ARTIGO ORIGINAL

BICALHO, Juliana Mara Flores ^[1], SEVALHO, Gil ^[2], GUIMARÃES, Eliete Albano de Azevedo ^[3]

BICALHO, Juliana Mara Flores. SEVALHO, Gil. GUIMARÃES, Eliete Albano de Azevedo. Mudança De Hábitos Após Diagnóstico De Diabetes Mellitus Tipo 2: Pesquisa Qualitativa. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 06, Ed. 04, Vol. 05, pp. 30-51. Abril. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/mudanca-de-habitos>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/mudanca-de-habitos

Contents

- RESUMO
- 1. INTRODUÇÃO
- 2. DESENVOLVIMENTO
  - 2.1 MATERIAIS E MÉTODOS
  - 2.2 RESULTADOS
    - 2.2.1 O DIAGNÓSTICO: “ESTOU DIABÉTICA!”
    - 2.2.2 AS MUDANÇAS DE HÁBITOS DE VIDA APÓS O DIAGNÓSTICO DE DM2
    - 2.2.3 O TRATAMENTO DO DM2
    - 2.2.4 A RELAÇÃO ENTRE ESTADO EMOCIONAL E O DM2
  - 2.3 DISCUSSÃO
- 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS

RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) destaca-se entre as doenças crônicas, devido ao aumento exponencial de sua prevalência e pelo seu impacto social e econômico. Os custos do DM afetam o indivíduo, a família e a sociedade, porém não são apenas financeiros, mas também imateriais como a manifestação de dores e ansiedade, além da redução da qualidade de vida que impactam de forma negativa a vida das pessoas com DM e sua família. O tratamento de

DM requer medidas que visem mudanças no estilo de vida dos indivíduos. O presente estudo teve como objetivo investigar a percepção de mulheres diabéticas quanto às mudanças de hábitos após o diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2. Trata-se de um estudo descritivo com enfoque qualitativo. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de perguntas para nortear a entrevista semiestruturada. Para análise dos dados foi utilizado referencial teórico da Análise do Conteúdo. Os resultados do estudo apontaram quatro categorias que representaram questões importantes da relação das pessoas vivendo com DM e a doença: O diagnóstico; As mudanças após o diagnóstico; O tratamento e A relação entre estado emocional e o controle da doença. Embora a adesão ao tratamento dependa da assimilação da informação, o conhecimento sobre a doença não funciona por si só como indicador dessa adesão. O enfoque da abordagem educativa não deve se restringir apenas à transmissão de conhecimentos, é importante abordar aspectos subjetivos que influenciam na adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Tipo 2, Hábitos Alimentares, Mulheres.

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil e do mundo. O Diabetes Mellitus (DM) destaca-se entre as doenças crônicas, devido ao aumento exponencial de sua prevalência e pelo seu impacto social e econômico. A Federação Internacional de Diabetes (IDF) relatou que em 2017, cerca de 425 milhões de pessoas viviam com DM no mundo. Já em 2019, esse número foi para 483 milhões. Persistindo as tendências da atualidade, o número de pessoas com diabetes poderá ser superior a 629 milhões em 2045. O Brasil encontra-se na quarta posição do ranking mundial de pessoas entre 20 e 79 anos de idade com DM, o que corresponde a cerca de 12,5 milhões de brasileiros com a doença e a previsão para 2045 é de cerca de 20 milhões de pessoas. O número de indivíduos diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da transição nutricional, da crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevida de pacientes com DM (SBD, 2020).

A Vigilância de Fatores de Risco de DCNT - VIGITEL do Ministério da Saúde (MS) tem o

objetivo de monitorar a frequência e distribuição dos principais determinantes das DCNT por inquérito telefônico nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal desde 2006. Em seu relatório publicado em 2020 revela que no conjunto das 27 cidades, a frequência do diagnóstico médico de diabetes foi de 7,4%, sendo maior entre as mulheres (7,8%) do que entre os homens (7,1%). Em ambos os sexos, a frequência dessa condição aumentou intensamente com a idade. Entre 2006 e 2019 a frequência de indivíduos com diabetes evoluiu de forma desfavorável e significativa em todo o período (BRASIL, 2020).

O DM é um distúrbio metabólico crônico, caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente da deficiência ou da ação da produção de insulina ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo. Possui etiologia complexa e multifatorial, envolvendo componentes genéticos, biológicos e ambientais que ainda não são completamente conhecidos. A classificação atual do DM tem como base a sua etiologia, sendo que o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) corresponde a 90 a 95% de todos os casos de DM e geralmente, acomete indivíduos a partir da quarta década de vida. Sugere-se rastreamento de DM2 em indivíduos a partir de 45 anos de idade (SBD, 2020).

O DM representa uma elevada carga financeira decorrente de gastos com insulina, medicamentos antidiabéticos orais e outros medicamentos para as pessoas diabéticas, suas famílias e tem um grande impacto econômico também para o sistema de saúde em decorrência de uma utilização mais frequente dos serviços de saúde, redução de sua produtividade e demanda prolongada de cuidados para tratar as complicações crônicas, tais como doenças vasculares e renais, perda de visão e ocorrência de pé diabético. Os custos do DM afetam o indivíduo, a família e a sociedade, porém não são apenas financeiros, mas também imateriais como a manifestação de dores e ansiedade, além da redução da qualidade de vida que impactam de forma negativa a vida das pessoas com DM e sua família (SBD, 2020).

A adoção de hábitos de vida saudáveis é a base do tratamento do diabetes e, possui importância fundamental no controle glicêmico. O tratamento de DM2 requer medidas que visem mudanças nos hábitos de vida das pessoas como adoção de comportamentos que são exigidos pela condição como adesão à alimentação saudável, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e cessação do tabagismo, acrescido ou não do tratamento farmacológico, quando necessário. A orientação nutricional e o estabelecimento de dieta

para controlar pacientes com DM, em associação com a mudança de hábitos de vida, incluindo atividade física, são consideradas terapias de primeira escolha. O cuidado nutricional é uma das partes mais desafiadoras do tratamento e das estratégias de mudança do estilo de vida e a relevância da terapia nutricional no tratamento do DM tem sido enfatizada desde a sua descoberta, bem como o seu papel desafiador na prevenção, no gerenciamento da doença e na prevenção do desenvolvimento das complicações decorrentes (BRASIL, 2013; MACEDO, 2017; SBD, 2020).

Conviver com o DM, pela complexidade e repercussão do tratamento, pode ser um fator dificultador para adesão devido aos abalos de ordem emocional, como sentimentos negativos relacionados à proibição de certos alimentos e até mesmo ao medo de morrer, de ordem biológica como as complicações vasculares e renais, por exemplo, além de alterações do cotidiano decorrentes das necessidades de novas práticas de cuidado em saúde após o diagnóstico (PONTIERI, 2010). Estudo realizado com mulheres diabéticas, conviver com o DM foi comumente comparado a uma jornada sem fim, em muitos momentos, extenuante e frustrante. O cuidado do DM foi reconhecido como cansativo, oneroso financeiramente, de difícil realização e restritivo. Os pacientes diabéticos, em geral, apresentam resistência em aderir ao tratamento proposto no que se refere à alimentação, possivelmente por entender como “perda de liberdade de comer”. Faz-se necessário conhecer melhor a forma desses pacientes diabéticos de lidar com a sua doença e os motivos que os levam à dificuldade em seguir o tratamento proposto no que se refere às mudanças de hábitos, principalmente alimentares (RECKZIEGEL, 2018).

Neste contexto, o objetivo deste trabalho foi investigar a percepção quanto às mudanças de hábitos após o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 em mulheres diabéticas de um município de médio porte do centro-oeste de Minas Gerais. Buscou-se conhecer a reação dessas pacientes ao diagnóstico da doença, às mudanças de hábitos de vida após o diagnóstico, a relação das pacientes diabéticas com a sua alimentação e as questões relacionadas às dificuldades em seguir o tratamento e mudar os hábitos alimentares.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa realizada através de entrevistas semiestruturadas. A metodologia qualitativa implica no envolvimento do pesquisador no universo pesquisado. Nessa perspectiva, o pesquisador é o próprio instrumento de pesquisa, usando diretamente seus órgãos do sentido para apreender os objetos em estudo (TURATO, 2005).

A pesquisa foi realizada na policlínica municipal de um município de porte médio do Centro-oeste de Minas Gerais com cerca de 95 mil habitantes. A policlínica municipal é uma unidade de média complexidade de referência para assistência primária e secundária. Um dos serviços prestados na policlínica é o acompanhamento de pacientes diabéticos por endocrinologista. Os pacientes diabéticos eram cadastrados e acompanhados, em sua maioria, na unidade de saúde da área de abrangência de sua residência e, quando necessário, encaminhados para endocrinologista na policlínica municipal. Os sujeitos da pesquisa foram selecionados dentre os 173 indivíduos diabéticos que foram cadastrados no serviço de endocrinologia da policlínica municipal no ano anterior à pesquisa.

Os critérios de inclusão dos usuários foram:

- Ser do sexo feminino, tendo em vista as diferenças de gênero no comportamento relacionado à procura pelos serviços de saúde, ao cuidado com a saúde e à alimentação, e também a forma de reação ao diagnóstico e ao seguimento do tratamento de DM.
- Possuir idade a partir de 45 anos, por ser considerado um fator indicativo de maior risco.
- Ter recebido o diagnóstico de DM2 pelo menos um ano antes da pesquisa. A delimitação do tempo de conhecimento do diagnóstico foi definida porque se supõe que a partir desse tempo de diagnóstico as pessoas já teriam tempo e oportunidade de vivenciar as alterações de hábitos de vida decorrentes do impacto do diagnóstico.
- Não apresentar problemas que dificultem a capacidade de comunicação e diálogo.
- Ter interesse em participar do estudo.

Os critérios de exclusão foram residir fora do município em que o estudo foi realizado e possuir cadastro incompleto que impossibilitasse a localização e o contato.

Foram realizados os primeiros contatos via telefone para que fosse explicado o objetivo da pesquisa e agendada a entrevista, caso a candidata se interessasse em participar.

A amostra foi delimitada no decorrer da pesquisa através da ferramenta conceitual denominada amostragem por saturação. Esta técnica é comumente utilizada em estudos qualitativos em diferentes áreas das ciências da saúde e a amostra do estudo é fechada quando os dados coletados começam a apresentar certa repetição, a persistência na coleta de dados torna-se irrelevante, na visão do pesquisador, então não são incluídos novos participantes (FONTANELLA, 2008).

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro para entrevista semiestruturada, que compõe a estratégia mais usada neste processo de trabalho de campo, quando o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. A utilização da entrevista semiestruturada consiste numa ferramenta interativa que permite maior liberdade e espontaneidade ao entrevistado, necessárias para o enriquecimento da investigação tornando-se um espaço dialógico em que os significados podem ser construídos, tanto pelos entrevistados quanto pelo entrevistador, e possibilita ao entrevistado falar sobre a questão que se propõe sem ter normas rígidas (MINAYO, 2010). Para nortear a entrevista foi elaborado pelos pesquisadores um roteiro de perguntas, orientando o investigador para atingir os objetivos da pesquisa abordando as seguintes questões:

- Quando e como você descobriu que é diabética?
- Como você se sentiu quando soube?
- O que é ter diabetes pra você?
- A sua vida mudou a partir do momento em que você soube? Em que aspectos?
- Como você está se tratando do diabetes?
- Que relação você vê entre alimentação e diabetes?
- O que aconteceu em relação aos seus hábitos alimentares após o diagnóstico?

As entrevistas agendadas foram realizadas individualmente, em sala reservada na policlínica. Cada entrevista foi iniciada somente após a leitura e assinatura, por cada uma das participantes, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), expressando a sua concordância em participar do estudo. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas em sua literalidade, para análise dos dados obtidos.

Os resultados das entrevistas foram considerados pelo método de análise do conteúdo, que representa um conjunto de técnicas objetivas e sistemáticas para realizar a análise da comunicação com finalidade de obtenção de indicadores que possibilitem inferências em relação às formas de produzir e receber as mensagens (BARDIN, 2011). A técnica de análise de conteúdo compõe-se de três grandes etapas: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados e interpretação (MINAYO, 2010). Um processo de leitura exaustiva do material produzido foi fundamental para a construção das categorias de análise, que compreendem os aspectos e elementos que tem características comuns, ou que se relacionam entre si.

Este estudo foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Educacional de Divinópolis/UEMG sob o nº do Parecer 83262, CAAE: 03772712.9.0000.5115, atendendo as normas dispostas nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/2012 e Nº 510/2016 que regulamentam as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos.

2.2 RESULTADOS

Foram incluídas na seleção da amostra as 103 mulheres diabéticas cadastradas no ano anterior à pesquisa, em seguidas foram excluídas as mulheres com idade inferior a 45 anos, os cadastros incompletos impedindo a localização e contato e as pessoas q'ue morassem em outro município, totalizando 69 pacientes elegíveis conforme Figura 1.

Figura 1: Delineamento da amostra de participantes da pesquisa sobre mudança de hábitos após diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, município de médio porte do Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil.

Fonte: Dados da pesquisa.

A amostra foi saturada com 10 (dez) entrevistas com mulheres que apresentavam idade entre 50 e 64 anos. Entre as entrevistadas, seis apresentavam 1º grau incompleto, duas 1º grau completo, uma apresentava 2º grau incompleto e uma com 2º grau completo. Em relação à ocupação, seis mulheres informaram não trabalhar fora de casa, sendo do lar, duas são aposentadas por invalidez e outras duas trabalham fora. Em relação à situação familiar todas possuem companheiro e moram com a família.

Cada entrevistada foi identificada pela letra E (entrevistada) e por um número, como demonstrado a seguir: E1, E2, E3, etc.

Os resultados do estudo apontaram, depois de organizados e classificados, quatro categorias: O diagnóstico: Estou diabética!; As mudanças de hábitos de vida após o

diagnóstico de DM2; O tratamento do DM2 e A relação entre estado emocional e o DM2.

2.2.1 O DIAGNÓSTICO: “ESTOU DIABÉTICA!”

Como aconteceu o diagnóstico? Quais as reações emocionais ao diagnóstico? Essas foram algumas questões motivadoras do presente estudo. A partir das entrevistas realizadas verificou-se que o diagnóstico do DM2 acontece principalmente, a partir de exames solicitados em consultas de rotina ou na presença de manifestação de sintomas característicos da doença.

“Fazia muito xixi, uma boca seca demais, dava aquela fraqueza, aquela suadeira, aí eu pedi pra fazer o exame”. (E2)

“Todo ano eu faço exame de sangue, aí deu alta (glicemia). (E3)

“Eu sinto sintoma há muito tempo. Tomo água demais, faço xixi demais”. (E4)

“Eu tava emagrecendo muito e sentindo muita dor nas pernas”. (E10).

As entrevistadas apresentaram sentimento de medo, desespero, tristeza e revolta em relação ao diagnóstico do DM e suas complicações.

“Fiquei completamente desesperada, porque eu morro de medo dessa doença. Por diversos motivos, primeiro perder vista, perder órgão. Eu tenho medo de ficar cega, tenho medo de perder órgãos...” (E3)

“Eu assustei muito. Não conformava porque às vezes o diabético não é livre”. (E10)

As limitações impostas pela doença, suas complicações e seu tratamento parecem ser encarados, na maioria das vezes, como perda da liberdade o que provoca uma tristeza na forma de viver a partir do diagnóstico. Cabe destacar o testemunho de uma entrevistada que nega sua doença:

“Eu falo que não é doença. Eu sou diabética e não sou doente! Eu não concordo quando fala

que é doença não, doença é um câncer. Tudo que é controlado não é doença! Doença é aquilo que não tem cura”. (E1)

2.2.2 AS MUDANÇAS DE HÁBITOS DE VIDA APÓS O DIAGNÓSTICO DE DM2

As mudanças destacadas pelas entrevistadas referem-se principalmente à sua alimentação. Cabe destacar que os depoimentos enfatizaram os alimentos que as entrevistadas acreditavam que não deviam ser ingeridos, que seriam “proibidos” como, por exemplo: açúcar e doces, além de arroz, macarrão e pão.

“A única coisa que mudou foi alimentação, que eu comia de tudo, eu não “tô” comendo mais de tudo. Todas as pessoas que eu sei que tem diabetes muda completamente a rotina de vida, porque aí tem que entrar na dieta, não pode comer qualquer coisa, tem que cortar açúcar, tem que fazer exercício físico. A rotina de vida muda”. (E1)

Alguns relatos evidenciam que houve mudanças somente imediatamente após o diagnóstico, porém admitem que não seguem a alimentação da forma como foram orientadas por um profissional de saúde:

“Eu não sigo do jeito que tem que seguir não. Eu abuso”. (E5)

“Eu como de tudo um pouquinho, como doce no final de semana, quando tem festa eu bebo cerveja, sem exagero, mas eu bebo”. (E6)

Uma das entrevistas relata não ter mudado, pois nega sua doença:

“Não houve mudança, porque eu tento fingir que eu não tenho nada. O meu cotidiano é o mesmo, não tem diferença nenhuma, não mudei o ritmo”. (E3)

Chama atenção no relato das entrevistadas a importância dada ao consumo de doces e açúcar, principalmente para adoçar o café, e a resistência em substituir por adoçantes dietéticos que elas entendem que seria o mais adequado.

“O café lá em casa eu faço com açúcar, mas eu bebo só um pouquinho de manhã, não sou

muito chegada em café não”. (E2)

“O doce meu é no café. Eu acho o adoçante muito ruim”. (E5)

A vontade de comer doces é muito presente no cotidiano da mulher diabética:

“Eu como doce, não é todo dia, é um pedacinho de quinze em quinze dias que eu não vou ficar sem comer as coisas que eu não posso, não.” (E6).

“Eu não tirei o doce de tudo não. Mas só não pode exagerar”. (E7)

Grande parte das entrevistadas abordou a questão do consumo de mais de um tipo de alimento fonte de carboidrato na mesma refeição, principalmente arroz e macarrão:

“Não misturo massa, pode comer arroz, macarrão, mandioca, batata só que não é pra misturar duas massas...” (E7).

“A única coisa que eu não abri mão assim, foi de macarrão, como bastante macarrão, mas o dia que eu como macarrão eu não como arroz”. (E1)

“O dia que eu faço o arroz e o macarrão, eu escolho ou o macarrão ou o arroz, aí no outro dia se eu faço um angu, aí eu não como nem o arroz nem o macarrão, eu como o angu”. (E2)

2.2.3 O TRATAMENTO DO DM2

Quando abordadas sobre o que fazem para o tratamento do DM, as entrevistadas fazem referência em primeiro lugar aos medicamentos, na maioria das vezes não considerando a alimentação como parte do tratamento.

“Eu “to” tomando só os remédios...”. (E4)

“Eu tomo o remédio que o doutor me receitou”. (E5)

“Eu “tô” tomando a insulina, “tô” usando adoçante e tirei o doce.”. (E10)

As dificuldades em seguir as orientações alimentares recomendadas no tratamento estiveram muito presente nos relatos das entrevistadas. A principal dificuldade relatada é em relação ao horário da realização das refeições:

“Não tem hora de comer, não tenho hora certa, sabe?!” (E3)

Uma delas relata inclusive que esta situação leva a alterações emocionais:

“Eu não tenho horário de comer, então eu como correndo e não me satisfaz, aí eu vou ficando nervosa e mais deprimida”. (E4)

As entrevistadas relatam que foram orientadas por médico e/ou nutricionista em relação à alimentação quando receberam o diagnóstico. Apenas uma relata nunca ter tido orientação a respeito da alimentação em relação ao DM.

As entrevistadas reclamam que a família influencia de forma negativa no tratamento e as colocam “expostas às tentações”:

“Eles fazem muito bolo com recheio de chocolate, faz brigadeiro, mousse de maracujá. Eu não como, mas fico triste de não poder comer”. (E10)

“Meu marido compra doce e deixa na geladeira, de vez em quando eu tiro um pouquinho”. (E6)

“Às vezes meu filho compra chocolate pra namorada e deixa bombom lá em casa. Se a gente vê, acaba comendo também. É muito difícil”. (E7)

2.2.4 A RELAÇÃO ENTRE ESTADO EMOCIONAL E O DM2

As entrevistadas relacionam a percepção da influência de questões emocionais a que as diabéticas estão submetidas com a dificuldade em controlar o DM, sendo, mais significativa inclusive, que as questões alimentares:

“Muitas vezes acontece do meu estado nervoso alterar a glicose. O doutor até já falou isso

comigo, que altera muito, então tem que controlar, não deixar alterar muito. Que a alimentação mesmo não adianta, porque eu balancear a alimentação, se não controlar o sistema nervoso também, vai fazer aumentar (a glicemia)". (E1)

"Porque eu tenho que manter controlada, tem hora que eu fico nervosa demais aí a diabetes e a pressão sobem". (E2)

"Eu acho que esse negócio da gente ter muita raiva tem alguma coisa a ver, eu sinto que os dois "tá" andando junto". (E4)

"Eu acho que às vezes o emocional que faz aumentar. Se a gente tiver agitado parece que dá mais alto. Acho que influencia sim". (E7)

2.3 DISCUSSÃO

Com sintomatologia pouco expressiva, o DM2 na maioria das vezes, permanece por muitos anos sem diagnóstico e sem tratamento, o que favorece a ocorrência de suas complicações. No DM2 o início é insidioso e, muitas vezes, o paciente pode permanecer assintomático por longo tempo. A suspeita da doença é feita pela presença de uma complicação tardia, como proteinúria, retinopatia, neuropatia diabética, entre outras (BRASIL, 2013). Diante disso, os indivíduos com presença de fatores de risco requerem investigação diagnóstica laboratorial, este fato se coaduna com este estudo, pois muitas entrevistadas relatam que foram diagnosticadas a partir de exames laboratoriais em consultas de rotina após relato de algum sintoma da doença.

Merece atenção as variáveis relacionadas à situação familiar e ocupação das participantes. Observou-se que em relação à situação familiar, todas as participantes possuem companheiro e moram com a família. Sabe-se que a presença de um cônjuge e ou companhia no domicílio é de extrema importância para o apoio ao seguimento do tratamento da condição crônica, pois o familiar pode reforçar a necessidade dos cuidados em saúde, bem como supervisioná-los (CORTEZ, 2016; MALTA, 2017). Em relação à ocupação, a maioria das participantes era inativa quando considerada a sua inserção no mercado de trabalho, sendo que grande parte das participantes é dona de casa e autodeclara-se "do lar". Duas participantes ainda se autodeclararam aposentadas por invalidez, soma-se a isso a idade das

participantes (entre 50 a 64 anos), pois, as pessoas à medida que envelhecem e se aposentam tendem a se tornar sedentárias e esse estilo de vida tem sido associado com uma maior resistência insulínica (MALTA, 2017).

Conhecer a percepção da pessoa diante do diagnóstico de DM, seu tratamento e necessidade de autocuidado é muito importante, tanto é que estas informações fazem parte das diretrizes da consulta de enfermagem para pessoas com DM previsto no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde sobre estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (BRASIL, 2014a). Assim como também é importante que os profissionais de saúde conheçam aspectos relacionados a problemas emocionais, sintomas depressivos e medos em relação à perda da independência a partir da descoberta da doença, por exemplo. Sintomas depressivos estão frequentemente presentes em mulheres diabéticas, demonstrando o impacto adverso do diagnóstico na vida das pessoas, assim como encontrado nas entrevistadas com as participantes deste estudo, em consonância ao apresentado no estudo de Reckziegel (2018) em que as mulheres diabéticas relataram que conviver com o DM é considerado por elas extenuante e frustrante.

Fatores como a aceitação da doença e a capacidade do paciente em lidar com as alterações que a doença impõe, sobre alguns aspectos da vida cotidiana, parecem correlacionar-se com sintomas depressivos no paciente diabético, pois sentimentos de medo, desespero, tristeza e revolta em relação ao diagnóstico do diabetes e suas complicações foram identificados neste estudo. As limitações impostas pela doença, suas complicações e seu tratamento parecem ser encarados, na maioria das vezes, como perda da liberdade, o que provoca uma tristeza na forma de viver a partir do diagnóstico e até mesmo negação ao diagnóstico da doença. Esta dificuldade em adaptar-se à doença associa-se a um aumento dos sintomas depressivos, prejudicando o funcionamento diário destes indivíduos que dificulta ainda mais as modificações nos hábitos de vida relacionados ao DM. Segundo Coelho (2013), o DM está associado ao aumento de sintomas depressivos e de depressão clínica, tendo impacto direto no controle metabólico e nos aspectos adaptativos, educacionais e socioeconômicos dos pacientes.

Em relação às mudanças de hábitos de vida após o diagnóstico, observa-se que a transgressão alimentar, presente muitas vezes nas respostas das entrevistadas, é um dos principais problemas enfrentados pelos pacientes diabéticos no seguimento do tratamento

proposto e na dificuldade em controlar os níveis glicêmicos. A transgressão e o desejo alimentar estão presentes na vida da pessoa que vive com DM e esse mesmo desejo o faz “sofrer, reprimir, salivar, esquecer, transgredir, mentir, negar, admitir, sentir prazer, controlar e sentir culpa”. Assim como os resultados apresentados em estudo de Peres (2008), as entrevistadas vivenciam sentimentos negativos frente às proibições, limitações e possíveis complicações ditadas pelo DM. Por não suportarem viver o tempo todo com tantas restrições, carregadas de sentimentos negativos, usam do mecanismo psíquico da negação como válvula de escape, buscando alívio para as ansiedades.

Nas falas denota-se sensação de frustração e ressentimento em não poder desfrutar do prazer de comer aquilo que gosta, como e quando quiser. A privação de prazer é um sentimento comum em pacientes com DM. Muitos pacientes diabéticos relatam que o fato de terem de seguir uma recomendação dietética traz um significado de perda da autonomia e liberdade de escolher o que e como se alimentar, além de redução do prazer de comer. Eles acreditam que o DM impõe normas e regras que impossibilitam o controle de suas vidas. O Guia Alimentar da População Brasileira destaca este aspecto da alimentação relacionada ao prazer de comer. Muitos alimentos e preparações culinárias, e até mesmo o modo de comer, relacionam-se com a “identidade e sentimento de pertencimento social” e são constituintes essenciais da cultura de uma sociedade. Esses aspectos da alimentação geram sensação de autonomia e prazer às pessoas, refletindo em seu bem-estar (BRASIL, 2014b).

A relevância da terapia nutricional no tratamento do DM, por meio da mudança da ingestão de nutrientes ou de todo um alimento, tem sido enfatizada por seu papel desafiador na prevenção, no gerenciamento da doença e na prevenção do desenvolvimento das complicações decorrentes. As escolhas alimentares promovem efeito direto sobre o equilíbrio energético e, por conseguinte, sobre o peso corporal e sobre os níveis pressóricos e de lipídios plasmáticos. Por muito tempo, acreditou-se na prescrição alimentar restritiva e com exclusão total dos alimentos com sacarose (açúcar) para o tratamento dietético do DM, mas houve uma “reviravolta”, que passou a considerar a inclusão da sacarose no rol dos carboidratos do plano alimentar (SBD, 2020). O açúcar é um produto alimentício cujo consumo excessivo pode ser prejudicial à saúde, aumenta o risco de cárie dental, de obesidade e de várias outras doenças crônicas. Ainda, o açúcar tem alta concentração de calorias por grama, podendo representar uma quantidade de calorias por grama de cinco a dez vezes maior em comparação com a maior parte dos tipos de frutas. Como o açúcar é um

ingrediente utilizado também no cozimento dos alimentos, o impacto sobre a qualidade nutricional da alimentação dependerá essencialmente da quantidade utilizada nas preparações culinárias. Porém, o ser humano, desde que nasce tem uma preferência por alimentos com sabor doce, o que explica o grande consumo e preferência por esse tipo de alimento, sendo seu consumo na população em geral maior que o recomendado em uma alimentação saudável. (BRASIL, 2014b).

Embora se saiba que a ingestão do macronutriente carboidrato influencia diretamente os níveis de glicose pós-prandial, a terapia nutricional se concentra no equilíbrio de todos os macronutrientes para a manutenção do bom controle metabólico, uma vez que a ingestão dietética em pacientes com DM segue recomendações semelhantes àquelas definidas para a população geral, considerando-se todas as faixas etárias (SBD, 2020). Muitas vezes a restrição acentuada de carboidratos é orientada equivocadamente por profissionais de saúde com informações inadequadas ou por leigos. Os edulcorantes, comumente chamados de adoçantes, não são essenciais ao tratamento do DM, mas podem favorecer o convívio social e a flexibilidade do plano alimentar. Para indivíduos que costumam usar produtos adoçados, os adoçantes não nutritivos ou não calóricos têm o potencial de reduzir o consumo de calorias e carboidratos, por meio da substituição do açúcar quando consumidos com moderação (SBD, 2020).

O mais importante, portanto, deve ser a inserção da educação alimentar e nutricional em DM como parte fundamental no processo de transformações e mudanças na aquisição e promoção de hábitos alimentares saudáveis, a fim de proporcionar a necessária autonomia aos indivíduos para que possam adotar condutas e práticas adequadas (AQUINO, 2017).

A adesão ao tratamento do DM é algo complexo e não está relacionado apenas ao desejo de cuidar de si e existem diversos fatores de risco e de proteção que se interconectam e auxiliam ou dificultam esse processo. O tratamento do DM é tem como referência tríade – atividade física, alimentação saudável e uso de medicamento – porém não contempla a totalidade das necessidades das mulheres que vivem com DM (RECKZIEGEL, 2018; SBD, 2020).

Em vários estudos sobre DM a adesão ao tratamento é identificada principalmente com o uso de medicamentos. É necessário esclarecer que o controle da doença só será efetivo se o

tratamento medicamentoso for incorporado em associação à adoção de hábitos de vida saudáveis (COTTA 2009; SBD, 2020).

A relação entre motivação e adesão ao tratamento do DM2 coaduna-se com outros estudos que encontraram a motivação como uma das estratégias para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes diabéticos, em conjunto com a aceitação da doença, prontidão para a mudança de hábitos de vida e apoio familiar (ASSUNÇÃO 2008).

Os relatos evidenciaram a dificuldade na adoção das orientações alimentares propostas associando as restrições a uma imagem negativa e penosa. Adotar a alimentação da forma como elas entendem que seja adequado reveste-se de vários significados como a perda do prazer de comer e beber, além da restrição da autonomia e da liberdade para se alimentar como e quando desejar. O comportamento alimentar está relacionado tanto com aspectos técnicos e objetivos como “o que, quando e onde comemos” como também com aspectos socioculturais e psicológicos (GARCIA, 1992).

Neste estudo as mulheres apontaram falta de tempo prejudica o tratamento o que gera estresse, além da falta de apoio da família para seguir o tratamento. A ausência de sintomas do DM2 faz com que os familiares não deem apoio ao tratamento, principalmente relacionado à alimentação. A ajuda e o apoio dos familiares são de extrema importância para que pacientes diabéticos se sintam fortalecidos em seus esforços de aderir ao tratamento. Para Wang (1996) os familiares têm papel relevante no tratamento do DM2 sendo o núcleo familiar capaz de ajudar o paciente diabético no envolvimento com as mudanças de hábitos e aceitação da doença.

Além disso, o papel de gênero de cuidadora atribuído às mulheres contribuiu para que elas recebam menos ajuda na regulação e gestão das atividades de autocuidado em relação a DM2. Em estudo realizado por Pace (2003) quanto à presença ou não de mudanças no dia a dia da família, observou-se que 50% dos entrevistados referiram ter havido mudanças, dentro dos quais foram ressaltados aspectos relacionados aos hábitos alimentares e tais dados demonstram quão determinantes podem ser, no contexto da dinâmica familiar, as questões alimentares. Situação que vem corroborar o grande impacto que a doença tem nos hábitos alimentares da família. Considerando que a dieta constitui um dos principais meios para o êxito do tratamento do DM2, é importante identificar e reconhecer as mudanças nesse

aspecto que a família toda experimentou.

O ponto-chave da boa condução do DM é o envolvimento do paciente e dos familiares como parte ativa de todo o processo, de modo a desenvolver o autoconhecimento e auxiliando na tomada de decisão. Desde a descoberta do diagnóstico, as pessoas com DM2 e sua família devem ser convidados a participar de programas de educação em diabetes, especialmente de educação alimentar e nutricional, com abordagens relacionadas ao autocuidado e à autonomia pautada nas atitudes envolvendo sua alimentação e seu controle metabólico. A alimentação está diretamente relacionada a questões psicossociais e culturais; é necessário, portanto, inserir considerações pertinentes no processo educativo (SBD, 2020).

Em estudo realizado por Reckziegel (2018), as mulheres apontaram que familiares mantinham-se acompanhando o processo de tratamento, com acolhimento de suas necessidades e compartilhamento dos cuidados necessários. E ainda, que as mulheres mais felizes em suas relações familiares, inclusive com seus companheiros, destacaram situações em que alguns familiares seguiam o plano alimentar e faziam as atividades físicas também, fator que contribui muito com a prática regular dessas atitudes demonstrando apoio e solidariedade. Apontaram que falta de tempo, elevada carga de trabalho doméstico, necessidade de fazer trabalhos extras para complementar renda familiar e tempo em pregado para cuidado de familiares doentes e crianças impedia-as de cuidarem de si mesmas. O cuidado do DM foi apontado como cansativo, oneroso financeiramente, de difícil manejo, além de restritivo. Esta dificuldade apresentou-se junto a um sentimento de negligência e frustração com sua própria saúde. Estas sensações sobressaíam em períodos em que realizavam seus exames e consultas com a equipe de saúde, quando nesses momentos eram destacadas, pelos profissionais, as falhas no tratamento cometidas pelas mulheres. O medo também foi um sentimento presente em relação à morte e desenvolvimento de morbidades decorrentes do DM que ocasionassem perda de autonomia para controlar sua própria vida.

A questão do estado emocional das pacientes influencia a adesão ao tratamento do DM. Estudos destacam que vivenciar situações negativas pode ser uma barreira para a adesão ao tratamento do DM2, pois além de elevar o estresse, causam sensações de medo, fragilidade, angústia, baixa autoestima e diminuição da capacidade de lidar com problemas (LABRONICI, 2012). Reckziegel et al (2018) relatam que o cuidado no DM pelas mulheres é cansativo, de

difícil realização, restritivo e financeiramente alto. Estas dificuldades veem acompanhadas do sentimento de frustração, acarretando na diminuição do cuidado com a própria saúde.

Existem reações emocionais comuns e frequentes, não só diante do diagnóstico de diabetes mellitus (DM), como também no convívio e no manejo da doença. Diante do diagnóstico da doença e da explicação do tratamento proposto, sentimentos de angústia e ansiedade se manifestam. Alguns diabéticos do tipo 2 veem a doença como um fardo difícil de carregar. Este pessimismo dificulta o desempenho dos papéis de autocuidado (SANTOS FILHO, 2008).

Para adesão ao tratamento do DM é indispensável que os familiares e pessoas próximas incentivem e apoiem os pacientes diabéticos (ASSUNÇÃO, 2008). Segundo estudo de Costa (2011) a baixa adesão aos tratamentos medicamentosos e, principalmente, a negligência quanto às mudanças necessárias de hábitos de vida fazem com que aproximadamente 50% dos pacientes que vivem com doenças crônicas como o DM não obtenham melhoras no contexto da doença.

É necessário a adoção de intervenções que aumentem a motivação dos pacientes, familiares, profissionais de saúde e das pessoas que convivem com diabéticos, requisitos fundamentais para um bom controle da doença (SANTOS, 2005).

Como perspectiva deste estudo e em termos de sugestões para o futuro, considera-se importante investir no desenvolvimento de estratégias comportamentais de educação em DM2 na Atenção Primária à Saúde, no intuito de promover o empoderamento e as práticas de autocuidado relacionadas à alimentação e à atividade física para consequente melhoria do controle glicêmico.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É essencial para os profissionais de saúde buscar entender os fatores dificultadores das mulheres que vivem com DM2 em relação à doença desde o momento em que recebem o diagnóstico, quando enfrentam sentimentos de medo e negação, até a adesão ao tratamento, que é comprometida pela percepção da imposição de limitações e proibições a que estarão submetidas no que se refere a seus hábitos de vida, para que seja possível abordar esses pacientes de forma a contribuir com a adesão ao tratamento não

medicamentoso, como a adoção de alimentação saudável, o que demanda incentivo e motivação para a mudança de hábitos de vida para melhor controle da glicemia e redução das complicações.

Compete destacar que para as pessoas diabéticas, a alimentação recomendada é a mesma que todos deveriam adotar, mesmo os não diabéticos, desmitificando assim a questão das restrições impostas apenas aos diabéticos, quando, na verdade, o que é entendido como “restrição” diz respeito tão somente aos alimentos processados e ultraprocessados que são ricos em gordura e açúcar e ainda o incentivo à ingestão de alimentos in natura como frutas, verduras e legumes que geralmente tem um consumo abaixo do recomendado para uma alimentação saudável por toda a população.

Os fatores comportamentais e emocionais apresentados pelas pacientes devem ser considerados no planejamento de ações de saúde para assistência integral a essa população. Para adesão ao tratamento é importante valorizar a motivação para o controle da doença como estratégia, levando em consideração os fatores que dificultam a modificação dos hábitos e comportamentos e aceitação da doença. Embora a adesão ao tratamento do DM2 esteja sujeita à assimilação das informações, apenas conhecer o funcionamento da doença não assegura a adesão ao tratamento, pois não garante a mudança de hábitos pelos pacientes diabéticos. Para que a adesão ao tratamento seja legítima é importante considerar os hábitos de vida dos diabéticos, sua rotina de trabalho, aceitação da doença, apoio familiar e hábitos alimentares anteriores ao DM2.

A adesão ao tratamento proposto exige que a mudança de comportamento seja integrada à rotina diária da pessoa diabética. Nesse aspecto deve ser entendido que resistências impostas à adoção de hábitos saudáveis podem ter relação com abordagens de cunho autoritário da parte dos profissionais e programas voltados para o controle do DM. Tais intervenções distanciam-se da realidade da população, ao não procurarem formular suas construções incluindo saberes produzidos pelos usuários. Apenas oferecer informações não é suficiente para a instalação das mudanças alimentares, o enfoque da abordagem educativa não deve se restringir apenas à transmissão de conhecimentos, é importante englobar aspectos subjetivos e emocionais que influenciam na adesão do tratamento. Embora o conhecimento seja uma condição necessária para o processo de mudança, é insuficiente para provocar modificações de comportamentos necessários para o controle da condição de

saúde. Para que as pessoas com DM estejam aptas a cuidar de si é essencial que estejam além de muito bem informadas sobre sua condição de saúde, motivadas a lidar com as intempéries e adequadamente capacitadas para cumprirem o seu plano de tratamento.

A educação em diabetes vem sendo considerada importante no manejo clínico dos indivíduos com DM. Para garantir os resultados do processo educativo no controle do DM e de suas complicações o foco da educação não deve estar somente na pessoa com DM, mas envolver profissionais de saúde, familiares e toda comunidade de modo a proporcionar uma melhoria geral na qualidade de vida dessas pessoas. Dessa forma, torna-se necessário que os profissionais de saúde percebam as pessoas com DM não só em seus aspectos fisiológicos, mas também atentos aos aspectos psicológicos, culturais e emocionais, a fim de desenvolver intervenções mais eficazes no controle da doença. As propostas de programas educativos em DM devem ser baseadas em posturas dialógicas e na troca de saberes, promovendo intercâmbio entre o saber científico e popular visando maior interação e sucesso destes programas e conseqüentemente maior adesão ao tratamento.

Cabe ainda salientar que, o tema abordado, vai além dos limites propostos neste trabalho e, portanto fazem-se necessários outros estudos com “outros olhares” e reflexão por outros profissionais sobre as questões experienciadas pelos sujeitos diabéticos e suas atitudes frente ao diagnóstico e tratamento.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Anna Caroline Ferreira; ALVES; Beatriz Moreira Santos; PINHO, Lucinéia. Percepção dos usuários sobre as ações educacionais de alimentação e nutrição no sistema único de saúde. Revista Baiana de Saúde Pública v. 40, n. 4, p. 991-1003 out./dez. 2016.

ASSUNÇÃO, Thaís Silva; URSINE, Priscila Guedes Santana. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, Dec. 2008.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus n.36. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) [Acesso em: 06 fev. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf

_____. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Vigitel Brasil 2019. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2020 [Acesso em: 11 fev. 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf

COELHO, Marta Pereira; CHIANCA, Tânia Couto Machado; SOARES, Sônia Maria. Depression in diabetic people – unveiling the hidden enemy. Revista Mineira de Enfermagem. 2013 out/dez; 17(4): 782-791.

CORTEZ, Daniel Nogueira. Avaliação da Efetividade do Programa de Empoderamento para o Autocuidado em Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde. 2016. 140 f. Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.

COSTA, Jorge de Assis; BALGA, Rômulo Sangiorgi Medina; ALFENAS, Rita de Cássia Gonçalves and COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Mar. 2011.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; BATISTA, Kelly Cristina Siqueira; Reis, Roberta Sena; SOUZA, Gisele Adriana; DIAS, Glaucê; CASTRO Fátima Aparecida Ferreira; ALFENAS, Rita de Cássia Gonçalves. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos,

usuários do Programa de Saúde da Família – município de Teixeira, MG. *Ciência e Saúde Coletiva*; 14(4):1251-1260, 2009.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Caderno de Saúde Pública*. n 24. v 1. p17-27. Rio de Janeiro: jan, 2008.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. *Revista de Nutrição*. PUCCAMP. 1992; 5(1): 70-80.

LABRONICI, Liliana Maria. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.21, n.3, p. 625-632, 2012.

MACEDO, Maísa Mara Lopes; CORTEZ, Daniel Nogueira; SANTOS, Jéssica Caroline; REIS, Ilka Afonso; TORRES, Heloísa de Carvalho. Adesão e empoderamento de usuários com diabetes mellitus para práticas de autocuidado: ensaio clínico randomizado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, p. 1-8, 2017. [Acesso em: 22 fev. 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf

MALTA, Deborah Carvalho; BERNAL, Regina Tomie Ivata; ISER, Betine Pinto Moehlecke; SZWARCOWALD, Célia Landmann; DUNCAN, Bruce Bartholow; SCHMIDT, Maria Inês. Fatores associados ao diabetes autorreferido segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, n. 1, p. 1-11, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000011.pdf>.

MINAYO, Maria Cecília De Souza (org). *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PACE, Ana Emilia; NUNES, Polyana Duckur and OCHOA-VIGO, Katia. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2003; 11(3): 312-319.

PERES, Denise Siqueira; FRANCO, Laércio Joel; SANTOS, Manoel Antônio. ZANETTI, Maria Lúcia. Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em relação ao

processo saúde-doença. Revista Latino-americana de Enfermagem, 2008 maio-junho; 16(3).

PONTIERI, Flavia Melo; BACHION, Maria Márcia. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. Ciência e Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, 2010. [Acesso em: 22 fev. 2021]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100021

RECKZIEGEL, Juliana Cristina Lessmann; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira; CRESTANI, Mireli Maria; BETIATTO, André Carlos; ROCHA, Ricelli Endrigo Ruppel; SCHWALM, Mágada Tessmann. A influência de fatores de proteção e de risco na resiliência e na adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres. Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde, v.7, n 1, p.25-39, 2018.

SANTOS FILHO, Carlos Victor, RODRIGUES, Wilma Helena Carvalho, SANTOS, Rita Batista. Papéis de autocuidado: subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes Mellitus. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, Mar. 2008.

SANTOS, Ellen Cristina Barbosa dos; ZANETTI, Maria Lúcia; OTERO, Liudmila Miyar; SANTOS, Manoel Antônio dos. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e seu principal cuidador. Rev Latino-americana de Enfermagem. 2005; 13(3): 397-406.

SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Editora Clannad, 2020 [Acesso em: 11 fev. 2021]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista de Saúde Pública. v.39, n.3, p.507-514, 2005.

WANG, Chen-Yen; FENSKE, Mildred M. Self care on the adults with non-insulin-dependent diabetes mellitus: influence of family and friends. Diabetes Education. 1996; 22(5):465-70.

^[1] Mestra em Desenvolvimento Regional, Especialista em Saúde Coletiva, Pós-graduada em Preceptoria no SUS, Pós-graduada em Gestão dos Programas de Alimentação e Nutrição, Pós-graduada em Gestão da Clínica na Atenção Primária à Saúde, Pós-graduada em Nutrição

Clínica, Graduada em Nutrição.

^[2] Doutorado em Saúde Pública, Mestrado em Saúde Pública, Especialização em Saúde Pública, Graduado em Medicina.

^[3] Pós-doutorado no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Fiocruz Minas), Doutora em Ciências da Saúde, Mestra em Enfermagem, Graduação em Enfermagem.

Enviado: Março, 2021.

Aprovado: Abril, 2021.