englobar aspectos emocionais que influenciem diretamente na adesão ao tratamento. É essencial que o contexto no qual a pessoa está inserida seja considerado (SANTOS; ARAÚJO, 2012), assim como as possíveis repercussões que a doença possa trazer para o seu cotidiano, acarretando, muitas vezes, problemas de ordem pessoal ou financeira, por exemplo, fazendo com que a doença represente um peso em sua vida (FARIA; BELLOTO, 2012).

Esse é um dos papéis da equipe de profissionais que gerencia os cuidados de saúde dessas pessoas. Os programas educativos que essa equipe se propõe a executar devem ter característica dialógica, dando ênfase na troca de saberes entre o popular e o científico (OLIVEIRA; ZANETTI, 2012), lembrando sempre de priorizar o bom relacionamento entre profissional e cliente, fundamental na orientação das práticas de autocuidado. Por isso, é importante que essa equipe esteja sensibilizada a perceber o que o paciente fala, sente e faz e que valorize o suporte oferecido por amigos e familiares (RODRIGUES et al., 2009).

Já a família é considerada como fonte de apoio para o paciente. A tendência, quando uma pessoa participa de um processo educativo em DM, é que o conhecimento obtido alcance os familiares quanto à aquisição de hábitos saudáveis. Tal adesão poderá ser definitiva para o tratamento e controle glicêmico (ZANETTI et al., 2008).

Levando em conta a caracterização do público participante dos estudos, além da questão de gênero, idade e grau de escolaridade, Whiting et al., (2011) encontraram como resultado de sua pesquisa que o diabetes se distribui de maneira diferente ao redor do mundo, de acordo com os níveis de renda da população. Nos países com nível de renda alto (classificados pelo Banco Mundial), as pessoas portadoras de diabetes têm, predominantemente, 60 anos ou mais; já as populações com nível de renda médio ou baixo apresentam portadores de diabetes com idades entre 40 e 60 anos, ou seja, a faixa economicamente ativa da população.

A fim de estudar os fatores de risco e proteção para as DCNT no território brasileiro, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), por meio de inquérito telefônico (VIGITEL 2011), encontrou uma frequência de diagnóstico auto referido de diabetes de 6% entre as mulheres brasileiras e 5,2% entre os homens. Com relação à idade e

escolaridade, foi observada uma maior frequência com o avançar da idade (mais de 20% dos indivíduos acima de 65 anos) e em indivíduos com até oito anos de estudo, os quais 6,4% dos homens e 8,6% das mulheres referem diagnóstico médico de diabetes (BRASIL, 2012).

Com relação ao grau de escolaridade, em 12 dos 21 estudos, os participantes tinham Ensino Fundamental incompleto, com até quatro ou oito anos de estudo. Nos extremos, pôde-se observar que, em um artigo, 40,9% dos participantes eram analfabetos (COTTA et al., 2012) e, em outro, 47,6% apresentavam de nove a 12 anos de estudo (RODRIGUES et al., 2009). Mais uma vez os dados batem com os do VIGITEL 2011 (BRASIL, 2012), no qual a maior parte dos indivíduos que se autor referiram diabéticos tiveram até oito anos de estudo.

A renda familiar parece ser um fator limitante no tratamento do diabetes mellitus, visto que uma melhor renda aumenta a facilidade de acesso aos alimentos (SILVA et al., 2006; SANTOS; ARAÚJO, 2012). Entrevistados do trabalho de Oliveira et al. (2011) reforçaram esse fato, dizendo que a alimentação adequada ao diabético é cara e que é difícil comprar alguns produtos, como o arroz integral.

Chegaram a citar, inclusive, a dificuldade em realizar atividade física em locais pagos e o fato de, muitas vezes, não terem dinheiro até mesmo para o deslocamento (TORRES et al., 2012). O fator socioeconômico certamente tem grande influência no tratamento das doenças, especialmente aquelas que exigem uma dieta diferenciada.

Na percepção da doença – do conhecimento ao autocuidado -, o tema “conhecimento” foi o mais abordado entre os artigos e parece ser a base para a explicação sobre as dificuldades de enfrentamento do diabetes por parte dos portadores da doença. Em um dos estudos que avaliou o conhecimento dos diabéticos, 40% deles desconheciam o significado e 50% desconheciam os sinais clínicos do diabetes (COTTA et al., 2012).

No estudo de Dias et al. (2014), mais de 80% dos participantes demonstraram saber o que é o diabetes, contudo mais da metade (51%) não soube dizer quais eram os dois principais tipos da doença, inclusive o seu (53,2% dos entrevistados). Esses dados são preocupantes, tendo em vista a forte relação entre o conhecimento e a efetividade do autocuidado.

O conhecimento que os diabéticos têm sobre a própria doença é a base para o manejo adequado do cuidado e para a adoção de medidas preventivas às suas complicações (FONTENELE et al., 2012).

Alguns diabéticos parecem pouco motivados a exercer o autocuidado, aparentemente, por terem poucas informações sobre a doença e como obter uma melhor qualidade de vida através de uma alimentação saudável e da prática de atividade física (TORRES et al., 2012). Em um dos estudos, no qual se aplicou um questionário para a avaliação dos conhecimentos sobre alimentação, os temas que suscitaram mais dúvidas e erros foram: consumo de frutas e vegetais, tipos de gorduras, fibras e alimentos dietéticos (FONTENELE et al., 2012). Atualmente essas informações, apesar de serem muito exploradas pela mídia e divulgadas por serviços de saúde através de ações de políticas públicas, parecem não gerar impacto sobre o grande público.

Outro fator que influencia a conceituação correta e o tratamento do paciente com diabetes são as crenças relacionadas à doença. Há quem diga que o portador de diabetes não possa comer nada que seja doce (XAVIER et al., 2012) ou que seguir uma disciplina alimentar rigorosa possa fazer mal à saúde, porque deixaria a pessoa fraca (PÉRES et al., 2012). Além disso, é muito importante citar os hábitos alimentares relacionados à cultura, que, no caso do Brasil, estão fortemente marcados pelo regionalismo (XAVIER et al., 2012).

Muitos se valem do uso de ervas no preparo de chás por acreditarem que eles auxiliam no controle da glicemia e até na cura da doença (XAVIER et al., 2012; SANTOS et al., 2012). Há os que fazem para agradar familiares, como mães e avós, e os que creem que “mal não faz” (SILVA et al., 2006). Por isso, é interessante que o profissional de saúde tenha domínio sobre as práticas complementares, como a fitoterapia, e possa orientar adequadamente os seus pacientes quanto ao preparo correto desses chás (XAVIER et al., 2012).

Assim, o balanço entre a cultura e a ciência representa importante papel na abordagem das práticas educativas em saúde. Em um dos estudos quantitativos utilizados nessa revisão, Rodrigues et al. (2012) encontraram que as variáveis escolaridade e tempo de doença têm, respectivamente, relação proporcional e inversamente proporcional ao fator conhecimento sobre o diabetes. O artigo apresentou resultados estatisticamente significantes: quanto menos anos de estudo e maior o tempo da doença, menor o nível de compreensão e adoção de práticas de

cuidado por parte do portador de diabetes. Daqueles que apresentaram menores pontuações no escore de conhecimento sobre a doença, 44,72% tinham Ensino Fundamental incompleto (Rodrigues et al., 2012), assim como aqueles que pontuaram menos no teste de conhecimento da pesquisa de Fontenele et al. (2012).

Apesar de Oliveira e Zanetti (2012) não terem feito correlação com nenhuma outra variável, nota-se que os entrevistados com resultados insatisfatórios para a aquisição de conhecimento e mudança de atitude eram adultos e idosos, com idade média de 64,46 anos, e com baixo grau de escolaridade, de até oito anos (59%), muito parecido com o encontrado em outros estudos (FONTENELE et al. 2012; RODRIGUES et al., 2012).

Outros dois estudos apresentaram resultados notáveis sobre a relação entre conhecimento e atitude (OLIVEIRA; ZANETTI, 2012). No primeiro, em oposição ao segundo, os participantes obtiveram uma boa pontuação quando avaliados no quesito conhecimento relacionado ao diabetes e às estratégias de autocuidado. Ambos obtiveram, entretanto, o mesmo resultado na avaliação da atitude: os participantes não apresentaram a atitude positiva esperada para a mudança de hábitos e necessária à manutenção do controle metabólico. Esse resultado mostra que a aquisição de conhecimento não gera, necessariamente, a mudança de atitude do paciente frente à doença (RODRIGUES et al., 2009).

A respeito do conhecimento do diabético, dois trabalhos abordaram duas das principais complicações da doença: pé diabético (ROCHA et al., 2012) e retinopatia diabética (DIAS et al., 2014). No primeiro, apesar de o nível de conhecimento relacionado aos cuidados com os pés ter se mostrado satisfatório, na avaliação do comportamento frente a esses cuidados, 36,4% acertaram somente metade das questões, representando um resultado insatisfatório. Tal fato é preocupante, pois significa que a pessoa diabética tem dificuldade em reconhecer o real risco do não cuidado com seus pés (ROCHA et al., 2012).

No segundo estudo, somente um terço dos participantes já tinha ouvido falar da retinopatia diabética e 77,3% não sabiam se eram acometidos pelo agravo ou não (DIAS et al., 2014). Em muitos casos, o portador de diabetes leva anos para se sensibilizar frente à doença e perceber os reais riscos que corre na ausência do autocuidado. Por esse motivo, não tem interesse em saber mais sobre a doença e suas possíveis complicações e termina por conhecê-las quando elas já estão instaladas.

A participação dos portadores de diabetes em programas educativos seria uma forma de potencializar as ações de prevenção, no geral, fragilizadas pela falta de conhecimento básico sobre a doença, seus sinais, sintomas e formas de evitar os agravos. Entretanto, na maior parte das vezes, essa participação é baixa devido ao hábito da procura por assistência médica somente em situações agudas (PACE et al., 2017).

Com relação à adesão ao tratamento não-farmacológico, nos estudos de Péres et al. (2008; 2012) e Oliveira et al. (2011), relatos mostraram que a exigência da mudança no cotidiano (SILVA et al., 2006) e nos hábitos de vida dificultam o enfrentamento do diabetes e de outras doenças crônicas. Aparentemente a reeducação alimentar é o maior desafio e uma das grandes dificuldades no controle da glicemia pelo paciente diabético, que encara o processo como muito penoso e cheio de metas quase impossíveis de serem alcançadas (SILVA et al., 2006; PÉRES et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2011; TORRES et al., 2012).

Em relação àqueles que têm dificuldade em seguir uma dieta adequada, muitos apontam a falta de apoio familiar como responsável pela manutenção do programa alimentar (PÉRES et al., 2012). O portador de diabetes pode ser visto como “diferente” pelos parentes devido às restrições impostas pela doença, já que muitos não entendem e até criticam as restrições alimentares do diabético.

Segundo o relato de um participante, “muitas vezes as pessoas não entendem que não é querer ser diferente, é uma necessidade” (PÉRES et al., 2012). Nesse caso, os familiares e amigos também devem ser orientados pela equipe de saúde a dar o apoio necessário e a evitar comentários negativos, que podem desestimular o familiar diabético, prejudicando o seu tratamento.

Outra explicação para a dificuldade de adesão à dieta refere-se à ausência de sintomas da doença (SANTOS; ARAÚJO, 2012; FARIA; BELLOTO, 2012). Péres et al. (2012) explicam que algumas pessoas precisam sentir-se mal após comerem certo alimento para perceberem que ele realmente as faz mal. A ausência de sintoma muitas vezes mascara um estado metabólico descompensado e, por não estar sentindo nada, o indivíduo deixa a dieta e os medicamentos de lado. Esse mecanismo não é privilégio dos diabéticos, pois o mesmo pode ser vivenciado pelos hipertensos, por exemplo.

Já aquelas pessoas que conseguem seguir um plano alimentar adequado referem como se sentem melhores e mais bem-dispostas, como o corpo responde

melhor e como é possível fazer restrições, mas ao mesmo tempo comer de tudo. Relatam a importância do equilíbrio entre a vontade e a moderação (OLIVEIRA et al., 2011). Apesar das possíveis e existentes dificuldades na adesão às recomendações dietéticas, muitos pacientes têm consciência da importância da prescrição feita pelo profissional nutricionista (SANTOS; ARAÚJO, 2012).

O quesito atividade física, apesar de aparecer como importante na fala da maioria dos respondentes das pesquisas, na prática, não é tido como essencial, mas somente um complemento ao tratamento (HORTALE et al., 2010).

Dos participantes que responderam à pesquisa de Péres et al. (2012) sobre o tema atividade física, seis participantes eram ativos, seis não faziam atividade e outros quatro faziam, mas não diariamente. Quanto aos depoimentos, há o discurso dos que não realizavam atividade física: “sinto dores nas pernas”, “canso muito”; e o discurso dos que realizavam alguma atividade: “fazendo caminhada consigo manter o nível de glicemia e diminuir o peso”. Já aqueles que não realizavam sistematicamente atividade física alegam que as viagens, o trabalho, o estresse e o mau tempo são empecilhos para o exercício.

Sabe-se, hoje em dia, que a atividade física é uma das principais formas preventivas de doenças crônicas como o diabetes. Além disso, é considerada como forma prioritária de tratamento da doença e deve ser desenvolvida com o envolvimento de outros profissionais, como o educador físico (BRASIL, 2012).

Com relação à adesão ao tratamento farmacológico, Péres et al. (2012) encontraram que, em geral, mais da metade dos participantes tinham alguma dificuldade em relação ao uso do medicamento, seja por dúvidas quanto à forma de usar, seja por esquecimento ou recusa. Para melhor entender as dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso, os pacientes diabéticos podem ser categorizados em dois subgrupos básicos: os que usam insulina e os que usam antidiabéticos orais. O uso da insulina causa sentimentos como ódio, pavor e mau humor, além de medo, por dar a sensação de materialização da doença (ZANETTI et al., 2008).

Muitos pacientes apresentam bastante dificuldade na auto aplicação da insulina e acabam ficando dependentes de outras pessoas, como familiares ou profissionais de saúde (FARIA; BELLOTO, 2012). Já o problema apresentado quanto ao uso dos antidiabéticos orais se dá no tocante à dificuldade de entender os horários em que eles devem ser administrados (OLIVEIRA et al., 2011). Na pesquisa

de Santos et al. (2011), mais da metade dos entrevistados faziam uso dos medicamentos em horário incorreto.

E a situação se agrava quando o paciente faz uso de outros medicamentos para diferentes comorbidades, como hipertensão, pois tudo se torna mais confuso. Além do que já foi apresentado, existe também a situação na qual, ao melhorar ou deixar de manifestar sintomas, o indivíduo para de fazer uso da medicação prescrita. Esse problema poderia ser amenizado caso essa pessoa tivesse uma noção clara e descomplicados mecanismos de ação dos medicamentos dos quais faz uso (GIMENES et al., 2016).

Tem destaque mais uma vez o papel do profissional de saúde como educador com capacidade crítica, que faça uso do conhecimento prévio do paciente e promova a construção compartilhada do conhecimento. E que, além disso, procure problematizar o que causa incômodo ou dificulta o tratamento do paciente, evitando a simples transmissão de conhecimento verticalizada.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a Diabetes mellitus (DM) é um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial.

Observou-se, através das falas, que os pacientes, após o diagnóstico de Diabetes mellitus (DM), desenvolvem sentimentos do tipo raiva e tristeza levando à contestação e depressão.

De acordo com este estudo verificou-se que em relação àqueles que têm dificuldade em seguir uma dieta adequada, muitos apontam a falta de apoio familiar como responsável pela manutenção do programa alimentar.

Com relação a dificuldades no controle da doença, alguns pacientes relatam que o controle alimentar é visto como martírio. Já aquelas pessoas que conseguem seguir um plano alimentar adequado referem como se sentem melhores e mais bem-dispostas, como o corpo responde melhor e como é possível fazer restrições, mas ao mesmo tempo comer de tudo.

Alguns pontuam, ainda, sobre o significado da dieta, quanto à restrição da autonomia e liberdade de escolher o que e quando se alimentar, sobre como o diabetes impõe normas e regras e impossibilita o controle de suas vidas

Muitos pacientes têm bastante dificuldade em aceitar a doença.

Com relação às estratégias de enfrentamento, verificou-se que a atividade física é vista como uma prática positiva. Alguns pacientes relatam que a rede de apoio familiar é vista como fundamental para o enfrentamento da doença.

Sem o suporte da família, é muito difícil manter um plano terapêutico adequadamente.

A equipe de saúde é vista como uma ferramenta importante para o paciente.

O profissional de saúde pode adotar a postura compreensiva e dialógica.

É importante ressaltar que o conhecimento parece não levar necessariamente à mudança de atitude, deixando claro que os programas educativos que se apoiam somente sobre a transmissão de informação não são suficientes. O investimento em projetos educativos que utilizam o método da Educação Popular talvez seja a solução quando o assunto é mudança de atitude a partir do que a pessoa é, sente e faz.

O sucesso do enfrentamento da doença depende do suporte dos familiares e amigos do paciente. Além disso, essa própria rede de apoio também merece e precisa de suporte, que deve ser oferecido nos espaços dos serviços de saúde que acolhem os portadores de diabetes. O respeito à individualidade, aos sentimentos e aos desejos é a chave para que o vínculo profissional-paciente seja estabelecido e assim alcance os resultados desejados no tratamento e na aquisição de hábitos de vida mais saudáveis.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Position Statement. Standards of Medical Care in Diabetes - 2011. **Diabetes care** [Internet]. Jan 2011, 34(1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, Brasília; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012

COTTA, R.M.M.; REIS, R.S.; CARVALHO, A.L.; BATISTA, K.C.S.; CASTRO, F.A.F.; ALFENAS, R.C.G. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. **Physis: RevSaúde Coletiva** [Internet]. Out. 2012; 18(4):745-766.

DIAS, A.F.G.; VIEIRA, M.F.; REZENDE, M.P.; OSHIMA, A.; MULLER, M.E.W.; SANTOS, M.E.X.; SERRACARBASSA, P.D. Perfil epidemiológico e nível de conhecimento de pacientes diabéticos sobre diabetes e retinopatia diabética. **Arq Bras Oftalmol**. Out 2014; 73(5):414-8.

FARIA, A.P.S.; BELLATO, R. A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabetes mellitus. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. Out 2012; 43(4):752-9.

FONTENELE, R.S.S.; PERES, L.C.L.; NASCIMENTO, M.A.B.; BONI, M.S. Avaliação do conhecimento sobre alimentação entre pacientes com diabetes tipo 2. **Com Ciências Saúde** [Internet] Out 2012; 18(3):197-206.

FRANCIONI, F.F.; SILVA, D.G.V. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. Out 2015; 16(1):105-11.

GIMENES, H.T.; ZANETTI, M.L.; OTERO, L.M.; TEIXEIRA, C.R.S. O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. **Ciência, Cuidado e Saúde** [Internet]. Set-Dez 2016; 5(3):317-325.

HORTALE, V.A.; MOREIRA, C.O.F.; BODSTEIN, R.C.A.; RAMOS, C.L. **Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010. 238 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**: Rio de Janeiro; 2010

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION - IDF. **Global Diabetes Plan 2011-2021** [citado 23 Set 2012].

OLIVEIRA, K.C.S.; ZANETTI, M.L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. Out. 2012; 45(4):862-8.

OLIVEIRA, N.F.; MELLO e SOUZA, C.B.; ZANETTI, M.L.; SANTOS, M.A. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. **Rev Bras Enferm** [Internet]. Mar-Abr 2011; 64(2):301-7.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications**: Report of a WHO Consultation. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Geneva: World Health Organization, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Media Centre: Diabetes. **Fact Sheet 312**. Geneva: WHO Media Centre, 2011.

PACE, A.E.; OCHOA-VIGO, K.; CALIRI, M.H.L.; FERNANDES, A.P.M. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. **Rev Latino-am Enfermagem** [Internet]. Out 2017; 14(5).

PÉRES, D.S.; FRANCO, L.J.; SANTOS, M.A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Rev Saúde Pública** [Internet]. Out 2012a; 40(2):310-7.

PÉRES, D.S.; FRANCO, L.J.; SANTOS, M.A. Sentimentos de mulheres após o diagnóstico de diabetes tipo 2. **Rev Latino-Am Enfermagem** [Internet]. Jan-Fev 2008; 16(1).

PÉRES, D.S.; SANTOS, M.A.; ZANETTI, M.L.; FERRONATO, A.A. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Rev Latino-Am Enfermagem** [Internet]. Set 2012b; 15(6).

ROCHA, R.M.; ZANETTI, M.L.; SANTOS, M.A. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé-diabético. **Acta Paul Enferm** [Internet]. Out 2012; 22(1):1723.

RODRIGUES, F.F.L.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, C.R.S.; GONELA JT, ZANETTI ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm** [Internet]. Out 2012; 25(2):284-90.

RODRIGUES, F.F.L.; ZANETTI, M.L.; SANTOS, M.A.; MARTINS, T.A.; SOUZA, V.D.; TEIXEIRA, C.R.S. Conhecimentos e atitudes: componentes para a educação em diabetes. **Rev Latino-Am Enfermagem** [Internet]. Jul-Ago 2009; 17(4).

SANTOS, A.F.L.; ARAÚJO, J.W.G. Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde** [Internet]. Abr-Jun 2011[citado 24 Out 2012]; 20(2):255-263.

SANTOS, M.A.; ALVES, R.C.P.; OLIVEIRA, V.A.; RIBAS, C.R.P.; TEIXEIRA, C.R.S.; ZANETTI, M.L. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. 2011; 45(3):6518.

SANTOS, Q.G.; AZEVEDO, D.M.; COSTA, R.K.S.; MEDEIROS, F.P. A crise de paradigmas na ciência e as novas perspectivas para a enfermagem. **Esc Anna Nery** [Internet]. Nov 2012; 15(4):833-837.

SILVA, D.G.V.; SOUZA, S.S.; FRANCIONI, F.F.; MATTOSINHO, M.M.S.; SANDOVAL, R.C.B.; CUNHA, M.A.; FERREIRA, N. Pessoas com Diabetes Mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. **Rev Bras Enferm** [Internet]. Maio-Jun 2006; 59(3):297-302.

TORRES, H.C.; SOUZA, E.R.; LIMA, M.H.M.; BODSTEIN, R.C. Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm** [Internet]. Out 2012; 24(4):514-9.

VASCONCELOS, E.M. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das Políticas de Saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva** [Internet]. Nov 2012; 14(1):67-83.

WHITING, D.R.; GUARIGUATA, L.; WEIL, C.; SHAW, J. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. **Diabetes Research and Clinical Practice** [Internet]. 2011 Nov 12 311-321.

XAVIER, A.T.F.; BITTAR, D.B.; ATAÍDE, M.B.C. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. Mar 2009 [citado 18 Out 2012]; 18(1):124130.

ZANETTI, M.L.; BIAGG, M.V.; SANTOS, M.A.; PÉRES, D.S.; TEIXEIRA, C.R.S. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Rev Bras Enferm** [Internet]. Mar-Abr 2008; 61(2):186-92.