

**Revista Saúde.Com**

ISSN 1809-0761

<https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc>**ESTADO NUTRICIONAL E AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO NO DIABETES:  
ANÁLISE DE GRUPO COM INSULINODEPENDENTES****NUTRITIONAL STATUS AND ASSESSMENT OF SELF-CARE IN DIABETES:  
GROUP ANALYSIS WITH INSULIN DEPENDENTS****Caryna Eurich Mazur, Josieli Maria Kosak, Gabriela Datsch Bennemann, Vania Schmitt**

Universidade Estadual do Centro-Oeste

**Abstract**

The increase in the prevalence of diabetes mellitus (DM) generates numerous discussions in public health programs, being one of the major health concerns associated with the low level of knowledge of patients about the causes of DM and its treatment. The aim is carry out systematized workshops in the insulin dependent type 2 Diabetic Operative Group. This is an intervention study. It comprised six meetings, one meeting a week. A diabetes self-care questionnaire (DSQ) was applied and anthropometric data were collected on the first and last group days. The mean age was  $62.2 \pm 6.9$  years. Most were elderly (75%) and had incomplete primary education (62.5%). Most of the sample was overweight / overweight by the Body Mass Index (BMI) (75%), however there was a significant reduction in this index after the intervention. There was a moderate and positive correlation between abdominal circumference (WC) after intervention and age ( $r = 0.69$ ;  $p < 0.05$ ). The segments evaluated by the DSQ showed a strong and inverse correlation between age, if the patient followed nutritional guidance, and the consumption of five or more servings of fruits and / or vegetables, where the older the age, the lower the consumption and the follow-up ( $r = -0.89$ ;  $r = -0.83$ ;  $p < 0.05$ , respectively). It was found that the multiprofessional intervention group was effective for the autonomy of performing self-care, with an improvement in the care of the disease, its implications and necessary care to avoid complications.

**Keywords:** Health Knowledge, Attitudes, Practice; primary health care; healthy diet; healthy lifestyle; food and nutrition education.

**Resumo**

O aumento na prevalência de diabetes mellitus (DM) gera inúmeras discussões nos programas de saúde coletiva, sendo uma das grandes preocupações na saúde associado ao nível baixo de conhecimento dos pacientes sobre as causas do DM e seu tratamento. Assim, o objetivo foi apresentar os resultados de oficinas realizadas com um Grupo Operativo de Diabéticos tipo 2 insulino-dependentes. Trata-se de um estudo de intervenção. Compreendeu seis encontros, sendo um encontro por semana. Foi aplicado um questionário de autocuidado com o diabetes (QAD) e coletados dados antropométricos no primeiro e no último dia de grupo. A idade média foi  $62,2 \pm 6,9$  anos. A maioria era idoso (75%) e possuía ensino fundamental incompleto (62,5%). A maior parte da amostra apresentou excesso de peso/sobrepeso pelo Índice de Massa Corporal (IMC) (75%), no entanto houve uma redução significativa neste índice pós intervenção. Foi verificada correlação moderada e positiva entre circunferência abdominal (CA) pós intervenção e a idade ( $r=0,69$ ;  $p<0,05$ ). Os seguimentos avaliados pelo QAD mostraram correlação forte e inversa entre idade, se o paciente seguiu orientação nutricional, e o consumo de cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais, onde quanto maior a idade menor o consumo e o seguimento ( $r=-0,89$ ;  $r=-0,83$ ;  $p<0,05$ , respectivamente). Constatou-se que o grupo de intervenção multiprofissional foi efetivo para a autonomia da realização do autocuidado sendo verificada uma melhora no cuidado com a doença, suas implicações e cuidados necessários para evitar complicações.

**Palavras-chave:** Conhecimentos, atitudes e prática em saúde; atenção primária à saúde; dieta saudável; estilo de vida saudável; educação alimentar e nutricional.

## Introdução

O diabetes *mellitus* (DM) é uma doença crônica não transmissível que vem preocupando o manejo dos programas e políticas de saúde coletiva ao aumento de sua prevalência e incidência em todos os países<sup>1</sup>.

Esta doença pode ser classificada em quatro categorias, sendo estas o DM tipo 1 (que leva a deficiência de insulina, devido a destruição das células autoimunes), DM tipo 2 – DM 2 (ocorre uma perda progressiva de secreção da insulina pelas células beta do pâncreas, levando a resistência à insulina), diabetes *mellitus* gestacional (diagnosticado no segundo ou terceiro trimestre de gestação sem evidências anteriores a gestação) e tipos específicos de diabetes devido a outras causas (diabetes neonatal, doenças do pâncreas exócrino, diabetes induzido por drogas ou produtos químico, transplante de órgãos entre outros)<sup>2</sup>.

O DM 2 exige tratamento com o uso combinado de hipoglicemiantes orais e mudanças no estilo de vida, com reeducação alimentar e nutricional para perda de peso associada à prática de atividade física. Porém, quando não aderidas as mudanças, observa-se a necessidade do uso de insulino terapia devido a descompensação glicêmica, e há a possibilidade de maiores taxas de hospitalizações no SUS devido a complicações com o DM<sup>1</sup>.

Associado a isso, conforme dados do *International Diabetes Federation*<sup>3</sup>, o Brasil é o quinto país com maior número de pessoas com DM sendo 16,8 milhões entre 20 e 79 anos, e a projeção para 2045 é que esse número aumente para 26 milhões de pessoas com a doença.

Essa ampliação da prevalência do DM tem conotação multifatorial, e está associada principalmente com a transição nutricional sofrida nos últimos anos, bem como a rápida urbanização, o crescimento do estilo de vida sedentário, acompanhado do excesso de peso, e à transição epidemiológica marcada pelo aumento do envelhecimento populacional<sup>1</sup>.

Sendo assim, a mudança no estilo de vida, como a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de exercícios físicos são indispensáveis para o tratamento e controle da doença<sup>4</sup>.

Porém, muitos pacientes têm pouco conhecimento sobre as causas do DM, e seu tratamento. Em seu estudo Gomes et al.<sup>5</sup> observaram que 43,78% e 49,10%

de sua amostra acreditava que a dieta de um indivíduo e a obesidade não interferem nas chances de se diagnóstico do DM 2.

Moutinho e Frutuoso<sup>6</sup>, em seu estudo com diabéticos, observaram a dificuldade dos pacientes em relação à insulino terapia, muitos pacientes relataram incômodo na aplicação diária das injeções de insulina, efeitos desagradáveis após a aplicação, e a dificuldade de entendimento na graduação da seringa em suas respectivas unidades de medida, pois muitos recebiam agulhas que não são específicas para aplicação da insulina, dificultando o manejo, além disso, relataram dificuldades sobre o local da aplicação.

Sabe-se, portanto da necessidade de práticas de controle do DM, voltadas para o autocuidado dos pacientes, principalmente na atenção básica, que incluam ações de promoção à saúde, à alimentação adequada e saudável, com vistas à redução de incidência e prevalência do DM, bem como prevenção de suas complicações. A capacitação da população com DM é uma das estratégias para aprimorar esse enfoque com intuito de melhoria da qualidade de vida.

Sendo assim, o objetivo do estudo foi apresentar os resultados de oficinas realizadas com um Grupo Operativo de Diabéticos tipo 2 insulino dependentes, com intuito de promover o autocuidado, e ampliar o conhecimento dos mesmos sobre o tratamento e prevenção de complicações.

## Metodologia

Trata-se de um estudo de intervenção, com caráter descritivo e abordagem quantitativa realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), do município de Guarapuava, Paraná (PR), Brasil, entre os meses de outubro e dezembro de 2019. A UBS foi selecionada por conveniência.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO), sob o parecer nº 3.560.137/2019.

A população que participou do estudo atendeu aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico clínico de DM2 e ser insulino dependente, apresentar capacidade de comunicação e compreensão, estar cadastrado no território adscrito da UBS em questão. Foram excluídos aqueles que não possuíam DM tipo 2, não eram diabéticos insulino dependentes ou que apresentavam algum tipo de déficit neurológico e cognitivo.

O acesso aos pacientes deu-se por meio de busca ativa com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo os pacientes convidados a comparecer na UBS para uma conversa inicial na qual seriam explicados os objetivos e metodologia da pesquisa. Para avaliar a ampliação desse conhecimento foi aplicado um questionário de autocuidado no diabetes e realizada uma comparação entre antes e depois das oficinas.

Na conversa inicial foi realizado um primeiro questionário para caracterização da amostra, contemplando dimensões demográficas (sexo e idade), socioeconômicas (escolaridade, renda), clínicas (presença de comorbidades associadas ao DM2) e antropométricas (peso, estatura e circunferência abdominal). O estado nutricional foi avaliado e classificado por meio do Índice de Massa Corporal (IMC)<sup>8,9</sup> e para a circunferência abdominal foram utilizados os valores de referência da Associação Brasileira para estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica<sup>10</sup>.

O segundo instrumento de pesquisa utilizado foi o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD), versão traduzida, adaptada e validada para a população brasileira<sup>11</sup>. O QAD avalia as atividades de autocuidado a partir de sete dimensões e 18 itens de avaliação, sendo eles: alimentação geral (dois itens), alimentação específica (três itens), atividade física (dois itens), monitorização da glicemia (dois itens), cuidado com os pés (três itens), uso da medicação (três itens) e tabagismo (três itens)<sup>11,12</sup>.

A avaliação do QAD utiliza como parâmetro dias da semana, em uma escala de Likert de 0 a 7, referente aos comportamentos nos últimos sete dias. Nesta escala, o zero corresponde à situação menos desejável e o sete a mais desejável, exceto na dimensão alimentação específica, na qual os valores são invertidos<sup>11,12</sup>.

A pesquisa consistiu em um grupo operativo de intervenção realizado na UBS. Compreendeu seis encontros, sendo um encontro por semana, onde foram abordados os seguintes temas: a) Alimentação no Diabetes, com enfoque nos Carboidratos; b) A importância da atividade física no controle do diabetes; c) Aplicação da insulina; d) Cuidado com os pés; e) Exercícios que podem ser realizados pelo paciente diabético e f) Edulcorantes no diabetes. Foram utilizadas metodologias diversas: multimídia, roda de conversa, demonstrações práticas e degustação de preparações culinárias. As oficinas foram conduzidas pela equipe

multiprofissional composta por nutricionista, enfermeiro e profissional de educação física. O questionário QAD e os dados antropométricos foram realizados no primeiro e no último dia de grupo.

Os dados foram organizados em planilhas e posteriormente procedeu-se a análise estatística descritiva, com frequências absolutas e relativas, além de medidas de tendência central. Foi calculado o teste de Shapiro Wilk para testar a normalidade dos dados. Para dados não-paramétricos foi optado pelos testes de qui-quadrado e Wilcoxon. Já para dados paramétricos foi calculado o teste T pareado. Para correlacionar os dados socioeconômicos, antropométricos e alimentares foram utilizadas as correlações de Pearson e Spearman, conforme a distribuição de normalidade. O valor de significância foi considerado quando p foi menor que 0,05. A análise estatística foi realizada com auxílio do *software* SPSS® versão 22.0.

## Resultados

Foram elegíveis 26 pacientes insulino-dependentes, entretanto somente 8 finalizaram os seis encontros. A idade média foi 62,2±6,9 anos. A maioria era idoso (75%) e possuía ensino fundamental incompleto (62,5%). Grande parte da amostra (75%) relatou possuir outras doenças além do diabetes (Tabela 1).

**Tabela 1** - Caracterização da amostra

Variáveis	N	Percentual
<i>Sexo</i>		
Feminino	4	50,0
Masculino	4	50,0
<i>Classificação Etária</i>		
Adulto	2	25,0
Idoso	6	75,0
<i>Escolaridade</i>		
Ensino Fundamental Completo	3	37,5
Ensino Fundamental Incompleto	5	62,5
Nº de pessoas no domicílio (mediana/min-max)	2,5 (1-8)	
Renda Familiar (mediana/min-max)	1600 (400-4000)	
<i>Outras comorbidades associadas</i>		
Sim	6	75,0
Não	2	25,0
<i>Quais Comorbidades</i>		
Hipertensão	5	62,5
Doenças Cardiovasculares	4	50,0
Outras	3	37,5
<i>Atividade física</i>		
Prática	4	50,0
Não prática	4	50,0

Tanto antes quanto após intervenção, a maioria dos pacientes foi classificado com excesso de peso/sobrepeso pelo IMC (75%). Conforme apresentado na Tabela 2, não houve diferença estatística significativa entre os momentos pré e pós intervenção multidisciplinar

nos parâmetros antropométricos como peso, IMC e CA. Foi observado aumento do percentual de pacientes com risco aumentado de desenvolver doenças cardiovasculares em relação à CA (pré 50%; pós 62,5%).

**Tabela 2.** Parâmetros antropométricos pré e pós intervenção multidisciplinar

Variáveis	Pré	Pós	Valor de p
Peso – Kg (Média/DP)	81,0±16,1	80,5±15,5	0,56*
IMC – Kg/m <sup>2</sup> (média/DP)	32,6±6,6	32,3±6,2	0,52*
<i>Classificação de IMC (n;%)</i>			
Eutrofia	1 (12,5)	1 (12,5)	0,99**
Excesso de peso e obesidade	7 (87,5)	7 (87,5)	
CA – cm (média/DP)	101,1±14,9	100,2±14,2	0,38*
<i>Classificação de CA (n;%)</i>			
Sem Risco	1 (12,5)	1 (12,5)	
Com risco	3 (37,5)	2 (25,0)	0,73**
Com risco aumentado	4 (50,0)	5 (62,5)	

\* Relativo ao teste T pareado

\*\* Relativo ao teste de qui-quadrado

Em relação ao QAD foi constatado diferença significativa no questionamento dos últimos sete dias para os seguimentos: seguiu uma dieta saudável, seguiu uma orientação alimentar fornecida por um profissional de

saúde, consumiu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais e examinou os pés nos momentos pré e pós intervenção multidisciplinar ( $p < 0,05$ ) (Tabela 3)

**Tabela 3.** Comparação Pré e pós intervenção multidisciplinar nos parâmetros avaliados pelo questionário de atividade de autocuidado em diabetes (QAD)

Questionamento dos últimos sete dias	Pré (mediana; mínimo – máximo)	Pós (mediana; mínimo – máximo)	Valor de p*
<b>1. Alimentação Geral</b>			
1.1. Seguiu uma dieta saudável	3,5 (0-6)	6,0 (4-7)	<b>0,03</b>
1.2. Seguiu orientação alimentar de um profissional de saúde	1,5 (0-6)	5,0 (3-7)	<b>0,02</b>
<b>2. Alimentação Específica</b>			
2.1. Consumiu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	3,5 (0-7) 1,0 (0-7)	6,5 (0-7) 0,5 (0-3)	<b>0,04</b> 0,53
2.2. Consumiu alimentos ricos em gordura	0,5 (0-5)	1,0 (0-3)	0,49
2.3. Consumiu doce			
<b>3. Atividade Física</b>			
3.1. Realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos	0,5 (0-6) 2 (0-6)	2 (0-7) 0 (0-7)	0,37 0,68
3.2. Praticou algum tipo de exercício físico específico			
<b>4. Monitorização da Glicemia</b>			
4.1. Avaliou o açúcar no sangue	5,5 (0-7)	5,5 (0-7)	0,99
4.2. Avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	1 (0-7)	1 (0-7)	0,99
<b>5. Cuidado com os pés</b>			
5.1. Examinou os pés	1 (0-7)	7 (0-7)	<b>0,02</b>
5.2. Examinou os sapatos antes de calçá-los	4 (0-7)	7 (1-7)	0,09
5.3. Secou os espaços entre os dedos depois de lavá-los	7 (0-7)	7 (0-7)	0,99
<b>6. Medicação</b>			
6.1. Fez uso de seus medicamentos para diabetes conforme recomendado	7 (3-7) 7 (0-7)	7 (7-7) 7 (4-7)	0,98 0,97
6.2. Aplicou suas injeções de insulina conforme recomendado	7 (0-7)	7 (2-7)	0,99
6.3. Fez uso do número indicado de comprimidos do diabetes			

\* Relativo ao teste de Wilcoxon

Conforme demonstrado no quadro 1, quando correlacionados os dados foi verificado que houve uma correlação moderada e positiva entre CA pós e a idade, onde quanto maior a idade maior a CA ( $r=0,69$ ;  $p<0,05$ ).

Houve correlação forte e inversa entre idade, seguiu orientação nutricional, e o consumo de cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais, onde quanto maior a idade menor o consumo e o seguimento, sendo o contrário também verdadeiro ( $r=-0,89$ ;  $r=-0,83$ ;  $p<0,05$ , respectivamente).

Foi observada uma correlação forte entre a escolaridade e o seguimento de uma dieta saudável ( $r=0,88$ ;  $p<0,05$ ), onde quanto maior a escolaridade maior o seguimento da dieta. Foi obtida correlação muito forte entre o IMC pós e o peso pós e o IMC pós e a CA pós ( $r=0,96$ ;  $p<0,05$ ), no qual quanto maior o IMC maior o peso e a CA. Além disso, foi verificada correlação forte e inversa entre o IMC pós e a renda familiar ( $r=-0,87$ ;  $p<0,05$ ), em que quanto maior o IMC menor a renda familiar e o contrário também é verdadeiro.

**Quadro 1** - Correlações entre variáveis socioeconômicas, antropométricas e questionamento sobre alimentação

	Idade	Escolaridade	Peso pós	IMC pós	CA pós	Renda familiar	Seguiu uma dieta saudável	Seguiu orientação alimentar de um profissional de saúde	Consumiu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	Consumiu alimentos ricos em gordura	Consumiu doces
Idade	1	-0,28	0,54	0,57	0,69*	-0,23	0,12	-0,89*	-0,83*	-0,24	0,73*
Escolaridade	-0,28	1	-0,73*	-0,28	-0,39	0,23	0,88	0,58	0,30	-0,30	0,18
Peso pós	0,54	-0,73*	1	0,96	0,79	-0,71*	-0,38	-0,72*	-0,04	-0,29	0,04
IMC pós	0,57	-0,28	0,96*	1	0,96*	-0,87*	0,16	-0,55	-0,34	-0,73*	0,21
CA pós	0,69*	-0,39	0,79*	0,96*	1	-0,74*	0,02	-0,72*	-0,42	0,55	0,29
Renda familiar	-0,23	0,23	-0,71*	-0,87*	-0,74*	1	-0,07	0,30	0,23	0,65	-0,04
Seguiu uma dieta saudável	0,12	0,88*	-0,38	0,16	0,02	-0,07	1	0,35	0,18	-0,68	0,25
Seguiu orientação alimentar	-0,89*	0,58	-0,72*	-0,55	-0,72*	0,30	0,35	1	0,77	-0,06	-0,73*

ar de um profissio nal de saúde											
Consumiu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	- 0,83*	0,30	- 0,46	- 0,34	- 0,42	0,23	0,18	0,77	1	-0,06	-0,72*
Consumiu alimentos ricos em gordura	- 0,24	-0,30	- 0,29	- 0,73*	0,56	0,65	-0,68	-0,02	-0,06	1	-0,15
Consumiu doces	0,73*	0,18	- 0,04	0,21	0,29	-0,04	0,25	-0,48	-0,72	-0,15	1

\* p<0,05.

### Discussão

A amostra deste estudo foi formada igualmente por indivíduos do sexo feminino e masculino (50%), entretanto publicações encontradas em estudos com diabéticos demonstram uma prevalência maior do sexo feminino<sup>13,14</sup>, isso pode ser explicado pela maior proporção de relatos de diagnóstico de DM em mulheres (8,4%) do que em homens (6,9%)<sup>15</sup>.

Observou-se que a maioria dos participantes eram idosos, com média de idade de 62,2±6,9 anos. O achado corrobora com um estudo realizado em Curitiba sobre a adesão ao tratamento em pacientes com diabetes onde se obteve a média de idade de 62,9 anos<sup>16</sup>. Essa média encontrada condiz com o fato de que boa parte dos casos da doença se manifestam após os 40 anos, bem como ocorre o diagnóstico tardio da doença<sup>1</sup>. Além disso, o maior número de participantes serem idosos pode ser explicado pelo fato de que nesta faixa etária ocorre uma diminuição dos vínculos sociais e solidão, resultantes da independência dos filhos, viuvez e outras perdas, tornando-se valioso ao idoso a participação como forma de inserção social e motivação em busca de novas atividades<sup>17</sup>. Já relacionado ao grau de escolaridade foi evidenciado que a maioria possuía ensino fundamental incompleto (62,5%), esses achados confirmam os dados De Oliveira e Teixeira<sup>14</sup>, tendo forte relação no autocuidado, pois o baixo

nível de escolaridade pode ocasionar dificuldades de compreensão para com as recomendações terapêuticas proferidas pelos profissionais de saúde<sup>18</sup>.

Ao analisar as atividades de autocuidado pré e pós encontros, foram observadas melhoras nos itens de “seguir uma dieta saudável”, bem como maior aderência em “seguir as orientações repassadas por algum profissional da saúde”, porém, ainda é possível observar que a aderência dos participantes em seguir orientações repassadas por profissionais da saúde é menor se comparado ao item seguir uma dieta saudável, esse dado corrobora com o estudo de Santos et al.<sup>13</sup>, que também encontrou uma média de dias maior para o seguimento “seguir uma dieta saudável”. No estudo realizado para validação do QAD no Brasil foi obtida média de dias de 5,4 para o seguimento “seguir uma dieta saudável” e 5,45 média de dias para “seguir orientação de um profissional da saúde”<sup>11</sup>, esses valores são próximos aos obtidos neste estudo, no qual a média de dias foi de 6,0 e 5,0 para os seguimentos, respectivamente.

Em relação ao domínio alimentação específica foi constatada uma melhora no seguimento “consumiu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais” obtendo uma média de dias de 3,5 pré e média de 6,5 dias pós intervenção (p<0,05). Esse resultado está relacionado com a maneira como a alimentação e nutrição no diabetes foi tratado na pesquisa, através de

grupo com realização de ações educativas de maneira lúdica e prática, possibilitando maior interação entre os participantes. O estímulo à reflexão sobre práticas de alimentação saudáveis vai muito além do ato de comer apenas, mas engloba aspectos socioculturais, biológicos, ambientais, políticos, sendo algo complexo. Para tal reflexão, sugere-se a utilização de recursos educacionais problematizadores, como o diálogo junto aos indivíduos e grupos populacionais como uma forma de troca, possibilitando a formulação de perguntas e a construção de respostas em conjunto<sup>19</sup>. Essa maneira de intervenção é reforçada por meio do estudo realizado por Cervato-Mancuso sobre a aplicação de educação alimentar e nutricional como prática de intervenção, trazendo a abordagem de grupo como fundamental para o tratamento e educação em saúde, especialmente na Atenção Básica<sup>20</sup>.

Ainda no domínio alimentação específica, no questionário pré intervenção foi observada uma média maior de dias no consumo de alimentos ricos em gorduras e média menor no consumo de doces, já no questionário pós, os resultados sofreram uma inversão. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Santos et al.<sup>13</sup>, onde obteve-se uma média maior de dias para consumo de alimentos ricos em gordura e média menor de dias no consumo de doces. Esse dado encontrado é preocupante já que as recomendações que constam nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes são para que se diminua o consumo de alimentos ricos em gordura saturada e se opte pela ingestão de ácidos graxos mono e poli-insaturados, dando preferência ao ômega-3, bem como seja diminuído o consumo de doces em geral, com grande quantidade de açúcar refinado e se restrinja o consumo do açúcar de mesa ou se substitua por adoçante para um melhor controle glicêmico<sup>1</sup>. Esses achados em relação à alimentação demonstram a importância e necessidade de práticas mais ativas em educação alimentar e nutricional na área da saúde, promovendo mudanças no estilo de vida, principalmente na Atenção Básica que é a porta de entrada do usuário do SUS.

No que se refere ao cuidado com os pés, o item “secou os espaços entre os dedos dos pés após lava-los” apresentou maior média de dias no QAD pré, comparados aos itens “examinar os pés e examinar dentro dos sapatos”. Porém, os itens que apresentaram menor média de dias “examinar os pés e examinar dentro dos sapatos” no pré sofreram alterações no QAD pós, apresentando melhora significativa nestes dois

seguimentos. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes as úlceras de pés diabéticos (UPDs) e a polineuropatia diabética (PND) estão presentes em 50% dos pacientes diabéticos acima de 60 anos e em 20 a 25% nos pacientes da atenção primária<sup>1</sup>. Por isso, o cuidado com os pés é de suma importância para a prevenção de complicações do DM.

Quanto ao domínio medicação, o estudo obteve a maior média de dias em todos os itens tanto pré quanto pós intervenção. Resultados semelhantes aos encontrados em outros estudos onde a terapia medicamentosa apresentou maior adesão por parte dos participantes<sup>13,21</sup>. Em relação a automonitorização da glicemia foi encontrada uma média de 5,5 dias no item “avaliou o açúcar no sangue” tanto pré intervenção quanto pós, porém quando avaliado o item “avaliou o açúcar no sangue a quantidade de vezes recomendada” obteve-se uma média de 1 dia para o QAD pré e pós intervenção.

O estudo teve como principal limitação a amostra reduzida, além do critério de inclusão somente para diabéticos tipo 2 insulino-dependentes, o que resultou uma redução ainda maior da amostra.

Por meio do presente estudo, foi constatado que anteriormente à participação no grupo de intervenção os pacientes diabéticos não possuíam conhecimento necessário para realização do autocuidado de sua doença, apresentando além do diabetes outras comorbidades associadas, podendo levar a complicações.

O estudo ainda mostrou que com a intervenção realizada pela equipe multiprofissional com os pacientes, por meio de grupo operativo, promoveu o conhecimento da doença, suas implicações e cuidados necessários, e pode-se perceber uma melhora no cuidado com a doença, após o grupo de intervenção.

Sendo assim, conclui-se que a realização das oficinas com Grupo Operativo de Diabéticos tipo 2 insulino-dependentes foi de extrema importância, especialmente com o trabalho multidisciplinar e interprofissional na atenção básica. Observou-se que houve melhora do perfil dos pacientes pós oficinas. É essencial para o paciente ter conhecimento sobre a doença, tal iniciativa fortalece o cuidado, possibilita a criação de vínculo com a equipe de saúde e como consequência há uma melhora no prognóstico da doença e na qualidade de vida do paciente.



## Referências

1. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egidio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo: Editora Clannad, 2017. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>. Citado em: 15/01/2020.
2. American Diabetes Association [Internet]. Standards of Medical Care in Diabetes 2019. Diabetes Care – Vol. 42 (Suppl. 1), January, 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/Diretriz-2019-ADA.pdf>. Citado em: 27/01/2020.
3. International Diabetes Federation [Internet]. Idf Atlas.9th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2019. Disponível em: <https://www.diabetesatlas.org/en/resources/> Citado em: 09/07/2021.
4. Rossi VEC. Apoio familiar no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. *Ciência et Praxis* 2017, 2(3): 41-46.
5. Gomes HG, Dias SM, Medeiros JSN et al. Níveis de conhecimento de pacientes diabéticos sobre a diabetes mellitus tipo II. *Rev Interdisciplinar* 2018, 11(3): 14-21.
6. Moutinho DGG, Frutuoso MFP. Oficinas problematizadoras para o cuidado de diabéticos insulino dependentes na Atenção Básica em Saúde. *Rev Atenção à Saúde* 2017, 15(54): 74-82.
7. Roecker SA educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2 na estratégia saúde da família: trabalho, percepção e vivência de agentes comunitários de saúde. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP. Botucatu, SP; 2017.
8. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneve; 1998.
9. Lipschitz DA. Screening for nutritional of status in the elderly. *Primary care* 1994, 21(1): 55-67.
10. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica [Internet]. Diretrizes Brasileiras de Obesidade. 4ª edição, São Paulo; 2016. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>. Citado em: 27/01/2020.
11. Michels MJ, Coral MHC, Sakae TM et al. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2010, 54(7): 644-51.
12. Toobert DJ, Glasgow RE. Assessing diabetes self-management: the summary of diabetes self-care activities questionnaire. In: Bradley C, editor. *Handbook of Psychology and Diabetes*. Switzerland: Harwood Academic; 1994.
13. Santos EMS, Souza VP, Correio IAG, et al. Autocuidado de usuários com diabetes mellitus: Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico. *Rev. Fund. Care Online* 2018, 10(3):720-728.
14. De Oliveira GM, Teixeira CS. Pacientes diabéticos: autoconhecimento sobre a doença e adesão ao tratamento. *Rev Cient*, 2019 1(1): 1-9.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/painel-de-indicadores-mobile-desktop/>. Citado em: 09/07/2021.
16. Roos AC, Baptista DR, De Miranda RC. Adesão ao tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. *DEMETERA: Alimentação, Nutrição & Saúde* 2015, 10(2): 329-46.
17. Oliveira JM, Marçal DFS, Silva ES, Cortez LER, Bennemann RN. Cognição, condições socioeconômicas e estado nutricional de idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. Cognição, condições socioeconômicas e estado nutricional de idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. *Arq Ciências da Saúde* 2018, 25(2): 3-7.
18. Visentin A, Mantovani MF, Caveião C et al. Autocuidado de usuários com diabetes tipo 1 em uma unidade básica de saúde. *Rev enferm UFPE online* 2016, 10(3): 991-8.
19. Ministério do Desenvolvimento Social. Conselho Federal de Nutricionistas [Internet]. Princípios e Práticas para Educação Alimentar e Nutricional. Brasília, DF, 2018. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca\\_alimentar/caisan/Publicacao/Educacao\\_Alimentar\\_Nutricional/21\\_Principios\\_Praticas\\_para\\_EAN.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/Publicacao/Educacao_Alimentar_Nutricional/21_Principios_Praticas_para_EAN.pdf). Citado em: 15/01/2020.
20. Cervato-Mancuso, AM Vincha, KRR, Santiago, DA. Educação Alimentar e Nutricional como prática de intervenção: reflexão e possibilidades de fortalecimento. *Physis: Rev Saúde Col* 2016, 26: 225-49.

**Endereço para Correspondência**

Caryna Eurich Mazur

Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, 838, Vila

Carli -

Guarapuava/PR, Brasil

CEP: 85040-167

E-mail: [cemazur@unicentro.br](mailto:cemazur@unicentro.br)

---

Recebido em 21/10/2021

Aprovado em 12/04/2022

Publicado em 22/04/2022