

Autocuidado e percepção do tratamento para o diabetes por pessoas em uso de insulina

Self-care and perception of the diabetes treatment by people using insulin

Autocuidado y percepción del tratamiento de la diabetes por personas que usan insulina

Pamela dos Reis^I, Guilherme Oliveira de Arruda^{II}, Evelin Matilde Arcain Nass^{III}, Erika Santos Ratuchnei^{IV}, Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad^V, Sonia Silva Marcon^{VI}

Resumo : Objetivo: apreender a percepção de pessoas com Diabetes *Mellitus* em uso de insulina sobre seu autocuidado e repercussão do tratamento em seu cotidiano. **Método:** pesquisa descritiva exploratória de natureza qualitativa, realizada em município de médio porte da região Sul do Brasil, com 16 pessoas em uso de insulina que faziam acompanhamento na Atenção Primária. Os dados foram coletados no período de maio a julho de 2017, por meio de entrevista semiestruturada e submetidos à Análise temática. **Resultados:** emergiram três categorias que abordam as dificuldades em mudar hábitos de vida, as repercussões do uso de insulina na vida cotidiana e os entraves vivenciados na aquisição dos insumos farmacêuticos para o tratamento. **Conclusão:** a prática do autocuidado, por pessoas com Diabetes *Mellitus* em uso de insulina, é permeada por diversas dificuldades, e a principal delas é a necessidade de mudanças no estilo de vida.

Descritores: Diabetes mellitus; Insulina; Autocuidado; Atenção primária à saúde; Enfermagem

Abstract: Objective: to understand the perception of people with Diabetes Mellitus using insulin about their self-care and the repercussion of treatment in their daily lives. **Method:** exploratory and descriptive research, with a qualitative nature, performed in a medium-sized municipality in the Southern Region of Brazil, with 16 people using insulin who were being monitored in Primary Care. Data were collected from May to July 2017, through

^I Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil. E-mail: pamdosreis@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1000-4649>

^{II} Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Coxim, MS, Brasil. E-mail: enfgoa@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1690-4808>

^{III} Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil. E-mail: evelinmarcain@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5140-3104>

^{IV} Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil. E-mail: erikaratuchnei@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5219-1433>

^V Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil. E-mail: carmohaddad@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7564-8563>

^{VI} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6607-362X>

semi-structured interviews and submitted to thematic analysis. **Results:** it gave rise to three categories that address the difficulties in changing life habits, the repercussions of insulin use in daily life and the obstacles experienced in the purchase of pharmaceutical inputs for treatment. **Conclusion:** the practice of self-care by people with Diabetes Mellitus using insulin is permeated by several difficulties, where the main one is the need for changes in lifestyle.

Descriptors: Diabetes Mellitus; Insulin; Self-care; Primary Health Care; Nursing

Resumen: Objetivo: comprender la percepción de las personas con Diabetes Mellitus que usan insulina sobre su autocuidado y la repercusión del tratamiento en su cotidiano. **Método:** investigación descriptiva y exploratoria, de carácter cualitativo, realizada en un ayuntamiento de tamaño medio en la Región Sur de Brasil, con 16 personas que usaban insulina y que estaban siendo monitoreadas en la Atención Primaria. Los datos se recopilaron de mayo a julio de 2017, mediante entrevistas semiestructuradas y se sometieron al análisis temático. **Resultados:** surgieron tres categorías que abordan las dificultades para cambiar los hábitos de vida, las repercusiones del uso de insulina en la vida cotidiana y los obstáculos experimentados en la adquisición de insumos farmacéuticos para el tratamiento. **Conclusión:** la práctica del autocuidado por personas con diabetes mellitus que usan insulina está impregnada de varias dificultades, donde la principal es la necesidad de cambios en el estilo de vida.

Descriptor: Diabetes Mellitus; Insulina; Autocuidado; Atención Primaria de Salud; Enfermería

Introdução

O Diabetes *Mellitus* (DM), mesmo sendo uma doença antiga, com fisiopatologia estabelecida e muitos fatores desencadeantes evitáveis, continua sendo uma epidemia global. A prevalência mundial do DM quase dobrou de 1980 para 2014, tendo-se elevado de 4,7% para 8,5% na população adulta. Estima-se que em 2040 existirão 642 milhões de adultos no mundo com DM, sendo 48,8 milhões residentes nas Américas Central e Latina.¹

O DM, se não controlado, pode desencadear diversas complicações de saúde e aumentar o risco de morte precoce.¹ A falta de acesso a medicamentos ainda é considerada um dos desafios a se enfrentar; porém, o sucesso do tratamento da doença também depende de medidas não farmacológicas relacionadas a mudanças no estilo de vida. A adoção de hábitos saudáveis — alimentação adequada, prática de exercícios físicos regularmente e uso contínuo e regular dos medicamentos — pode resultar em controle clínico, com melhora dos sintomas e retardo das complicações.²

Esse comportamento individual em relação à saúde tem sido definido como autocuidado, o qual foi apropriadamente definido e explicado pela teórica de Enfermagem Dorothea Orem, em sua teoria intitulada Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado.³ De acordo com Orem, o autocuidado consiste na prática de cuidados, de modo deliberado, pela pessoa, em especial aquela com alguma necessidade, para manter a própria saúde e o bem-estar.³ Destarte, o que diferencia os seres humanos de outros seres vivos é a sua capacidade de refletir sobre si mesmos e seu ambiente, e, a partir disso, realizar ações benéficas para si e para os outros.³

As práticas de autocuidado são afetadas por fatores biológicos, sistema de saúde e também por fatores socioculturais, de modo que muitas pessoas não possuem hábitos considerados saudáveis.⁴ Mesmo pessoas que já possuem algum problema de saúde, encontram dificuldades na adesão ao tratamento, principalmente em relação às mudanças no estilo de vida, ou seja, apresentam déficit de autocuidado, o que suscita a necessidade de apoio dos profissionais de saúde, em especial os de enfermagem.³

Na Atenção Primária em Saúde (APS), a equipe de enfermagem atua diretamente com a comunidade, estando muito próxima dos usuários e das famílias, o que contribui para a realização de ações de educação em saúde mais eficazes para o autocuidado.⁵ Na implementação dessas ações devem ser consideradas as crenças de saúde da pessoa, sua realidade cultural e intelectual, limitações físicas, preocupações emocionais, apoio familiar, situação financeira, história de saúde e outros fatores que podem influenciar a capacidade dos indivíduos de colocarem em prática o autocuidado.⁶

Conhecer o modo com que pessoas com DM em uso de insulina colocam em prática o plano terapêutico proposto, e o quanto relacionam seus comportamentos ao controle da doença, pode subsidiar ações de saúde a serem implementadas junto às mesmas. Com base nesses pressupostos, foi elaborada a questão de pesquisa: “Qual a percepção que pessoas com DM em uso de insulina têm sobre seu autocuidado e como o tratamento repercute em seu cotidiano?”.

Para respondê-la, definiu-se como objetivo deste estudo: apreender a percepção de pessoas com DM em uso de insulina sobre seu autocuidado e repercussão do tratamento em seu cotidiano.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de natureza qualitativa, realizada em um município de médio porte no Rio Grande do Sul, junto às pessoas com DM, em uso de insulina, que faziam acompanhamento na APS.

Os participantes foram selecionados por conveniência dentre os que participaram de uma pesquisa quantitativa realizada com 168 indivíduos que faziam uso de insulina.⁷ Foram convidadas a participar as pessoas que dispunham de tempo para serem entrevistadas e disposição para falar sobre o assunto. No estudo primário, foram excluídos indivíduos menores de 18 anos e pessoas com limitação cognitiva e/ou comprometimento da comunicação verbal. Já para este, também foram excluídas as que dependiam de cuidadores para a administração da insulina. O número de participantes foi definido com base no critério de saturação dos dados. Desse modo, a busca por novos informantes foi finalizada quando os discursos começaram a se tornar repetitivos.⁸

A abordagem inicial aos participantes e o convite para participar da pesquisa foram realizados em visita domiciliar com o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Os dados foram coletados no período de maio a julho de 2017, por meio de entrevista semiestruturada áudio-gravada e mediante consentimento dos participantes. Todas as abordagens e entrevistas foram realizadas pela primeira autora que é enfermeira e estava cursando o mestrado em enfermagem. As entrevistas tiveram duração média de 45 minutos e foram realizadas nos domicílios dos participantes, logo após a coleta dos dados da primeira etapa da pesquisa quantitativa. Na maioria dos casos, o participante estava sozinho em casa ou em companhia do cônjuge, e este esteve presente no mesmo ambiente, mas não participou da entrevista. Como não eram abordadas questões pessoais, não houve preocupação com o sigilo familiar.

Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra e o material submetido à análise temática.⁹ Essa metodologia envolveu três etapas: pré-análise, na qual foi realizada leitura compreensiva do conteúdo de forma exaustiva; exploração do material, com identificação e problematização das ideias implícitas e explícitas no texto, tendo-se por base os critérios de representatividade, exaustividade, homogeneidade e pertinência para identificar as unidades de registros, e posterior agrupamento por temas encontrados; e, por fim, elaboração da síntese interpretativa.

Desse processo de análise emergiram três categorias: “A (im)possível mudança no estilo de vida”; “Repercussões do uso de insulina na vida cotidiana”; e “Acesso a insumos farmacêuticos: realidade e adaptação”. O desenvolvimento do estudo respeitou as exigências nacionais de pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Parecer número 1.889.132), em 11 de janeiro de 2017. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, após leitura e esclarecimento de dúvidas pela pesquisadora. Para preservar a identidade dos participantes, suas falas foram identificadas por letras do alfabeto na sequência de realização das entrevistas, seguidas do número indicador da idade (exemplo: E,71; F,50).

Resultados

Participaram do estudo, 16 pessoas com Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) em uso de insulina, com idades entre 46 e 77 anos, renda familiar de um a dois salários mínimos (correspondente a 937,00 em 2017) e tempo de uso de insulina entre um a 18 anos. As três categorias que emergiram do processo de análise são apresentadas a seguir.

A (im)possível mudança no estilo de vida

Os relatos permitiram identificar que, na percepção dos participantes, o maior entrave para o autocuidado refere-se ao tratamento não medicamentoso, principalmente na adoção de hábitos saudáveis relacionados à alimentação e ao exercício físico.

É mais fácil fazer os remédios, porque cuidar da comida, eu não sou 100%. Porque eu acho que 100% ninguém é. (F, 50)

Tomar remédio é fácil. Os outros cuidados que é mais difícil. (K, 46)

Remédio eu cuido sim, eu tomo tudo direitinho. Mas a comida não dá. A gente vai comer sempre a mesma coisa?! (E, 72)

Muitas vezes é um desafio manter uma alimentação diferente do restante da família e participar de eventos sociais — festas ou recepção de visitas — sem dividir o mesmo cardápio.

Se tem doce na frente eu como. Porque eles compram [família]. Só morando sozinha para poder fazer meu regime. (N, 54)

A dieta eu sou meio relaxada. Quando tem visita eu saio da dieta. Ficar sem um doce, vendo os outros comerem [...] eu como também! (F, 50)

O problema pode se agravar quando a pessoa com DM é responsável pelo preparo da alimentação da família, mesmo quando essa é conscientizada sobre a importância do tratamento para o controle da doença.

Faço a comida bem direitinho. Tem dia que eu boto na mesa, a família: “ui, que comida mais ruim”! Mas é bom para saúde, tem que fazer o máximo, porque se eu quiser viver mais uns dias [...] porque a diabete mata! (H, 52)

A questão financeira também foi relatada como empecilho para a adesão a algumas orientações, especialmente as relacionadas à alimentação.

Eu como verdura; quando tem, eu como bastante verdura. (A, 53)

Não é difícil seguir tudo que ela [nutricionista] pede, se tem dinheiro. Se a pessoa tem a oportunidade de ter tudo o que ela explica para comer, a gente até faz. (L,59)

Eu acho que é até impossível comer direito, principalmente para gente que não tem condições financeiras. Porque eles [profissionais da saúde] dizem “aí tem que comprar isso, aquilo” e a gente não tem como, porque é caro. (P, 59)

Constatou-se, também, que o controle momentâneo dos níveis glicêmicos e dos sintomas da doença, proporcionado pelo uso da insulina, pode desencadear o abandono do tratamento não medicamentoso.

Eu estou comendo normal. No início que me atacou eu fiz um regime em cima do figurino. Comia quase só verdura. Daí até fui numa médica, ela me deu os parabéns que estava tudo ótimo. Depois que eu melhorei com a insulina eu comecei a comer de tudo de novo. A alimentação não estou cuidando. (N, 54)

Por outro lado, algumas pessoas relataram que têm consciência de que seu estado de saúde depende delas.

Eu vejo senhores, até mais novo do que eu, que pelo amor de Deus! Estão lá com aquelas barrigas [...] aí eles dizem, “ah, mas eu tenho diabetes, não consigo [...]”. Isso não justifica! Mas vamos fazer alguma coisa para melhorar isso aí. (C, 61)

Não adianta fugir, [se cuidar] é uma coisa que precisa fazer sempre, queira ou não queira, é tu que tem que fazer! Eu sei disso. (F, 50)

Nesses casos, mecanismos de autoajuda são criados para facilitar o tratamento. A prática do exercício físico, por exemplo, pode ser relacionada a algo que gere prazer, uma motivação.

Mas você tem que arrumar uma coisa para fazer que consiga se exercitar, uma coisa boa, que você gosta. Se for fazer exercício sem objetivo, se acomoda. Pensa [...] “caminhei mais de uma hora, eu fui mais longe ontem, ah [...] hoje não precisa”. Agora, se você tem um compromisso legal[...]. (C, 61)

Por outro lado, a falta de conhecimento sobre a doença pode dificultar o tratamento, como observado no caso de um participante que tinha limitação/dificuldade de reconhecer complicações da doença.

O canto da unha cortou o dedo, daí eu calcei as botas para ir trabalhar e infeccionou. Mas isso não foi pela diabete, porque a ferida curou depois que amputou o pé, e a diabete não cura, então minha ferida no pé não é por causa da diabete. (L, 59)

Em outros casos, a falta de orientação pode resultar no uso do medicamento de forma inadequada e inclusive perigosa. Um dos participantes relatou que durante cinco anos utilizou insulinas NPH (Protamina Neutra de Hagedorn – velocidade de ação intermediária) e regular (ação rápida) trocadas, o que causava oscilações entre episódios de hiper e hipoglicemia.

É bom saber, porque antes, eu fazia há mais de cinco anos errado. Por quê? Por falta de orientação. Para mim a [insulina] regular era para deixar regular, estável. Fazia a dose que seria de NPH da regular [e vice-versa], no mesmo dia passava mal que baixava muito e daqui a pouco já estava lá em cima de novo! Foi um inferno. Levou cinco anos para alguém perceber que eu estava fazendo trocado. (G, 61)

Nesse caso em específico, a falta de orientação sobre a correta utilização do tratamento medicamentoso resultou no descontrole glicêmico durante longo período.

Repercussões do uso de insulina na vida cotidiana

Os participantes reconhecem que o uso da insulina proporcionou melhora no controle glicêmico, porém, ressaltam que, no início do tratamento, a necessidade de administração do medicamento por via subcutânea representou um desafio.

No início eu entrei em parafuso. Depois me acostumei um pouco com a ideia, mas no início foi um pânico dos piores do mundo. Eu sempre tive pânico de agulha. (N, 54)

Eu não me animava a fazer, tinha muito medo da injeção [insulina]. (J,58)

No começo foi difícil, levou tempo para mim conseguir aceitar a picada todo dia. Agora para mim é simples. (E,72)

De qualquer modo, as pessoas percebem que os benefícios do tratamento superam as dificuldades e os medos.

Com a insulina eu voltei a viver. (J, 58)

Usar insulina para mim foi tranquilo, porque minha saúde melhorou. Tinha uma época que eu não conseguia estender um varal de roupa, de cansaera que eu tinha. E daí ela foi controlando. Nunca mais me incomodou. (K, 46)

Antes eu ficava em observação na emergência o dia inteiro, foi umas quatro vezes, porque subia demais [glicemia]. Depois da insulina não fiquei mais no hospital. (E, 72)

A dificuldade para a autoaplicação da insulina foi vivenciada por algumas pessoas, as quais reconhecem que superar esse obstáculo facilita a continuidade e regularidade do tratamento.

O ruim de fazer a insulina era que eu não aplicava no início, daí sempre tinha que esperar a minha irmã, que às vezes não podia, aí eu ficava sem fazer. Por isso que andou meio descontrolada. Mas um dia que não tinha

ninguém para fazer, eu disse: “sou obrigado a fazer”. Daí as meninas lá do postinho me ensinaram e agora eu faço, tranquilo. (J, 58)

Agora eu mesmo faço a picada, não tenho medo mais. (E, 72)

A necessidade de usar insulina, às vezes é percebida como consequência negativa, uma espécie de castigo por uma adesão irregular ao tratamento proposto, principalmente em relação às mudanças no estilo de vida.

Eu fui avisada quando apareceu: “Por enquanto não precisa, agora se não se cuidar, vai usar insulina”. A gente, às vezes pisa na bola, exagera um pouco e daí precisa [...] tive que usar insulina. (P, 59)

O rim complicou por causa da DM e da pressão alta. Agora faço hemodiálise. Isso sim é uma prisão para mim. Não posso viajar, não posso comer o que eu quero. Vejo que se tivesse cuidado antes não custava nada! (M, 55)

Por outro lado, em alguns casos, é justamente o medo das complicações da doença que estimula o uso correto e a aceitação do tratamento com insulina.

Eu não queria fazer insulina, mas se não faço tenho medo de parar os rins, aí tem que fazer uma diálise. (B, 77)

Eu faço a insulina direitinho, porque é para minha saúde; eu tenho que fazer certinho, que se não complica. Ruim é estar doente, isso sim. (H, 52)

Tenho problema na visão; nos rins. Tive amputação no pé esquerdo, de um dedo e no pé direito. Às vezes tenho febre, que vem da infecção do pé diabético, tremo muito. Não tem jeito, tenho que usar a insulina. (A, 53)

Os relatos mostraram que o conhecimento sobre casos concretos de danos decorrentes do DM constitui motivação positiva para a adoção de comportamentos de autocuidado.

Acesso a insumos farmacêuticos: realidade e adaptação

No município em estudo, constatou-se que o acesso a insumos — seringas, agulhas, fitas reagentes e glicosímetros — não ocorre de maneira adequada.

Material está precário. Agora, insulina a gente sempre ganha. Às vezes não ganha ali na farmácia [municipal], mas daí nas farmácias do centro tem [do programa “Aqui tem farmácia popular”]. Só que lá eles não dão seringa e agulha. (F, 50)

Está difícil conseguir as tirinhas [fitas para hemoglicoteste - HGT], é para ser 100 tirinhas por mês, mas dão só 50 tirinhas, o que não é suficiente. A seringa também está sendo um problema. (G, 61)

Eu estou tendo dificuldade com o aparelho, que é a seringa. Eu fui lá [farmácia municipal] ela disse que não sabia nem que dia ia vir. (D, 56)

Está bastante difícil o material. Você vai lá [...] mês passado eu fui três vezes na secretaria de saúde e não tem. Só dizem que não tem. E daí a gente ganha pouco, para comprar é difícil. (K, 46)

Nesse contexto, algumas pessoas referiram que a necessidade de adquirir materiais específicos para o tratamento compromete o orçamento familiar.

De vez em quando tenho que comprar seringa, e isso que eu já gasto uns 300 reais em remédio. (Q, 55)

Tem que comprar, pois precisa. O que eu vou fazer? Ficar sem fazer não dá. Mas a gente vai dando um jeito [...] tira daqui, tira dali [...] (B, 77)

Porque a gente ainda consegue comprar, [...] vai deixar faltar noutro lugar, mas você consegue. Mas quem não tem nenhuma renda, daí vai comprar como? (K, 46)

Nos casos em que as condições financeiras do paciente são mais precárias, o tratamento deixa de ser seguido, ou ocorre a reutilização de seringas e agulhas de forma inadequada.

Nem a seringa que a gente precisa, no nosso município não está tendo, tem que comprar. Às vezes a gente não tem condições. (A, 53)

Eu ganho material quando tem. Quando não tem, paciência, fazer o quê? Eu acabo às vezes não fazendo a insulina! (D, 56)

A seringa e agulha que eu não estou conseguindo pegar lá no posto. Estou comprando. Daí uso mais a mesma [...] às vezes mais de uma semana. (I, 58)

Por fim, observa-se que os materiais fornecidos gratuitamente pelo município nem sempre atendem da melhor forma as necessidades dos usuários. Assim, quando precisam comprar, os que possuem maiores condições econômicas, optam por materiais que causam menos dano à pele.

Daí eu já compro a agulha mais fininha. É melhor, não fica roxo igual à do município. (O, 67)

Ressalta-se que o conforto dos usuários na administração da insulina pode refletir até mesmo na adesão ao tratamento, pois, no início, é comum o sentimento de medo, que pode se intensificar pelo desconforto.

Discussão

A dificuldade de autocuidado, principalmente relacionada ao tratamento não medicamentoso, aspecto abordado na primeira categoria, não é uma realidade estritamente brasileira. Estudo realizado na Holanda constatou que tanto as pessoas com DM quanto os profissionais que lhes prestavam assistência percebiam que a adesão à medicação e estilo de vida saudável não era adequada.¹⁰ Destarte, a dificuldade em se incluir práticas de autocuidado

na rotina traz prejuízos à saúde, porque mudanças nos hábitos alimentares e atividade física interferem diretamente na qualidade de vida.¹¹

Apesar das dificuldades relatadas na implementação de alguns cuidados, foi possível perceber que grande parte dos participantes tinha conhecimento, mesmo que superficial, sobre os hábitos de vida saudáveis que deveriam adotar. Nessa direção, em estudo realizado com 13 idosos com DM, em Sobral, no Ceará, os relatos desvelaram que muitos compreendiam a necessidade de um cuidado diferenciado frente sua doença, com mudanças no seu estilo de vida, como adoção de hábitos alimentares saudáveis e atividade física, entretanto, eles não compreendiam a doença de forma satisfatória, o que pode ter dificultado a adesão aos cuidados.⁵

Ressalta-se que a educação em saúde e o acompanhamento regular com um profissional de saúde têm potencial para mudar essa realidade. Estudo do tipo ensaio clínico, do qual participaram 183 usuários do Sistema Único de Saúde, com DM2, observou que o grupo que recebeu a intervenção constituída por prática educativa em grupo apresentou aumento da participação na gestão da condição, do empoderamento e da adesão às práticas de autocuidado, principalmente em relação à alimentação saudável e à prática de exercício físico. Essas mudanças resultaram em uma redução estatisticamente significativa nos níveis de hemoglobina glicada.¹²

A dificuldade em realizar mudanças alimentares devido a questões financeiras já foi apontada em estudo realizado no estado da Bahia, com 56 pessoas atendidas no programa HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos), o qual constatou relação significativa entre baixa renda e dificuldades para implementar mudanças alimentares.¹¹ Nesse sentido, estudo de intervenção por meio de consulta de enfermagem pautada no autocuidado apoiado, asseverou: quando profissionais de saúde não consideram a condição financeira do indivíduo para as orientações de saúde, criam um empecilho para a realização do autocuidado.¹³

O apoio familiar também tem papel significativo no controle alimentar e no autocuidado do DM. Isto porque o incentivo de pessoas próximas facilita a adaptação e coopera para o êxito no tratamento.¹⁴ Ademais, o apoio social por parte de familiares, amigos e comunidade pode fortalecer a determinação, crença e confiança na autogestão da condição de saúde e, conseqüentemente, melhorar o controle glicêmico e qualidade de vida.¹⁵

O exercício físico foi reconhecido por poucos participantes como parte do tratamento do DM e apenas um o fazia regularmente, o que corrobora os resultados de estudo que constatou ser o sedentarismo um comportamento habitual nessa população.¹⁶ A prática regular de atividade física apresenta associação com o controle dos níveis glicêmicos. Nesse sentido, a inclusão de educadores físicos na equipe multidisciplinar de assistência em saúde pode contribuir para uma melhor adesão ao tratamento.¹⁷

O apoio às pessoas com DM é um dos objetivos da APS, que busca, com suas ações, prevenir complicações da doença. A deficiência de conhecimento sobre a doença e o tratamento constitui um obstáculo para melhor qualidade de vida, e os profissionais da APS são os principais responsáveis em minimizar esse problema. O enfermeiro tem papel fundamental na orientação, educação e acompanhamento das pessoas no processo do autocuidar.¹⁴ Nesse sentido, a falta de motivação e envolvimento dos pacientes no tratamento também é

responsabilidade dos profissionais de saúde, que devem ajudá-los nas tomadas de decisão e no estabelecimento de metas alcançáveis.¹⁰ O engajamento da equipe multidisciplinar em atividades educativas, dinâmicas, atrativas e interativas pode repercutir positivamente no alcance do êxito no tratamento e em sua manutenção, fator importante no caso de condições crônicas como o DM.¹⁸

As mudanças decorrentes do tratamento com insulina podem gerar estresse emocional.¹⁹ No presente estudo, foram relatados os sentimentos de medo do tratamento e a culpa pela possível falta de cuidados prévios ter sido a causa da necessidade do uso de insulina. Na China foi identificada relação entre o início do uso de insulina e emoções negativas, com destaque para o medo da agulha e da dor na administração, fatores estes que levaram à menor motivação para aceitar o tratamento.¹⁹

Em Blumenau, Santa Catarina, 196 pessoas com DM foram avaliadas e se constatou que aquelas em uso de insulina apresentavam 1,8 vezes mais chance de desenvolverem sofrimento mental grave, apesar de a maioria acreditar na eficácia clínica da insulina.²⁰ Deste modo, estratégias de cuidados centrados no paciente, e intervenções que ajudem a reconhecer os medos e a desmistificar o uso de insulina, são essenciais antes do início do tratamento.¹⁹ Além disso, a dependência de outras pessoas para a aplicação da insulina pode gerar falhas no tratamento e ansiedade.¹⁵ Destarte, o empoderamento para o autocuidado resulta em independência e aumenta as chances de sucesso na insulino terapia.²¹

No contexto do DM, a relação da pessoa com seu próprio corpo e o mundo ao seu redor passa por mudanças, pois o conflito entre ter desejos que são inadequados para a saúde e a necessidade de contê-los está sempre presente.²² Infelizmente, na maioria das vezes, as orientações sobre estilo de vida saudável para pessoas com DM são seguidas com maior rigor quando os prejuízos da doença já são vivenciados.

Para além dessas questões, destaca-se que para a adequada adesão ao tratamento medicamentoso é importante a disponibilidade do material necessário para a terapêutica do DM. Essa disponibilidade ganha maior relevância nos casos de população de baixa renda, pois este fator está relacionado à maior déficit de conhecimento em saúde e menor adesão a hábitos de autocuidado.²³

Uma das consequências da falta de insumos em quantidade adequada para a administração da insulina é a prática de reutilização da seringa e agulha, que deveriam ser de uso único. Segundo estudos realizados em municípios brasileiros, a reutilização é uma prática comum, chegando a 72% em Pico, Piauí,²⁴ e mais de 90% em Parobé, Rio Grande do Sul.⁷ Apesar da posição favorável do Ministério da Saúde à reutilização de seringa e agulha (até oito vezes, se mantida em condições adequadas), essa prática pode ser prejudicial à pele, com aumento da ocorrência de lipodistrofia, e ainda risco de administração de doses erradas em decorrência do desaparecimento das marcas impressas no corpo da seringa com o manuseio.²⁴

No Brasil, o Programa Farmácia Popular distribui, gratuitamente, medicamentos para algumas doenças crônicas, entre elas o DM, o que beneficia principalmente segmentos da população com menor nível socioeconômico.²⁵ Além dos medicamentos, a Portaria nº 1.555/2013 também garante o acesso aos insumos farmacêuticos necessários para a monitorização da glicemia e aplicação da insulina,²⁵ mas os resultados deste estudo mostram que esse direito não é totalmente respeitado, pelo menos não o é no município em estudo.

Ademais, a qualidade do material pode favorecer ou dificultar o uso correto da insulina. A utilização de agulhas de menor diâmetro, além de reduzir a ocorrência de hematomas, diminui a dor quando a mesma é introduzida, o que torna o tratamento menos incômodo.²⁶ Ressalta-se que o comprimento das agulhas também pode repercutir na absorção da insulina, pois as agulhas longas predispõem ao risco de administração intramuscular.²⁷

Estudo de revisão sobre a técnica correta de administração de insulina, cujos resultados foram validados por 183 especialistas em diabetes de 54 países, recomendou a utilização de agulhas mais curtas (4 e 6 mm) como primeira escolha para todos os indivíduos, independente da espessura de gordura subcutânea, para que se evite a administração intramuscular.²⁷ Essa recomendação, no entanto, nem sempre é seguida, pois as compras públicas dependem de licitações, sendo aprovados produtos com menor preço, o que, ocasionalmente, pode comprometer a qualidade dos materiais adquiridos,²⁸ além de nem sempre atenderem, da melhor forma, as necessidades dos usuários.

Possíveis limitações do estudo relacionam-se ao tipo de metodologia adotada, pois os resultados representam a prática de autocuidado de um grupo de pessoas com diabetes em uso de insulina, com características socioeconômicas específicas (a maioria de idosos e com baixa renda), inserido em determinado contexto assistencial e cultural do Sul do Brasil. Ainda, o fato de a entrevista ter sido realizada por uma enfermeira pode ter constrangido os participantes de falarem abertamente sobre práticas de autocuidado que são do seu conhecimento, mas negligenciados em suas rotinas. De qualquer modo, os resultados permitem conhecer aspectos importantes que permeiam essa prática no domicílio.

Conclusão

Os resultados mostraram que a prática do autocuidado, por pessoas com DM, em uso de insulina, é permeada de dificuldades diversas. Os participantes ressaltaram que, na maioria das vezes, o início do uso de insulina é acompanhado de sentimentos negativos, por se tratar de um procedimento desconfortável e que pode causar dor. Além dos receios no uso do medicamento, outro obstáculo ao uso adequado é a falta de material para o tratamento, pois se identificou que a reutilização de seringas/agulhas é uma prática comumente utilizada pelas pessoas com DM em

estudo. Entretanto, identificou-se que o maior entrave para um autocuidado adequado é a necessidade de mudanças no estilo de vida.

Como o estudo foi realizado em um único município, e considerando-se o fato de o Brasil ter um território extenso e com diversidade cultural, recomenda-se a realização de pesquisas semelhantes em outras localidades, de modo a obter dados diversificados e suficientes para subsidiar a elaboração de políticas de saúde mais abrangentes e apropriadas a diferentes cenários.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Global report on diabetes [Internet]. 2016 [cited 2018 Sept 02]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf
2. Albuquerque GSC, Nascimento B, Gracia DFK, Preisler L, Perna PO, Silva MJS. Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamentos a partir da prescrição pictográfica. *Trab Educ Saúde*. 2016;14(2):611-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00112>
3. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby; 2005.
4. Rong X, Peng Y, Yu HP, Li D. Cultural factors influencing dietary and fluid restriction behaviour: perceptions of older Chinese patients with heart failure. *J Clin Nurs*. 2017;26(5-6):717-26. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13515>
5. Lima AF, Moreira ACA, Silva MJ, Monteiro PAA, Teixeira PG. A percepção do idoso com diabetes acerca de sua doença e o cuidado de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*. 2016;15(3):522-9. doi: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i3.30884>
6. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, et al. Diabetes self-management education and support in Type 2 Diabetes: a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Care*. 2015;38(7):1372-82. doi: <https://doi.org/10.2337/dc15-0730>
7. Reis P, Marcon SS, Nass EMA, Arruda GO, Back IR, Lino IGT, Francisqueti V. Desempenho de pessoas com diabetes mellitus na insulinoterapia. *Cogitare Enferm*. 2020;25:e66006. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.66006>
8. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso em 2020 maio 12];24(1):17-27.

Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>

9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14^a ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2014.
10. Vluggen S, Hoving C, Schaper NC, De Vries H. Exploring beliefs on diabetes treatment adherence among dutch type 2 diabetes patients and healthcare providers. *Patient Educ Couns*. 2018; 101(1):92-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.07.009>
11. Silva FO, Suto CSS, Costa LEL. Profile of patients registered in hiperdia: knowing the lifestyle. *Rev Saúde Col UEFES (Online)*. 2015;5(1):33-9. doi: <http://dx.doi.org/10.13102/rscdauefs.v5i1.1007>
12. Macedo MML, Cortez DN, Santos JC, Reis IA, Torres HC. Adesão e empoderamento de usuários com diabetes mellitus para práticas de autocuidado: ensaio clínico randomizado. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03278. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016050303278>
13. Teston EF, Sales CA, Marcon SS. Perspectivas de indivíduos com diabetes sobre autocuidado: contribuições para assistência. *Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]*. 2017 [cited 2019 Jan 08]; 21(2):1-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000200214&lng=es&nrm=iso&tlng=en
14. Rodrigues JA, Lima FJS, Santos AG. Atuação do enfermeiro com pacientes com Diabetes Mellitus na melhoria da qualidade de vida. *Rev Atenção Saúde*. 2015;13(46):84-90. doi: <https://doi.org/10.13037/ras.vol13n46.3102>
15. Shao Y, Liang L, Shi L, Wan C, Yu S. The effect of social support on glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus: the mediating roles of self-efficacy and adherence. *J Diabetes Res*. 2017;1-8. doi: <https://doi.org/10.1155/2017/2804178>
16. Kreuzberg JTN, Aguilar AM, Lima MM. Riscos para complicações cardiovasculares em portadores de diabetes mellitus. *Rev Enferm UFSM*. 2016;6(1):93-101. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769217724>
17. Miranda SS, Carvalho S, Andrade TM, Coelho JMF, Gomes-Filho IS. Atividade física e o controle glicêmico de pacientes com diabetes mellitus tipo II. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2015;17(3):33-40. doi: <https://doi.org/10.21722/rbps.v17i3.14134>
18. Moreschi C, Rempel C, Backes DS, Pombo CNF, Siqueira DF, Pissaia LF. Ações das equipes da ESF para a qualidade de vida das pessoas com diabetes. *Cienc Cuid Saude*. 2018;17(2). doi: <https://doi.org/10.4025/cienc cuidsaude.v17i2.41000>
19. Fu SN, Wong CKH, Chin WY, Luk W. Association of more negative attitude towards commencing insulin with lower glycosylated hemoglobin level: a survey on insulin-naïve type 2 diabetes mellitus Chinese patients. *J Diabetes Metab Disord*. 2016;15(3):1-9. doi: <https://doi.org/10.1186/s40200-016-0223-0>

20. Goes JA, Rodrigues KF, Avila AC, Geisler A, Maieski A, Nunes CRO, et al. Frequência de sofrimento emocional é elevada em pessoas com diabetes assistidas na atenção primária. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2078. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2078](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2078)
21. Venâncio JMP, La Banca RO, Ribeiro CA. Benefits of participation in a summer camp to self-care for children and adolescents with diabetes: the perception of mothers. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 10];21(1):e20170004. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100204&script=sci_abstract&tlng=pt
22. Visentin A, Mantovani MF, Caveião C, Hey AP, Scheneider EP, Paulino V. Self-care of users with type 1 diabetes in a basic health unit. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 15];10(3):991-8. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-29615>
23. Simões MS, Silva JMS, Costa GB, Silva MF. Impact of health concepts on healthcare-seeking practices of low-income population in South Coast of Bahia, Brazil. *Braz J Develop*. 2020;6(1):3667-87. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n1-261>
24. Carvalho GCN, Freitas RWJF, Araújo MFM, Zanetti ML, Damasceno MMC. Visual acuity in the management of diabetes mellitus: preparation of the insulin dose. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(1):25-30. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700005>
25. Costa KS, Tavares NUL, Mengue SS, Pereira MA, Malta DC, Silva Júnior JB. Obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 mar 25];25(1):33-44. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000100033&script=sci_abstract&tlng=pt
26. Cavassana S. Estudo sobre agulhas hipodérmicas: variação do esforço de penetração em um tecido artificial [dissertação]. Ilha Solteira (SP): Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2017 [acesso em 2019 mar 29]. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/151641/cavassana_s_me_ilha.pdf?sequence=3&isAllowed=y
27. Frid AH, Kreugel G, Grassi G, Salimi S, Hicks D, Hirsch LJ, et al. New insulin delivery recommendations. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(9):1231-55. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.06.010>
28. Silva MF, Fernandes BS, Carvalho SFR, Carvalho CM, Vale RFD, Nobre PFS, et al. Certificação compulsória e qualidade de agulhas e seringas em um Hospital Sentinela. *Vigil Sanit Debate*. 2016;4(2):21-6. doi: <http://dx.doi.org/10.3395/2317-269x.00711>

Autor correspondente

Pamela dos Reis

E-mail: pamdosreis@gmail.com

Endereço: Gleba Paiçandu, 80, Zona Rural – Ivatuba, Paraná, Brasil.
CEP: 87130-000

Contribuições de Autoria

1 – Pamela dos Reis

Concepção e planejamento do projeto de pesquisa; obtenção de dados; análise e interpretação dos dados; redação.

2 – Guilherme Oliveira de Arruda

Interpretação dos dados; redação; revisão crítica do conteúdo intelectual.

3 – Evelin Matilde Arcain Nass

Análise e interpretação dos dados; redação.

4 – Erika Santos Ratuchnei

Interpretação dos dados; redação.

5 – Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad

Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

6 – Sonia Silva Marcon

Concepção e planejamento do projeto de pesquisa; interpretação dos dados; redação; revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Como citar este artigo

Reis P, Arruda GO, Nass EMA, Ratuchnei ES, Haddad MCFL, Marcon SS. Autocuidado e percepção do tratamento para o diabetes por pessoas em uso de insulina. Rev. Enferm. UFSM. 2020 [Acesso em: Anos Mês Dia]; vol.10 e60: 1-16. DOI:<https://doi.org/10.5902/2179769239880>