



PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA

Artigos Originais



Percepção de pessoas com diabetes sobre a doença e os motivos de rehospitalização: estudo descritivo

Simone Cristina Baggio¹, Catarina Aparecida Sales¹, Sonia Silva Marcon¹, Aliny Lima Santos¹

¹Universidade Estadual de Maringá

RESUMO

Objetivo: Identificar como pessoas com diabetes rehospitalizadas por descontrole glicêmico percebem a doença e os motivos que desencadearam a hospitalização. **Método:** Estudo descritivo de natureza qualitativa, realizado com sete pessoas com diabetes que foram hospitalizadas pelo menos duas vezes num período de 12 meses. Os dados foram coletados em 2010, por meio de entrevista semiestruturada e submetidos à análise de conteúdo temática.

Resultados: Emergiram as categorias: Vivenciando a doença: 'não deixa a gente fazer nada'; Reconhecendo a possibilidade de complicações: 'Pode ir perdendo órgãos, perder tudo...'; e; As causas da hospitalização: 'quando percebi já estava ruim'.

Discussão: A complexidade, limitações e os sentimentos que permeiam a vivência com a doença, bem como a deficiência do conhecimento sobre ela foram evidenciados, denunciando falha dos serviços de saúde.

Conclusão: Os profissionais de saúde necessitam ter atuação diferenciada junto às pessoas com diabetes, capacitando-as para um autocuidado mais eficaz no controle da doença.

Descritores: Enfermagem; Diabetes Mellitus; Conhecimento.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença crônica não transmissível relacionada ao excesso de peso e à inatividade física⁽¹⁾. No Brasil, constitui um sério problema de saúde pública, sendo que em 2011 existiam 12,4 milhões de pessoas acometidas e a previsão é de que este número alcance os 19,6 milhões de pessoas até 2030⁽²⁾. Além disso, figura entre as quatro principais causas de morte no país, sendo a principal causa de cegueira adquirida e está fortemente associada às doenças coronarianas, renais e amputações de membros inferiores⁽³⁾.

Em função do crescente número de pessoas acometidas pela DM2, da complexidade que constitui o processo de viver com essa doença e do seu potencial em desenvolver incapacidades funcionais e aposentadorias precoces, constitui preocupação frequente nos serviços de saúde⁽⁴⁾.

O diagnóstico de DM2 está diretamente associado à necessidade de diversas mudanças na vida daqueles que o recebem. As modificações estão relacionadas às atividades da vida cotidiana, pois envolvem reorganização alimentar e prática de atividades físicas; sendo frequentes também a presença de sentimentos de angústia, ansiedade e medo desta nova realidade⁽⁵⁾.

Quando do aparecimento de uma doença crônica, torna-se necessário que a pessoa obtenha conhecimentos sobre ela, desde sua etiologia, curso, tratamento, complicações possíveis e os cuidados necessários para evitá-las. Estes conhecimentos implicarão em melhor aceitação, manejo e convivência com a doença; e também subsidiarão a adoção de medidas de autocuidado⁽⁶⁾. Consequentemente, no caso específico do DM, melhor controle metabólico, prevenção de complicações agudas e crônicas, e melhor qualidade de vida⁽⁵⁾.

Isto porque as complicações, agudas ou crônicas, decorrentes do DM2 estão dire-

tamente associadas aos hábitos de vida do indivíduo, a forma como ele vivencia a doença e os significados que a mesma tem em sua vida. A preocupação com o controle dos níveis glicêmicos é de suma importância, pois a hiperglicemia persistente culmina em processos patológicos, que muitas vezes podem levar à hospitalizações, inclusive com recidivas⁽⁶⁾.

Neste contexto, os enfermeiros possuem papel relevante, qual seja: o de desenvolver habilidades por meio de práticas educativas para o autocuidado requerido pelo diabetes, de modo a promover um estado saudável do usuário⁽⁴⁾. O enfermeiro deve educar e conscientizar as pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância de algumas práticas diárias que favorecem o controle do DM, levando a melhor convivência com a condição de doente crônico. Desta forma, possibilita que o doente seja protagonista de seu tratamento, que, por sua vez, refletirá na redução da morbimortalidade advinda de complicações⁽⁵⁾.

Assim, tendo em vista a magnitude desta doença em nosso meio e a importância das pessoas doentes e seus familiares estarem instrumentalizados para lidarem com a doença em seu cotidiano, identificar o que o doente sabe sobre a doença constitui ponto chave para o controle dos níveis glicêmicos. Isto possibilita que os profissionais identifiquem questões importantes a serem abordadas na assistência a estas pessoas. Cabe destacar que, embora esta temática já tenha sido abordada em muitos estudos, ainda persistem lacunas que refletem no agir dos profissionais, justificando a realização do presente estudo, cujo objetivo foi identificar o conhecimento que pessoas com diabetes rehospitalizadas por descontrole glicêmico têm sobre a doença e os motivos que desencadearam a hospitalização.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado em um município de médio porte do noroeste do Paraná. Os sujeitos da pesquisa foram pessoas com DM2 que num período de 12 meses necessitaram de duas ou mais hospitalizações - permanência no hospital por mais de 24 horas, em decorrência de descontrole glicêmico. Este critério foi utilizado por considerar que estas pessoas possam estar tendo dificuldades para lidar com a doença.

Para localizar os informantes do estudo foi realizado um levantamento, nos três hospitais do município, de todas as hospitalizações ocorridas nos anos de 2008 e 2009, e identificadas aquelas que apresentavam os códigos E10 (não insulino-dependente) e E11 (insulino-dependente) do Código Internacional de Doença (CID10)⁽⁷⁾ como diagnóstico principal.

No período em questão foram identificadas 101 internações com os referidos códigos. Destas, 88 referiam-se à indivíduos residentes no município e 13 deles haviam sido internados duas ou mais vezes em um intervalo de 12 meses, sendo os mesmos relacionados para serem incluídos no estudo. Contudo, ao tentar fazer contato para convidá-los a participarem do estudo, constatou-se que três deles haviam falecido, dois mudaram de município e um era totalmente dependente de cuidados, com importante comprometimento cognitivo, o que o impedia de comunicar-se. Todos os contatados aceitaram participar do estudo, totalizando sete sujeitos com DM2.

Os dados foram coletados no período de maio a julho de 2010, no domicílio dos participantes, por meio de entrevistas semiestruturadas, previamente agendadas. Elas tiveram duração média de 30 minutos e foram gravadas após consentimento. Foi utilizado um roteiro

semiestruturado composto de duas partes, a primeira abordando características sociodemográficas e a segunda constituída de cinco questões que abordavam a experiência com o DM, o conhecimento sobre a doença e os motivos atribuídos à necessidade de hospitalização.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática⁽⁸⁾. Trata-se de um conjunto de técnicas que permite realizar inferências a partir do conteúdo objetivo das falas obtidas, composta por três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados⁽⁹⁾. A pré-análise é a fase de organização dos documentos em que ocorreram a leitura flutuante, a escolha dos relatos, a formulação de hipóteses, a escolha dos índices e a elaboração de indicadores para fundamentar a interpretação. A etapa de exploração do material consistiu em encontrar grupamentos e associações que respondessem aos objetivos do estudo, dos quais emergiram categorias. A fase de tratamento dos resultados, por sua vez, compreendeu o momento em que foram realizadas as inferências e a interpretação dos resultados encontrados⁽⁹⁾.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seu projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (parecer nº. 670/2009). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. Para garantir o anonimato dos entrevistados, suas falas foram identificadas pelas letras "D" de doente, seguida de um número indicativo da ordem das entrevistas, e pelas letras M ou F para indicar sexo masculino ou feminino e de um novo número concernente à idade do participante (Ex.: D5M48).

RESULTADOS

Das sete pessoas com diabetes em estudo, quatro eram do sexo masculino com idade entre 47 e 71 anos e três eram mulheres na faixa etária de 18 e 36 anos. Quanto ao nível de escolaridade, dois eram analfabetos e os demais tinham de quatro a 11 anos de estudo. No que diz respeito à ocupação, três eram aposentados, dois não tinham nenhuma ocupação, uma era babá e outro tratorista.

Com relação ao tempo da doença, constatou-se uma variação de dois a 21 anos de diagnóstico. Todos eram insulino-dependentes e seis faziam uso de outros medicamentos para problemas diversos, como os circulatórios (três indivíduos); insuficiência renal crônica, pé diabético, refluxo gastroesofágico (um indivíduo); e anemia (um indivíduo). Apenas duas mulheres, com 18 e 22 anos, não apresentavam outras doenças associadas.

Cabe salientar que no período de 12 meses estes indivíduos foram hospitalizados duas vezes em decorrência de descontrole glicêmico. Hospitalizações por outras causas não foram investigadas.

Vivenciando a doença: 'não deixa a gente fazer nada...'

Ao apresentarem suas concepções sobre diabetes, os participantes demonstraram que valorizam aspectos experienciados, ou seja, fizeram referência à condições relacionadas com a manifestação da doença em seu cotidiano e às implicações da mesma, marcada por restrições e limitações.

[...] doença incontrolável, que prejudica o organismo... É um incômodo! (D3F18)

[...] troço que complica muito a vida da gente. (D6M48)

[...] doença chata que não deixa a gente fazer nada. (D4M47)

Outros fizeram referência à aspectos fisiológicos.

[...] é o açúcar no sangue. (D2M53)

Observou-se ainda que a evolução da doença e o aparecimento de comprometimentos orgânicos fazem com que as pessoas tenham uma concepção bastante negativa da doença.

[...] uma doença que não tem cura. Pode até morrer, né? E morre sem a gente ver ou sentir. (D6M48)

Alguns, inclusive, chegam a compará-la a um câncer:

[...] diabete é pior do que câncer... É um trem que vai comendo você. Eu já estou toda perdida por causa dessa porcaria. (D7F36)

[...] diabete é um câncer branco... É um novo câncer que apareceu na vida das pessoas, que judia, massacra as pessoas... (D2M53)

No que se refere à gênese da doença, alguns reconhecem a existência de fatores que podem contribuir para o seu desenvolvimento, ressaltando os hereditários e os relacionados com hábitos de vida. Suas manifestações dizem respeito às representações e aos significados que eles atribuem à doença, o que, por sua vez, guarda relação com o impacto da mesma em sua vida cotidiana.

[...] ela aparece por causa da família, da hereditariedade... (D5F22)

Meu avô tem, minha avó e tia também.
(D3F18)

[...] bebia muito, bebia pinga, cachaça... Aí apareceu a doença. (D2M53)

Eu comia muito doce [...]. Depois que eu exagerei no doce, aí prejudicou. (D6M48)

[...] correria do dia-a-dia, estresse, essas coisas... Acho que é emocional. (D7F36)

Problemas fisiológicos também foram referidos, mas nestes casos o doente parece criar o seu significado do processo patológico.

Pâncreas parou de funcionar [...] o pâncreas secou. (D7F36)

Por fim, é inquietante observar que um dos participantes, embora com diagnóstico de DM2 há mais de cinco anos, ainda afirma não saber nada sobre a doença.

Não sei nada de diabete [...] eu não entendo nada. (D1M71)

Reconhecendo a possibilidade de complicações: 'Pode ir perdendo órgãos, perder tudo...'

O surgimento de algumas condições crônicas como a insuficiência renal com consequente necessidade de hemodiálise, o comprometimento da acuidade visual, as neuropatias, entre outras, são reconhecidas pelos participantes do estudo como complicações decorrentes do DM2.

[...] perder as vistas, os rins... Perder os movimentos dos pés... os meus pés já estão bobos. Pode ir perdendo órgãos, perder tudo... (D7F36)

Pode cegar, perde um órgão, um rim... Dá fraqueza, anemia e até impotência sexual também. (D6M48)

Pode ficar cego e ter que fazer aquela hemodiálise, por que seca o rim. (D3F18)

Em alguns casos, inclusive, o conhecimento que eles tinham sobre as complicações do diabetes, não era apenas conceitual, mas estava diretamente relacionado às suas próprias experiências vivenciadas com a doença.

[...] tenho os meus pés que eu não sinto nada... Pode cortar um dedo fora que eu não vou sentir. (D6M46)

Tive seis abortos, feridinha pequena vira uma coisa horrível, não cicatriza [...] qualquer coisa dá uma infecção brava [...] tive que tirar todos os dentes por causa de uma infecção na gengiva. (D7F36).

As causas da hospitalização: 'quando percebi já estava ruim'

Ao investigar os aspectos que foram determinantes para a hospitalização, observa-se que alguns fizeram referência ao aumento dos níveis glicêmicos, às manifestações clínicas que denunciam este aumento, mas não mencionaram os fatores que podem provocar esta elevação. Apenas uma entrevistada relaciona a hiperglicemia com quadro infeccioso.

As duas vezes que eu internei foi por que o diabete estava muito alterado. (D6M48)

[...] fui para o hospital por que subiu muito o diabetes... Eu senti dor nas pernas, mal estar, não comia nada e só vomitava direto.

As duas vezes que me internei foi a mesma coisa. (D2M53)

Uma vez internei com tosse e febre de 40 graus e o diabetes subiu, da outra vez eu estava com flebite na perna, por causa da infecção. A glicemia subiu muito, estava acima de 600 e tive que internar (D7F36).

Nos raros casos em que foram mencionados fatores que poderiam ter provocado a elevação dos níveis glicêmicos, observou-se descuido, especialmente em relação à alimentação e também em decorrência de alteração no estado emocional.

É só eu passar nervoso ele sobe [...] esse dor forte que dá em mim que ninguém descobre, me deixa nervosa, aí ele sobe. Igual quando minha mãe internou com começo de infarto, meu diabetes subiu muito. (D5F22).

É por que eu não me cuidava mesmo... Eu comia muito, porque o diabetes dá muita fome e toda hora eu estava comendo... era por causa da comida mesmo... Qualquer coisa que eu como já sobe [...] eu era um pouco rebelde, porque gosto muito de lanche, pão, macarrão, nossa... eu me mato de comer. (D3F18).

E por fim, dois doentes afirmaram que o descontrole glicêmico foi sem causa aparente.

[...] aconteceu naturalmente (D2M53)

[...] quando eu percebi já estava ruim, não fiz nada de diferente, fiquei ruim e fui obrigado a ficar internado por causa do diabete... Estava 500... (D1M71)

DISCUSSÃO

O tratamento do DM2 requer uma série de mudanças nos hábitos de vida. Na prática assistencial é observado com frequência o impacto que o DM2 tem sobre a saúde da população e a dificuldade que os doentes enfrentam para implementar mudanças nos hábitos de vida⁽¹⁰⁾.

De qualquer forma, estar bem orientado sobre a doença, sua etiologia, possíveis complicações, cuidados necessários para evitá-las, não apenas estimula a mudança de comportamento dos indivíduos, mas também a adoção de práticas de autocuidado favorece a autonomia, a participação em decisões e adoção de atitudes positivas. O conhecimento capacita os doentes a serem agentes transformadores de si próprio e dos outros⁽⁵⁾.

Nos relatos apreendidos, observou-se que o conhecimento sobre a doença e suas causas, se dá muitas vezes de forma simplória e empírica, evidenciando a presença de lacunas nas orientações oferecidas pelos profissionais. Este fato também pôde ser observado em um estudo desenvolvido na cidade de Porto, Portugal, o qual evidenciou que as dúvidas relacionadas à identidade do diabetes foi um dos aspectos mais frequentemente referidos pelas pessoas com DM⁽¹¹⁾.

Contudo, é importante ressaltar que ter conhecimento sobre a doença nem sempre é garantia de mudança de comportamento, pois para isto são necessárias condições essenciais que independem da vontade das pessoas. Nesse contexto, destacam-se os fatores econômicos, sociais, culturais e motivacionais dos indivíduos e da comunidade e a implementação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde⁽¹²⁾.

Quanto às causas para o surgimento da doença, observa-se, nos relatos, que as pessoas com diabetes, participantes do estudo, fazem referência à fatores hereditários e hábitos de

vida, evidenciando que apesar de não conhecerem de forma mais aprofundada a etiologia da doença, reconhecem corretamente os aspectos que podem estar relacionados ao seu aparecimento. Isto é relevante, pois ao identificarem alguns hábitos de vida como responsáveis pelo surgimento da doença, compreendem mais facilmente a necessidade de modificá-los para, assim, prevenir seu agravamento⁽¹³⁾.

A forma como a pessoa com DM2 vivencia a doença está diretamente relacionada aos fatores econômicos, sociais, culturais, motivacionais e aos significados que este dá à doença⁽⁵⁾. Observou-se nos relatos que, para alguns participantes, a doença possui um significado degradante e sofrível, sendo inclusive comparada ao câncer, acarretando por isto mesmo alterações orgânicas importantes, expondo-os ao sofrimento e até à revolta. Significados tidos como negativos relacionados à doença podem levar a menor adesão aos cuidados necessários e, conseqüentemente, ao aparecimento precoce de complicações⁽¹⁴⁾.

Percepções acerca de uma doença nunca são as mesmas para as diferentes pessoas, ocorrendo manifestações, compreensões e reações singulares para cada caso. Algumas pessoas conseguem superar os desafios e manter uma boa convivência com a doença, o que lhes possibilita ter uma vida considerada saudável e harmoniosa. No entanto, outras encaram a doença como um grande problema, com um peso, não conseguindo desenvolver boa convivência com a mesma⁽¹⁵⁾.

Frente a uma situação de adoecimento, o indivíduo necessita desenvolver determinadas competências que lhe permitam lidar com os sintomas e limitações que esta possa causar em seu cotidiano. Portanto, estar informado sobre a doença é imprescindível ao indivíduo com DM2, à família e ao cuidador para prevenir complicações, realizar os cuidados inerentes à

sua condição e para manter o controle metabólico^(5,16). Quando a convivência harmoniosa com a doença, seu tratamento e limitações necessárias não ocorrem, torna-se frequente o aparecimento de complicações que tornam o convívio ainda mais traumático⁽¹³⁾.

As complicações associadas ao DM2 caracterizam-se como morosas e limitantes, visto que afetam diversos órgãos e sistemas de forma irreversível⁽¹²⁾. Nos depoimentos pode-se observar que os participantes, de modo geral, sabem informar sobre as possíveis complicações decorrentes da doença. Inclusive, algumas delas, como a neuropatia e a dificuldade de cicatrização, já são vivenciadas por alguns dos informantes.

A consciência expressa pelos doentes em relação aos danos causados pela doença reforça a importância do trabalho como um pilar no tratamento do diabetes e o faz despertar para a necessidade de ser cauteloso e dedicado ao controle do DM2 com mudanças nos hábitos e estilo de vida, visando o controle metabólico⁽¹⁶⁾.

Pessoas que necessitam de atendimento de urgência ou mesmo hospitalização em decorrência de descontrole glicêmico, tem maior predisposição, ainda que temporária, para alterar hábitos de vida que sejam prejudiciais à saúde. De fato, situações de agravamento da doença em geral promovem modificações na vida do doente e contribuem para uma mobilização maior de suas capacidades para o enfrentamento da condição de diabético⁽¹⁵⁾.

O DM2 se destaca como importante problema de saúde, frequentemente relacionado com hospitalização e, muitas vezes, necessidade de rehospitalizações em curto espaço de tempo em virtude da não adesão aos cuidados com a doença, com conseqüente descontrole metabólico e demais complicações⁽¹⁷⁾. Estudo sobre as taxas de mortalidade e morbidade pelo DM aponta que as complicações crônicas da doença figuram como as principais causas de óbito entre os diabéticos⁽⁴⁾.

As complicações, tanto as agudas como as crônicas, estão associadas a fatores condicionantes decorrentes do estilo de vida, ou seja, como o sujeito detém o controle dos níveis glicêmicos através do seu tratamento.

Neste contexto, saber reconhecer prontamente sintomas iniciais decorrentes de alterações nos níveis glicêmicos é essencial para o doente, pois lhe permite agir precocemente para retomar o seu controle, evitando, assim, piora do quadro. Nos relatos apreendidos, percebe-se a associação das hospitalizações com o aumento dos níveis glicêmicos, acompanhada ou não de manifestações clínicas. A hiperglicemia é o fator primário desencadeador das demais complicações do DM2, sendo comum o desenvolvimento das macroangiopatias, que comprometem as artérias coronarianas dos membros inferiores e cerebrais, além das microangiopatias que afetam, especificamente, a retina, o glomérulo renal e os nervos periféricos⁽¹⁷⁾.

O aumento dos níveis glicêmicos pode estar relacionado a diversos fatores, como o consumo elevado de alimentos ricos em glicose, não utilização correta dos antidiabéticos orais, aspectos emocionais, entre outros⁽¹⁷⁾. Nos relatos do presente estudo, apesar das hospitalizações estarem sempre associadas ao aumento dos valores glicêmicos, estes nem sempre foram associados a um agente causador. Contudo, em alguns casos, a ausência de autocuidado relacionada com erros na alimentação e os aspectos emocionais foram indicados como causadores da hiperglicemia e, conseqüentemente, da hospitalização.

Estudo realizado com indivíduos diabéticos internados mostrou que um dos maiores déficits de autocuidado foi o nutricional, e a maior dificuldade apontada pelos participantes não era diminuir a gordura da dieta, mas sim limitar a ingestão de alimentos com açúcar⁽¹⁸⁾. Nesta mesma direção, outro estudo demonstrou que,

independente do tempo de diagnóstico, o indivíduo com diabetes precisa ter uma alimentação balanceada⁽¹⁰⁾ e dedicar-se a uma atividade física de forma constante⁽¹¹⁾.

Ademais, estudo sobre resiliência realizado com pacientes com diabetes hospitalizados em serviço de emergência, mostrou que o maior índice de admissão dos pacientes diabéticos nesse setor ocorre devido ao controle glicêmico ineficaz associado à falta de preparo do paciente e família para a alta hospitalar⁽¹⁶⁾. Portanto, o controle eficiente dos níveis metabólicos é fundamental para boa convivência com a doença, prevenção de complicações e de conseqüentes hospitalizações⁽¹⁹⁾ e também para diminuir os custos com assistência em saúde⁽²⁰⁾.

Por fim, outra razão apontada pelos participantes como desencadeante do aumento dos níveis glicêmicos foi a presença de processo infeccioso. De fato, o quadro infeccioso constitui risco eminente para o diabético, uma vez que o estresse causado pela infecção resulta em produção maciça de catecolaminas que inibem a ação da insulina. Esta relação foi evidenciada neste estudo quando D7F36 revelou que o seu DM2 estava muito alto, ou seja, com concentração altíssima de glicose circulante (acima de 600mg/ml), situação que pode desencadear outras alterações graves tais como o coma hiperglicêmico e a cetoacidose diabética, com grave comprometimento e risco de morte.

Assim, com o intuito de prevenir e/ou atenuar as complicações decorrentes do DM2, é necessário que se promovam mudanças no estilo de vida das pessoas com diabetes, por meio do incentivo à adoção de hábitos alimentares saudáveis, prática de exercícios físicos, controle dos níveis glicêmicos e da pressão arterial, redução do peso corporal e dos níveis de lipídeos. Diante disso, torna-se imprescindível que as intervenções voltadas às pessoas com diabetes sejam estabelecidas para além do cuidado clínico da

doença, devendo se investir nas ações educativas direcionadas para o autocuidado como uma ferramenta de intervenção⁽⁸⁾.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram que as pessoas com DM2 participantes, apresentaram conhecimento limitado sobre a doença, definindo-o de forma empírica. Os participantes conhecem de forma geral as complicações relacionadas a mesma e demonstraram ter consciência da complexidade e gravidade da evolução da doença.

A insuficiência de conhecimentos mais concretos sobre a doença, causas e consequências pode ser indicativa da necessidade de maior diligência das equipes de saúde, sobretudo do enfermeiro. Isso, pois, é o profissional que está em maior contato com o indivíduo com diabetes, chamando para si a responsabilidade do cuidar, desenvolvendo atividades de educação em saúde de forma mais efetiva e didática, tornando-se palpável para os indivíduos.

No planejamento das ações de educação em saúde realizadas pela enfermagem, é fundamental conhecer ou reconhecer a história de cada indivíduo diabético, buscando apreender sua vivência e conhecimento sobre a doença crônica, possibilitando cuidados que possam ser desenvolvidos de forma específica, de modo a instrumentalizar o indivíduo a tornar-se autônomo em seu cuidado de saúde.

Apesar de terem sido apreendidos depoimentos valorosos, é importante salientar o número reduzido de participantes do estudo, bem como o fato de a coleta de dados ter ocorrido em um único encontro, caracterizando então uma visão pontual e específica do fenômeno estudado. Estes são, portanto, limitações deste estudo.

Conclui-se que há necessidade eminente dos profissionais de saúde, particularmente o enfermeiro, atuar junto às pessoas com diabetes de modo a torná-las capazes de tomar decisões e de responsabilizar-se pelo desenvolvimento de atividades cotidianas que sejam congruentes com o propósito de um bom controle da doença.

REFERÊNCIAS

1. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract.* 2010; 87(1):4-14.
2. Schmidt MI, Duncan BBE, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet.* 2011; 377(9781):1949-61.
3. Pontieri FM, Bachin MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciênc saúde coletiva.* 2010; 15(1):151-60.
4. Schneider C, Mossman F, Coletti F, Possas M, DaudMt. Taxa de Mortalidade e Morbidade por Diabetes Mellitus. *Rev bras anal clin.* 2009; 41(4):287-8.
5. Oliveira KCS, Zanetti ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2011 [cited 2012 Oct 05]; 45(4):862-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a10.pdf>
6. Santos AL, Pasqualli R, Marcon SS. Feelings and living experiences of individuals taking part on a support group for control of obesity: an exploratory study. *Online Braz J Nurs [internet].* 2012 [cited 2012 June 20]; 11(1):3-10. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3251>
7. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde [Internet]. Décima revisão. [cited 2013 June 10]. Available from: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>

8. Torres HC, Santos L. Práticas Educativas em Diabetes Mellitus: compreendendo as competências dos profissionais de saúde. *Texto & contexto enferm.* 2012; 21(3):576-82.
9. Bardin L. *Análise do conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
10. Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MBC. Crenças no autocuidado em diabetes – implicações para a prática. *Texto & contexto enferm.* 2009; 18(1):124-30.
11. Grilo C, Sousa MRM, McIntyre T. Conhecimento do diabético sobre a doença e a repercussão no tratamento. *Rev bras promoç saúde.* 2010; 21(4):281-9.
12. Silva ARV, Zanetti ML, Forti AC, Freitas RWJF, Hissa MN, Damasceno MMC. Avaliação de duas intervenções educativas para a prevenção do diabetes mellitus tipo 2 em adolescentes. *Texto & contexto enferm.* 2011; 20(4):782-7.
13. Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. *Rev latinoam enfermagem [Internet]*. 2008 [cited 2012 Oct 05]; 16(2): 231-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_10.pdf
14. Cardoso MI, Moraes MAM, Pereira JG. Práticas de autocuidado desenvolvidas por diabéticos tipo 2 em uma unidade de saúde da família. *Gestão e Saúde.* 2011; 2(1): 277-90.
15. Tavares BC, Barreto AB, Lodetti ML, Silva DMGV, Lessmann JC. Resiliência de pessoas com diabetes mellitus. *Texto & contexto enferm.* 2011; 20(4):751-7.
16. Ginde AA, Pallin DJ, Camargo CA Jr. Hospitalization and discharge education of emergency department patients with hypoglycemia. *Diabetes Educ.* 2008; 34(4): 683-91.
17. Ferreira LT, Saviolli IH, Valenti VE, Abreu LC. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. *Arq bras cienc saúde.* 2011; 36(3): 182-8.
18. Ganzella M, Zago MMF. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura. *Acta paul enferm.* 2008; 21(2):351-5.
19. Araújo MFM, Gonçalves TC, Damasceno MMC, Caetano JA. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. *Esc Anna Nery rev enferm.* 2010; 14 (2): 361-7.
20. Haddad MCL, Bortoletto MSS, Silva RS. Amputação de membros inferiores de portadores de diabetes Mellitus: análise dos custos da internação em hospital público. *Cienc cuid saúde.* 2010; 9(1):107-13.

Recebido: 24/10/2012

Revisado: 15/05/2013

Aprovado: 21/06/2013