

**ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO DE HOMENS DIAGNOSTICADOS  
COM DIABETES MELLITUS TIPO II**Fabiano Divino Alves Sousa<sup>1</sup>, Jonas Rabelo Soares<sup>1</sup>  
Ronilson Ferreira Freitas<sup>1,2,3</sup>**RESUMO**

Introdução: Atualmente tem-se observado uma elevação na prevalência de Diabetes Mellitus Tipo II (DM II), sendo considerado um grave problema de saúde pública, responsável por uma elevada taxa de mortalidade, em decorrência das complicações dessa doença. Objetivo: Avaliar as atividades de autocuidado de homens diagnosticados com Diabetes Mellitus Tipo II. Materiais e Métodos: A pesquisa abrangeu a avaliação dos aspectos sociodemográficos, antropométricos, nível glicêmico e comportamento de autocuidado. Como estratégia de coleta de dados foram aplicados questionários e realizados testes glicêmicos, que acompanharam a obtenção de medidas de peso, altura, circunferência do quadril e cintura. Resultados: Destaca-se, na caracterização sociodemográfica, homens que se referiram com cor da pele parda (39,1%), casados (76,1%), com ensino fundamental incompleto (45,7%) e recebem  $\leq 2$  salários mínimos (91,3%). Com relação ao nível glicêmico e características antropométricas, foi possível observar que as médias estão acima dos valores considerados normais. Ao analisar o autocuidado dos homens diagnosticados com diabetes mellitus tipo II, obteve-se uma pontuação maior para as atividades relacionadas à terapia medicamentosa e uma pontuação menor para as atividades relacionada à monitoração da glicemia e cuidado com os pés. Conclusão: Através deste estudo, é possível concluir que o comportamento de autocuidado dos homens diagnosticados com Diabetes Mellitus Tipo II se encontra indesejável.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus Tipo II. Atividades de Autocuidado. Homens.

1-Instituto de Ciências da Saúde das Faculdades Unidas do Norte de Minas (ICS/Funorte), Montes Claros-MG, Brasil.

2-Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros-MG, Brasil.

**ABSTRACT**

Self-care activities of men diagnosed with diabetes mellitus type II

Introduction: There has been an increase in the prevalence of Type II Diabetes Mellitus (DM II), being considered a serious public health problem, responsible for a high mortality rate, due to the complications of this disease. Objective: To evaluate the self-care activities of men diagnosed with Type II Diabetes Mellitus. Materials and Methods: The research covered the evaluation of sociodemographic, anthropometric, glycemic and self-care behavior. As a data collection strategy, questionnaires were performed and glycemic tests were performed, which included measurements of weight, height, waist circumference and waist circumference. Results: In the sociodemographic characterization, men who had brown skin color (39.1%), married (76.1%), incomplete elementary school (45.7%) and received  $\leq 2$  minimum wages (91.3%). Regarding the glycemic level and anthropometric characteristics, it was possible to observe that the averages are above the values considered normal. When analyzing the self-care of men diagnosed with type II diabetes mellitus, a higher score was achieved for activities related to drug therapy and a lower score for activities related to glycemic monitoring and foot care. Conclusion: Through this study, it is possible to conclude that the self-care behavior of men diagnosed with Type II Diabetes Mellitus is undesirable.

**Key words:** Type II Diabetes Mellitus. Self-Care Activities. Men.

3-Faculdade de Saúde Ibituruna (FASI), Montes Claros-MG, Brasil.

E-mail dos autores:

fabianodivino11@gmail.com

jonasrabelo.fitness@gmail.com

ronnypharmacia@gmail.com

## INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNTs) são doenças multifatoriais que podem estar relacionadas a fatores de riscos não modificáveis, como herança genética, idade, sexo e raça, e os modificáveis, destacando-se a obesidade, as dislipidemias, o consumo excessivo de sal e carboidratos, bem como ingestão de bebidas alcoólicas, o tabagismo, fatores de ordem psicossocial geradores de estresse e a inatividade física (Machado e Campos, 2014).

Dentre as DCNTs, destaca-se o Diabetes Mellitus, que é uma doença de origem endócrina que desencadeia alterações metabólicas na secreção ou ação da insulina em ordem sistêmica, causando complicações como hiperglicemia acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial, obesidade abdominal, disfunção endotelial, atingindo grande parte da população mundial, comprometendo de forma intensa a vida das pessoas (Reis e colaboradores, 2017).

Atualmente tem-se observado uma elevação na prevalência de Diabetes Mellitus Tipo II (DM II), sendo considerado um grave problema de saúde pública, responsável por uma elevada taxa de mortalidade, em decorrência das complicações dessa doença (Dias e colaboradores, 2016). Além de ser um dos responsáveis por maiores gastos monetários para o sistema de saúde, uma vez que indivíduos diabéticos apresentam cerca de 2,4 mais despesas com médicos, do que com pessoas não diabéticas, da mesma idade, sexo ou raça (Corrêa e colaboradores, 2017; Klafke e colaboradores, 2014).

Inicialmente esta doença pode ser oligossintomática ou até assintomática, dificultando o seu diagnóstico e aumentando os riscos para as complicações agudas como hipoglicemia, o estado hiperglicêmico hiperosmolar, a cetoacidose diabética e o coma hiperosmolar, e as crônicas, que incluem a retinopatia, nefropatia, cardiopatia isquêmica, neuropatias, doença cerebrovascular e vascular periférica (Cortez e colaboradores, 2015; Santos e colaboradores, 2015).

Vários fatores contribuem para a melhora no prognóstico do DM II, sobretudo o comportamento de autocuidado, que inclui alimentação saudável, prática de atividade física, monitoração glicêmica e uso de

medicamentos hipoglicemiantes (Duarte e colaboradores, 2013). Sendo assim, estudos tem discutido sobre a importância da utilização das intervenções educativas para o controle e tratamento do DM II, uma vez que essas medidas capacitam os pacientes para realizar o gerenciamento da doença (Grillo e colaboradores, 2013).

Com relação à população que é acometida pelo DM II, estudos tem destacado maior prevalência em mulheres, quando comparada com os homens (Freitas e Garcia, 2012; Iser e colaboradores, 2015; Schmidt e colaboradores, 2009), entretanto, a saúde masculina tem sido um tema discutido em pesquisas, dada a relevância da fragilidade do homem sobre cuidados com a saúde, o enfrentamento de diversas doenças, além da compreensão das práticas de cuidados masculino e difícil acesso destes aos serviços de saúde (Cortez, Trindade e Menandro, 2017).

Estudo realizado por Duarte e colaboradores (2013) reforça a necessidade de estudos sobre o comportamento de autocuidado para DM II em homens, visto que a consciência do paciente influencia na adesão do mesmo para praticar autocuidado, o que não é observado de forma satisfatória no público masculino, exigindo identificação desse quadro por parte dos profissionais de saúde para reestruturação dos programas de educação e intervenção que abrangem tal população que se mostra de difícil acesso.

Mediante o exposto e dado à importância do autocuidado para o tratamento e a prevenção das complicações crônicas do DM II, o objetivo deste estudo foi avaliar as atividades de autocuidado de homens diagnosticados com Diabetes Mellitus Tipo II.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, apresentando caráter quantitativo desenvolvido em Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) na cidade de Francisco Sá, Norte de Minas Gerais no período de abril a junho de 2018.

Os critérios de inclusão foram: ser do sexo masculino, portadores de Diabetes Mellitus do Tipo II, com idade entre 40 e 65 anos, capazes de responder verbalmente os questionários e que eram assistidos pela ESF. Apenas participaram do estudo os homens

que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa abrangeu a avaliação dos aspectos sociodemográficos, antropométricos, nível glicêmico e comportamento de autocuidado.

Como estratégia de coleta de dados foram aplicados questionários e realizados testes glicêmicos, que acompanharam a obtenção de medidas de peso, altura, circunferência do quadril e cintura. Na avaliação sociodemográfica foram incluídas as variáveis: idade, cor da pele, situação conjugal, escolaridade e renda familiar.

Para avaliação antropométrica foi utilizado o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) ( $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$ ), utilizando os dados de medida de peso e altura coletados durante a entrevista. Para análise IMC considerou-se a classificação da WHO (2010): eutrófico (18,5 a 24,9), sobrepeso (25,0 a 29,9) e obesidade ( $\geq 30,0$ ). Ainda foram coletadas as medidas de circunferência de cintura e quadril, considerando como ponto de corte a relação cintura-quadril (RCQ) de 0,95 (WHO, 2010).

A monitorização da glicemia foi realizada em jejum, pelos pesquisadores responsáveis, utilizando um glicosímetro digital (ACCU – CHEK Performa, Roche), lancetador ACCU-CHEK Multiclix e respectivas lancetas, graduado de 1 a 5 em graus crescentes de profundidade de penetração na pele. As medidas foram realizadas na face palmar da falange distal do 3o dedo da mão direita. O resultado da glicemia é fornecido em 15 segundos, sendo os resultados dados em mg/dL (Araújo, Souza e Nascimento, 2013).

Para avaliar o Comportamento de Autocuidado, o instrumento de pesquisa foi o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes, versão traduzida, adaptada e validada para a cultura brasileira a partir do The Summary of Diabetes Self Care Activities Measure (SDSCA). Foram atribuídos valores às respostas de acordo com a frequência com que realizavam determinada atividade nos dias da semana, com variação dos escores, de cada item, de zero a sete. O valor zero corresponde a situação menos desejável e sete ao mais favorável. Nos itens da dimensão "alimentação específica", os valores foram invertidos (7=0, 6=1, 5=2, 4=3, 3=4, 2=5, 1=6, 0=7) (Michels e colaboradores, 2010; Toobert e colaboradores, 2000). A análise do

tabagismo foi realizada por meio das frequências absoluta e relativa de fumantes na amostra, bem como a média de cigarros consumidos por dia (Michels e colaboradores, 2010).

Para análise dos dados, utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 20.0. As variáveis contínuas foram descritas por meio de média e desvio padrão (DP); as variáveis categóricas, por meio de frequência absoluta e porcentagem.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido previamente e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Unidas do Norte de Minas (Funorte) com parecer nº 2.636.727 (CAAE 85712518.2.0000.5141).

## RESULTADOS

A população de estudo foi constituída por 46 homens diagnosticados com Diabetes Mellitus Tipo II, selecionados por amostra de conveniência.

Destaca-se, na caracterização sociodemográfica, homens que se referiram com cor da pele parda (39,1%), casados (76,1%), com ensino fundamental incompleto (45,7%) e recebem  $\leq 2$  salários mínimos (91,3%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica de homens diagnosticados com Diabetes Mellitus Tipo II, Francisco Sá-MG, 2018.

Fatores	Variáveis	n (%)
Cor da Pele	Branca	13 (28,3)
	Parda	18 (39,1)
	Negra	15 (32,6)
Situação Conjugal	Solteiro	4 (8,7)
	Casado	35 (76,1)
	Divorciado	3 (6,5)
	Viúvo	4 (8,7)
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	21 (45,7)
	Ensino Fundamental Completo	16 (34,8)
	Ensino Médio Incompleto	3 (6,5)
	Ensino Médio Completo	2 (4,3)
	Ensino Superior Incompleto	1 (2,2)
Renda Familiar	Ensino Superior Completo	3 (6,5)
	$\leq 2$ salários mínimos	42 (91,3)
	Entre 2 e 5 salários mínimos	4 (8,7)
	$\geq 5$ salários mínimos	0 (0,0)

Os dados referentes são: média da idade, nível glicêmico e características antropométricas (peso, IMC e RCQ) estão dispostos na Tabela 2.

Os resultados obtidos nos itens do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes estão descritos na tabela 3. Ao analisar o autocuidado dos homens diagnosticados com diabetes mellitus tipo II, obteve-se uma pontuação maior para as atividades relacionadas à terapia medicamentosa e uma pontuação menor para as atividades relacionada à monitoração da glicemia e cuidado com os pés.

**Tabela 2** - Características antropométricas e nível glicêmico de homens diagnosticados com Diabetes Mellitus Tipo II, Francisco Sá-MG, 2018.

	Média ± DP	Min	Mediana	Máx
Idade (anos)	54,91±5,83	46,00	54,50	65,00
Peso (Kg)	78,07±10,96	60,00	77,00	100,00
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	26,10±3,10	20,00	25,80	32,52
RCQ (cm)	1,02±0,03	0,90	1,02	1,10
Glicemia (mg/dL)	141,15±43,84	95,00	125,00	298,00

**Legenda:** DP = Desvio padrão.

**Tabela 3** - Atividades de autocuidado de homens diagnosticados com Diabetes Mellitus Tipo II, Francisco Sá-MG, 2018.

	Comportamento de autocuidado	Média ± DP
Alimentação Geral	Seguir uma dieta saudável	3,7 ± 1,8
	Seguir a orientação alimentar	3,9 ± 1,7
Alimentação Específica	Ingerir cinco ou mais porções de frutas e vegetais	2,6 ± 1,6
	Ingerir alimentos ricos em gordura	2,3 ± 1,6
Atividade Física	Ingerir doces	1,2 ± 0,9
	Realizar atividade física por pelo menos 30 minutos diários	2,1 ± 1,8
Monitoração da Glicemia	Realizar exercício físico específico (caminhar, nadar etc.)	2,1 ± 1,8
	Avaliar o açúcar no sangue	1,5 ± 1,6
Cuidado com os pés	Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	1,4 ± 1,7
	Examinar os pés	1,1 ± 1,5
	Examinar dentro dos calçados antes de calçá-los	1,6 ± 1,6
	Secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los	2,1 ± 2,1
Medicação	Tomar os medicamentos do diabetes conforme foi recomendado	6,8 ± 0,5
	Tomar injeções de insulina conforme foi recomendado	1,2 ± 2,6
	Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes	5,8 ± 2,5

**Legenda:** DP = Desvio padrão.

Quanto ao tabagismo, doze pessoas (26%) referiram fazer uso do cigarro; a média de cigarros consumidos por dia foi de 3,1±5,9, variando o intervalo entre zero e vinte cigarros por dia.

## DISCUSSÃO

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, houve predominância da população com cor da pele parda (39,1%). Brito, Lopes e Araújo (2001), apontam em seus estudos que a prevalência de DM II, é maior entre os negros do que entre os indivíduos que se declaram brancos ou pardo. Ainda não estão bem estabelecidas as razões destas diferenças raciais, mas alguns fatores corroboram como os fatores ambientais e comportamentais que têm um papel importante e determinante no desenvolvimento do DM II (Xavier, Billar e Ataíde, 2009).

Medeiros e colaboradores (2012), defendem que o mecanismo primário para o desenvolvimento do DM II nos negros seria a hiperinsulinemia que se refere a capacidade do corpo de produzir insulina em excesso para manter sobre controle os altos níveis de glicose no sangue, que está associada a síndrome metabólica e a resistência à insulina que se desenvolve com a capacidade do corpo de desenvolver uma resistência aos efeitos do hormônio da insulina.

Em relação à situação conjugal, a maioria dos homens entrevistados respondeu que são casados e possuem família. De acordo com Nagai, Chubaci e Neri (2012), o estado civil influencia na condução do tratamento do DM II, ao motivar o autocuidado e ao demonstrar sentimentos de afeto, cooperação e solidariedade, sendo possível observar que a maioria dos homens que procuram cuidados são casados, com filhos e com vida conjugal estável.

Sobre o grau de escolaridade, a maioria dos participantes declarou-se ter o ensino fundamental incompleto. Estudos apontam que baixa escolaridade e a falta de informação podem influenciar no conhecimento no que se refere às habilidades para o comportamento de autocuidado com o DM II.

Rezende Neta, Silva, Silva (2015) e Cubas e colaboradores (2013), corroboram com os resultados e relatam que se faz necessário, atentar para o baixo grau de escolaridade dos pacientes, uma vez que pessoas com menor nível de escolaridade podem apresentar dificuldades de compreender as recomendações terapêuticas dadas pelos profissionais de saúde, o que

justificaria a menor adesão desses pacientes ao tratamento.

Lima e colaboradores (2015) apontam que a baixa escolaridade predominante pode ser entendida como redutor do acesso a informações sobre o tratamento do DM II, favorecendo o desenvolvimento e as complicações da doença como os fatores de risco, como o desenvolvimento de úlceras do pé diabético, como o tempo de evolução da doença, o descontrole metabólico, educação terapêutica deficiente, dificuldade de acesso ao sistema de saúde.

Em estudo realizado por Assunção e colaboradores (2017), a maioria dos pacientes com DM II apresentou baixos escores de conhecimento e atitude sobre a doença. Esses resultados podem indicar comprometimento no autocuidado e dificuldades para o enfrentamento da doença.

Estudo realizado por Baquenado e colaboradores, (2010), com o objetivo de demonstrar a importância do conhecimento sobre o autocuidado para com o DM, mostrou que o baixo nível de informação (escolaridade), dificulta o processo de aprendizagem sobre a doença e sua etiologia, prejudicando na prevenção e diagnóstico precoce desta patologia, aumentando a predisposição para outras complicações. Neste sentido, é possível inferir que quanto maior o número de anos estudados, maior é a capacidade de autocuidado do sujeito (Baquenado e colaboradores, 2010).

Cortez e colaboradores (2015), apontam que a baixa escolaridade pode dificultar a compreensão do usuário acerca dos cuidados essenciais para o controle da doença e a prevenção das complicações.

Foi possível observar ainda neste estudo, que a maioria dos entrevistados possui renda  $\leq 2$  salários mínimos. Estudos indicam que indivíduos com uma renda mensal baixa são efetivamente menos propensos a adesão às atividades de autocuidado com o diabetes, como a procura pelo cuidado com médico e profissionais da saúde, o que acaba por acarretar possíveis fatores responsáveis pela ascensão dessa problemática, que são fatores de ordem pessoal, socioeconômica e cultural, além de aspectos relativos à doença, ao tratamento, ao sistema de saúde e à equipe multiprofissional podem influenciar o autogerenciamento dos cuidados (Gomides e

colaboradores, 2013; Rezende Neta, Silva e Silva, 2015;).

Com relação à idade dos participantes, foi possível observar uma média de idade de  $54,91 \pm 5,83$ . Estudos relatam que é na fase adulta que é comum o desenvolvimento do DM II, sendo que quando aumenta a idade, se intensifica também os riscos de complicações relacionadas a esta patologia. Essas condições podem estar associadas aos mecanismos biológicos subjacentes à idade, ou ainda devido às condições restritivas de vida e trabalho (Cortez e colaboradores, 2015; Goldeberg, Schenkman e Franco, 2003).

Estudo realizado por Gomes-Vilas Boas e colaboradores (2011) confirma que é comum o surgimento de complicações agudas e crônicas em pacientes diabéticos, e que com o avançar da idade, a associação entre esses fatores poderá afetar o comportamento para o autocuidado, complicando o regime terapêutico e consequentemente, diminuindo a adesão ao tratamento.

Ao avaliar as medidas antropométricas, observou-se um aparente excesso de peso, com possível sobrepeso da população estudada, hipótese confirmada pelo valor de IMC onde se obteve a média de  $26,10 \pm 3,10$ . A média da RCQ também demonstrou estar acima do que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde, inferindo que há um risco aumentado para doenças cardiovasculares e hipertensão arterial.

Em estudo realizado por Assunção e colaboradores (2017), foi possível observar que 40,9% dos pacientes apresentavam sobrepeso e 31,1% obesidade, indo de encontro aos nossos achados.

Em estudo de Souza e colaboradores (2017) com 60 pessoas com DM II, mostrou que 33,3% dos entrevistados estavam como sobrepeso e 60% eram obesos. Nesse contexto, acredita-se que seja importante o desenvolvimento de ações de controle de peso, pois se trata de um fator de risco para complicações cardiovasculares e que pode influenciar o controle glicêmico (Souza e colaboradores, 2017).

Tinoco e colaboradores (2006) destaca que o IMC e a RCQ inadequada associam-se positivamente à alta frequência de morbidades, o que reforça a ideia da adoção de medidas de controle e prevenção do sobrepeso, para se prevenir o agravo de

patologias associadas como o diabetes e a hipertensão.

Quando aferida a glicemia em jejum, foi possível observar uma média 141,15 ± 43,84, o que implica que estes pacientes não têm praticado o autocuidado. Sugere-se uma relação entre a média da glicemia de jejum com a monitorização de glicemia, que obteve uma pontuação indesejável, tanto para a avaliação de açúcar no sangue (1,5 ± 1,6), quanto para a avaliação da glicemia de acordo com a recomendação médica (1,4 ± 1,7).

Para Carvalho e colaboradores (2012), a utilização esporádica e não estruturada de testes de glicemia capilar não fornece os elementos necessários para a avaliação completa do estado glicêmico, entretanto, a automonitorização é uma ferramenta prática para ajudar o paciente diabético a compreender melhor a sua doença e as metas do tratamento. Para prevenir as complicações do DM II é necessário que seja feito um rígido controle do nível de glicose no sangue, e a automonitorização é uma das formas de controle, uma vez que em pacientes com níveis glicêmicos elevados podem ocorrer complicações, como cegueira, doença renal grave, amputações de membros, hiperglicemia, os ataques cardíacos e os acidentes vasculares cerebrais (Orozco e Alves, 2017).

Quando avaliada às atividades de autocuidado dos homens diagnosticados com DM II, os resultados encontrados chamam a atenção para o inadequado controle realizado pelos pacientes diabéticos analisados, salientando uma má adesão ao autocuidado com esta patologia. No que se refere à alimentação geral, o autocuidado ficou abaixo do desejável, tanto para os itens “Dieta Saudável” e “Orientação do médico para alimentação”. Quanto à alimentação específica, houve uma adesão abaixo do desejável para “ingestão de frutas e vegetais”, entretanto, o autocuidado com relação à “ingestão de alimentos ricos em gordura” e “ingestão de doces” ficou dentro do desejável.

Orozco e Alves (2017), afirmam que pacientes diabéticos podem sim comer qualquer tipo de alimento, porém, desde que seja orientado por um profissional. Salientando que o bom controle da diabetes está ligado à dieta. Portanto, o paciente diabético pode se alimentar de todos os alimentos que são consumidos pela sua família, porém, com

maior cautela ao nível glicêmico dos alimentos.

Para Medeiros e colaboradores (2016), a dieta é de grande importância no controle da DM II, já que a educação nutricional é um dos pontos fundamentais no tratamento desta patologia; sem uma alimentação saudável não é possível obter um controle metabólico adequado. As recomendações da dieta orientada nos serviços de saúde são reconhecidas pelos diabéticos como fatores essenciais para controle da doença.

Em relação à prática de atividade física, foi possível observar uma baixa adesão dos homens participantes deste estudo. Estudo realizado por Gomides e colaboradores (2013), relatam que quanto a prática do exercício físico, os motivos apontados pelos portadores de Diabetes Mellitus para não realizá-los são o desânimo, desconforto, falta de tempo, desconhecimento, não gostar, restrição médica, hipoglicemia e outros. Entretanto a prática regular de exercício físico resulta em benefícios significativos para os portadores de DM II, como a redução da glicemia após a realização do exercício, redução da glicemia de jejum, da hemoglobina glicada, bem como melhora da função vascular (Araújo, Souza e Nascimento, 2013). O exercício físico melhora a tolerância à glicose e a sensibilidade à insulina pelas células, além de contribuir decisivamente para a saúde pública, com forte impacto na redução dos custos com tratamentos (Medeiros e colaboradores, 2016).

Ao serem questionados sobre a monitoração da glicemia e o cuidado com os pés, os resultados não foram desejáveis para estas práticas. Segundo Faria e colaboradores (2009), o monitoramento do DM II, por meio da glicemia capilar, é um dos alicerces do controle intensivo desta patologia, entretanto, apesar disso, em seu estudo, aproximadamente, 23% dos pacientes deixam de realizar a automonitorização “nas pontas dos dedos” por causa da dor decorrente das inúmeras terminações nervosas locais.

Com relação ao cuidado com os pés, este se faz importante, uma vez que é comum o surgimento de feridas nos pés de pacientes diabéticos e de acordo Rezende Neta, Silva e Silva (2015), o pé diabético é uma das principais causas de hospitalização de pessoas com diabetes. Os cuidados com os

pés constituem-se uma das vertentes do autocuidado dos pacientes com DM, sendo necessária a inspeção diária dos pés para detectar precocemente pequenos traumas ou sinais de que o calçado utilizado está sendo inadequado. Cubas e colaboradores (2013), apontam em estudos que o calçado adequado caracteriza-se pelo conforto, sem costuras e do número ideal para que não fique muito apertado, nem frouxo. Não são recomendáveis calçados de bico fino e chinelos de dedos porque causam pontos de pressão nos pés, o que pode causar ferimentos e gerar complicações nos pés dos diabéticos (Cortez e colaboradores, 2015).

Com relação ao uso dos medicamentos para controle do Diabetes, os resultados foram satisfatórios para esta prática, onde se obteve uma maior pontuação. Em estudo realizado por Gomides e colaboradores (2013) sobre a terapia medicamentosa, foi possível observar uma alta pontuação para as atividades de autocuidado que envolvem a terapia medicamentosa. Segundo Faria e colaboradores (2009), reconhece-se que a terapia medicamentosa no tratamento do DM depende de diversos fatores, tais como as características individuais, os valores de hemoglobina glicosilada, glicemia de jejum e pós-prandial, presença de obesidade, idade, nível socioeconômico, complicações e comorbidades, ação anti-hiperglicemiante do medicamento, entre outros. Portanto, o consenso acerca de um tratamento medicamentoso ideal depende da combinação desses fatores.

Há protocolos pré-estabelecidos com diretrizes específicas de tratamento, mas todos recomendam considerar a individualidade de cada paciente na elaboração do plano terapêutico. A informação clara e precisa ao paciente quanto à utilização dos medicamentos para o controle do DM, fornecida por profissionais de saúde qualificados, pode motivá-lo ao autocuidado e à adesão à terapia medicamentosa. A falta de conhecimento quanto ao nome do medicamento de que faz uso, à dose prescrita pelo médico, o horário correto de ingestão, o número de vezes e comprimidos que devem ser utilizados por dia faz com que o paciente utilize o medicamento de maneira incorreta (Faria e colaboradores, 2009).

Quanto à prática do tabagismo, houve uma menor prevalência de pessoas (26%) que fazem uso do cigarro, entretanto, a média de cigarros consumidos por dia foi de  $3,1 \pm 5,9$ , variando o intervalo entre zero e vinte cigarros por dia, sendo considerado um consumo elevado de cigarro. Dados semelhantes aos achados de Medeiros e colaboradores (2016) apontam onde apenas 12,4% dos participantes afirmaram ser tabagistas, o que nos mostra que o tabagismo tem uma menor contribuição para o desenvolvimento do DM II, o que evidenciam que o fator de risco mais importante é o sobrepeso.

Algumas limitações do presente estudo podem ser consideradas. Trata-se de um estudo com delineamento transversal, o que não permite o estabelecimento de relações de causa e efeito, entretanto mostrou a realidade sobre o comportamento de autocuidado de portadores de DM II, o que pode estar associado à eficácia do serviço de atenção à saúde no qual estes homens estão inseridos. Outra limitação deste estudo é a amostragem por conveniência, entretanto, por se tratar de uma população frágil sobre cuidados com a saúde, julgou-se uma amostra representativa da população-alvo.

## **CONCLUSÃO**

Através deste estudo, é possível concluir que o comportamento de autocuidado dos homens diagnosticados com DM II se encontra indesejável para atitudes indispensáveis no cuidado a este tipo de patologia.

Neste sentido, salienta-se a importância do desenvolvimento de campanhas educativas, a fim de sensibilizar esta população para a prática do autocuidado, bem como o estabelecimento de metas pelos profissionais da saúde, sobretudo aqueles que atuam nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família, na tentativa de reduzir as complicações relacionadas à não adesão ao comportamento de autocuidado de pacientes, visto que o DM II está vinculado a múltiplos fatores, merecendo a atenção destes profissionais de saúde quando da proposição de programas de promoção da saúde do homem.

## REFERÊNCIAS

- 1-Araújo, L. C. R., Souza, L. B.; Nascimento, A. H. Estudo comparativo dos valores de glicemia venosa com glicosímetro versus dosagem laboratorial do Laboratório Santa Clara, da cidade de Anápolis. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*. Vol. 17. Num. 5. 2013. p. 89-97.
- 2-Assunção, S. C; Fonseca, A. P; Silveira, M.F; Caldeira, A.P; Pinho, L. Conhecimento e atitude de pacientes com diabetes mellitus da Atenção Primária à Saúde. *Esc Anna Nery*. Vol. 21. Num. 4. 2017.
- 3-Baquedano, I. R.; Santos, M. A.; Martins, T. A.; Zanetti, M. L. Autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em serviço de urgência no México. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Vol. 18. Num. 6. 2010.
- 4-Brito, I. C.; Lopes, A. A.; Araújo, L. M. B. Associação da Cor da Pele com Diabetes Mellitus Tipo 2 e Intolerância à Glicose em Mulheres Obesas de Salvador, Bahia. *Arq Bras Endocrinol Metab*. Vol. 45. Num. 5. 2001. p. 474-480.
- 5-Carvalho, F. S; Netto, A. P; Zach, P; Sachs, A; Zanella, M.T. Importância da orientação nutricional e do teor de fibras da dieta no controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 sob intervenção educacional intensiva. *Arq Bras Endocrinol Metab*. Vol. 56. Num. 2. 2012.
- 6-Corrêa, P. C. C.; Farias, L. M.; Lima, G. G.; Souza, A. R.; Feitoza, A.; Moura, A. D.; Rouberte, E. S. C. Percepção de portadores atendidos na Estratégia Saúde da Família sobre diabetes mellitus tipo 2. *Rev enferm UFPE on line*. Vol. 11. Num. 4. 2017. p. 1645-1651.
- 7-Cortez, D. N.; Reis, I. A.; Souza, D. A.; Macedo, M. M.; Torres, H. C. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. *Acta Paul Enferm*. Vol. 28. Num. 3. p. 250-255. 2015.
- 8-Cortez, M. B.; Trindade, Z. A.; Menandro, M. C. S. Racionalidade e sofrimento: homens e práticas de autocuidado em saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*. Vol. 18. Num. 2. 2017. p. 556-566.
- 9-Cubas, M. R.; Santos, O. M.; Retzlaff, E.M.A.; Telma, H.L.C.; Andrade, I.P.S., Moser, A.D.L.; Erzinger, A.R. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. *Fisioter. Mov*. Vol. 26. Num. 3. p. 647-655. 2013.
- 10-Dias, J. C. P.; Ramos Jr., A. N.; Gontijo, E. D.; et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Vol. 25. 2016. p. 7-86.
- 11-Duarte, M. R.; Carmo, J. A.; Goes Filho, V. S.; Santos, M. L. T.; Lago, J.; Freitas, R. F.; Reis, V. M. C. P.; Popoff, D. A. V.; Rocha, J. S. B. Análise do comportamento de autocuidado de homens diagnosticados com Diabetes Mellitus tipo II. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*. Vol. 5. Num. 2. 2013. p. 41-50.
- 12-Faria, H.T.G; Zanetti, M.L Santos, M.A; Teixeira, C.R.S. Conhecimento sobre terapêutica medicamentosa em diabetes: um desafio na atenção à saúde. *Acta Paul Enferm*. Vol. 22. Num. 5. 2009. p. 612-617.
- 13-Freitas, L. R. S.; Garcia, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Vol. 21. Num. 1. 2012. p. 7-19.
- 14-Goldenberg, P.; Schekman, S.; Franco, L. J. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. *Rev Bras Epidemiol*. Vol. 6. Num. 1. 2003.
- 15-Gomes-Villas Boas, L. C.; Foss, M. C.; Foss-Freitas, M. C.; Torres, H. C.; Monteiro, L. Z.; Pace, A. E. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com Diabetes Mellitus. *Texto & Contexto Enfermagem*. Vol. 20. Num. 2. 2011. p. 272-279.
- 16-Gomides, D. S.; Villas-Boas, L. C. G.; Coelho, A. C. M.; Pace, A. E. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. *Acta Paul Enferm*. Vol. 26. Num. 3. 2013. p. 289-293.
- 17-Grillo, M. F. F.; Neumann, C. R.; Scaina, S. F.; Rozeno, R. F.; Gross, J. L.; Leitão, C. B. Effect of different types of self-management



education in patients with diabetes. Rev Assoc Med Bras. Vol. 59. Num. 4. 2013. p. 400-405.

18-Iser, B. P. M.; Stopa, S. R.; Chueiri, P. S.; Szwarcwald, C. L.; Malta, D. C.; Monteiro, H. O. C.; Duncan, B. B.; Schmidt, M. I. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Epidemiol. Serv. Saúde. Vol. 24. Num. 2. 2015. p. 305-314.

19-Klafke, A.; Duncan, B. B.; Rosa, R. S.; Moura, L.; Malta, D. C.; Schmidt, M. I. Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006-2010. Epidemiol Serv Saúde. Vol. 23. Num. 3. 2014. p. 455-462.

20-Lima, M.L.; Costa, J.F.L.; Oliveira, A.F.; Junior, J.N.B.; Peixoto, A.S.; Pancieri, M.S.; Caldas, C.A.M.; Pires, C.A.A. Educar para prevenir: a importância da informação no cuidado do pé diabético. Vol. 13. Num. 1. 2015.

21-Machado, L. E.; Campos, R. O impacto da diabetes melito e da hipertensão arterial para a saúde pública. Saúde Meio Ambient. Vol. 3. Num. 2. 2014. p. 53-61.

22-Medeiros, L. S. S.; Medeiros, L. S.S.; Morai, A. M. B.; Rolim, L.A.D.M. Importância do controle glicêmico como forma de prevenir complicações crônicas do diabetes mellitus. Revista Brasileira de Análises Clínicas. Vol. 48. Num. 3. p. 262-267. 2016.

23-Michels, M. J.; Coral, M. H.; Sakae, T. M.; Damas, T. B.; Furlanetto, L. M. Questionário de atividades de autocuidado com diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. Arq Bras Endocrinol Metab. Vol. 54. Num. 7. 2010. p. 644-650.

24-Nagai, P. A.; Chubaci, R.Y.S.; Neri, A. L. Idosos diabéticos: as motivações para o autocuidado. Revista Kairós Gerontologia. Vol. 15. Num. 6. 2012. p. 407-434.

25-Orozco, L.B.; Alves, S.H.S. Diferenças do autocuidado entre pacientes com diabetes mellitustipo 1 e 2. Psic., Saúde & Doenças. Vol. 18. Num. 1. 2017.

26-Reis, T. R.; Leal, J. A. M.; Lourenço, E. T. J.; Santos, D. N. Doença periodontal associada ao diabetes mellitus: relato de caso clínico. Revista Pró-UniverSUS. Vol. 2. Num. 4. 2017. p. 24.

27-Rezende Neta, D. S.; Silva, A. R. V.; Silva, G. R. F. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. Rev Bras Enferm. Vol. 68. Num. 1. 2015. p. 111-116.

28-Santos, A. L.; Cecílio, H. P. C.; Teston, E. F.; Arruda, G. O.; Peternella, F. M. N.; Marcon, S. S. Microvascular complications in type 2 diabetes and associated factors: a telephone survey of self-reported morbidity. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 20. Num. 3. 2015. p. 761-770.

29-Schmidt, M. I.; Duncan, B. B.; Hoffmann, J. F.; Moura, L.; Malta, D. C.; Carvalho, R. M. S. V. Prevalence of diabetes and hypertension based on selfreported morbidity survey, Brazil, 2006. Rev Saúde Pública. Vol. 43. Supl. 2. 2009. p. 1-8.

30-Souza, J.D.; Baptista, M.H.B.; Gomides, D.; Pace, A.E. Adesão ao cuidado em diabetes mellitus nos três níveis de atenção à saúde. Esc. Anna Nery. Vol. 21. Num. 4. 2017.

31-Tinoco, A. L. A.; Brito, L. F.; Sant'Anna, M. S. L.; Abreu, W. C.; Mello, A. C.; Silva, M. M. S.; e colaboradores. Sobrepeso e obesidade medidos pelo índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (CC) e relação cintura/quadril (RCQ), de idosos de um município da Zona da Mata Mineira. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Vol. 9. Núm. 2. 2006. p. 63-73.

32-Toobert, D. J.; Hampson, S. E.; Glasgow, R.; E. The summary of diabetes selfcare activities measure: results from 7 studies and a revised scale. Diabetes Care. Vol. 23. Num. 7. 2000. p. 943-950.

33-Xavier, A. T. F.; Bittar, D. B.; Ataíde, M. B. C. Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática. Texto Contexto Enferm. Vol. 18. Num. 1. 2009. p. 124-130.

34-WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneve: World Health Organization; 2010.

**Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**  
**ISSN 1981-9919 versão eletrônica**

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

**w w w . i b p e f e x . c o m . b r - w w w . r b o n e . c o m . b r**

---

Endereço para correspondência:

Ronilson Ferreira Freitas  
Rua João Pinheiro, 441, apt 203, Centro,  
Montes Claros-MG Brasil.  
CEP 39400-093

Recebido para publicação em 17/06/2018

Aceito em 31/07/2018