



Avaliação do autocuidado em paciente com diabetes mellitus tipo 2 com complicações de pé diabético.

Micaela Brandão Póvoa de Araújo
Telma Noleto Rosa Franco

Hospital Estadual Alberto Rassi (HGG)

Resumo

O diabetes como doença crônica é complexa e envolve várias complicações adquiridas ao longo dos anos por falta de cuidados e de adesão ao tratamento. O pé diabético sendo uma dessas complicações é considerado o maior risco para ulcerações e amputações de membros inferiores. São necessárias orientações e intervenções que visam a melhora do autocuidado a esse sujeito. Esse artigo avaliou por meio de instrumentos o nível de autocuidado de pacientes adultos com diabetes mellitus tipo 2 atendidos no ambulatório de pé diabético num Centro Estadual de Atenção ao Diabetes. Trata-se de um estudo observacional prospectivo, do tipo coorte, sem grupo controle, com uso de abordagem quantitativa. Para a coleta de dados foram utilizados o Questionário de atividades de Autocuidado com Diabetes (QAD) e Escala de Avaliação das Capacidades de Autocuidado (EACAC). Participaram 29 pacientes com idade entre 40 a 75 anos, de ambos os sexos e com tempo médio de diagnóstico de 13,79 anos. Os resultados apontaram déficits no autocuidado durante a rotina diária em aspectos gerais, alimentação, prática de atividade física e cuidado como os pés. Conclui-se que há necessidade de práticas e técnicas psicológicas para a melhoria das orientações e manejo emocional dos pacientes com essa doença crônica.

Palavras-chave: diabetes mellitus, pé diabético, autocuidado, psicologia.

Evaluation of self-care in patient with type 2 diabetes mellitus with diabetic foot complications.

Abstract

Diabetes as a chronic disease is complex and involves several complications acquired over the years due to lack of care and adherence to treatment. Diabetic foot, being one of these complications, is considered the greatest risk for ulcers and lower limb amputations. Guidelines and interventions are needed to improve self-care for this subject. This article assessed by means of instruments the level of self-care of adult patients with type 2 diabetes mellitus seen at the diabetic foot clinic at a State Diabetes Care Center. This is a prospective observational, cohort study, without a control group, using a quantitative approach. For data collection, the Self-Care Activities with Diabetes Questionnaire (PAF) and the Self-Care Capabilities Rating Scale (EACAC) were used. Twenty-nine patients aged between 40 and 75 years, both genders and with an average diagnosis time of 13.79 years, participated. The results showed deficits in self-care during the daily routine in general aspects, food, physical activity and care of the feet. It is concluded that there is a need for psychological practices and techniques to improve the guidance and emotional management of patients with this chronic disease.

Keywords: diabetes mellitus, diabetic foot, self-care, psychology.

¹ Psicóloga residente no Programa de Residência Multiprofissional com Área de Concentração em Endocrinologia no Hospital Estadual Alberto Rassi (HGG) vinculado a Secretaria Estadual de Saúde (SES-GO) Email para contato: micabrando23@gmail.com

² Psicóloga tutora no Programa de Residência Multiprofissional com Área de Concentração em Endocrinologia no Hospital Estadual Alberto Rassi (HGG) vinculado a Secretaria Estadual de Saúde (SES-GO) Email para contato: hgg.residencia.multi@idtech.org.br

O *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2) é uma doença crônica que acomete cerca de 90 a 95% de todos os casos de DM, tem etiologia complexa e multifatorial, envolvendo fatores genéticos e ambientais. O diabetes é considerado uma das epidemias mundiais do século atual e um problema de saúde pública, onde o Brasil ocupa o 4º lugar dos países com maior população de pessoas com diabetes no mundo (Forti et al, 2020).

Dados descritos nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes apontam que há maior incidência de taxa de diabetes (9,6%) nas pessoas com nível de escolaridade baixa ou em analfabetos. O aumento da prevalência do diabetes na população brasileira está relacionado a diversos fatores, como a transição epidemiológica para aumento das doenças crônicas não transmissíveis, hábitos alimentares não saudáveis, maior frequência de estilo de vida sedentário, aumento do sobrepeso e obesidade, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior expectativa de vida dos indivíduos com diabetes (Forti et al, 2020).

No que diz respeito aos níveis de mortalidade dessa população o diabetes mellitus corresponde a 5,2% das causas de morte no país, predispõem risco para as doenças cardiovasculares, responsáveis por 31,3% dos óbitos e está diretamente ligado a outros fatores como a hipertensão, dislipidemia e tabagismo. Portanto, esse panorama atual da diabetes mellitus demonstra a urgente necessidade de se instituir medidas de prevenção em todos os níveis, mediante a validade científica, proporcionando instrumentalizar o profissional de saúde para a prática com esse público. (Ferreira & Pititto, 2014)

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes as informações com base populacional que abranja as complicações do diabetes são escassas no Brasil (Forti et al, 2020). Dentre as complicações do diabetes, uma delas é o pé diabético definido pelo Manual do pé diabético (2016) como “a presença de infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica em pessoas com DM”. É uma complicação que pode ocasionar limitações ao paciente devido às ulcerações e até mesmo risco aumentado de necessidade de amputação dos membros inferiores, influenciado por controle ou não de glicemia, controle pressórico, tabagismo, dentre outros.

Estudos de Ochoa-Vigo e Pace (2005) pontuaram que “As hospitalizações causadas por

pé diabético geralmente são prolongadas e recorrentes, exigindo grande número de consultas ambulatoriais e necessidade de cuidado domiciliar.”

Em relação ao grau de conhecimento dos pacientes para cuidados preventivos com os pés diabéticos, constatou-se que os pacientes não aderem aos cuidados mais simples e de custo baixo, como o corte da unha e o uso de sapato adequado, por não recebem a informação de forma paulatina e gradual, para uma prática mais efetiva. Por isso, concluíram que:

São relevantes, portanto, adequada avaliação e acompanhamento individual, levando em consideração o grau de conhecimento e a facilidade para processar as informações. Entendendo que uma ação multiprofissional, com esforço coletivo, poderia potencializar as orientações e aumentar a aderência às mesmas (...) (Cubas et al, 2013).

Sendo assim, o Ministério da Saúde define autocuidado como sendo:

Cuidar de si mesmo, perceber quais são as necessidades do corpo e da mente, adotar hábitos saudáveis, conhecer e controlar os fatores de risco que levam a agravos à saúde, adotando medidas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, melhorando a qualidade de vida. (Brasil, 2010).

Entende-se que o autocuidado é uma ferramenta essencial para promoção de qualidade de vida e autonomia da pessoa que conviverá durante toda sua vida com essa doença, tornando imprescindível a criação de estratégias de enfrentamento e abertura para mudanças no estilo de vida e rotina. Dessa forma, Lopes et al (2013) compreendem que o autocuidado é “uma função reguladora que permite as pessoas desempenharem, por si só, as atividades que visam a preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar”.

Para que a pessoa possa obter mudanças e atitudes em relação ao autocuidado, as intervenções psicológicas tornam-se uma possível abordagem para promover o acompanhamento do mesmo, visando mudanças efetivas e duradouras, para melhora na adesão ao tratamento do diabetes. Segundo os estudos de Carvalho et al (2010) o enfoque deve estar centrado nos aspectos preventivos dos cuidados com os pés, para evitar futuras ulcerações e amputações:

A adoção de práticas simples de autocuidado com os pés e controle do diabetes contribui para

a prevenção dos agravos, considerando-se que pacientes com melhor controle do DM são os que mais aplicam medidas preventivas do pé diabético (Carvalho et al 2010).

Corroborando com esse pensamento, Lima (2015) enfatiza em seus achados que o trabalho da psicologia, enquanto parte da equipe multiprofissional no cuidado ao paciente com diabetes, desperta o paciente para compreensão da doença e promoção de autonomia para efetividade do autocuidado:

As interferências causadas pelas reações emocionais emergem da necessidade de cuidados incessantes e repetitivos para o controle do DM e como expressão da percepção individual e emocional, causando maior dificuldade para o desempenho das ações contidas nos papéis de autocuidado e, conseqüentemente, para a adesão ao tratamento. (Lima, 2015)

O psicólogo ao tratar o paciente crônico necessita buscar aproximação da realidade da pessoa, com escuta ativa e acolhedora para as demandas emocionais implicadas nas dificuldades de autocuidado, trabalhar com as expectativas, frustrações, desejos e limitações, encontrando potencialidades e busca de aceitação da doença e suas restrições.

Torna-se de extrema importância a reflexão sobre o papel do psicólogo no contexto hospitalar e da saúde:

Na inclusão há uma busca por posicionar-se na experiência do cliente, sem julgar, analisar ou interpretar. Tal atitude facilita a ressignificação de sua condição existencial e de sua conscientização, abre a possibilidade da autoaceitação quanto a sua experiência frente ao desconhecido, à dependência de uma equipe, às (im)possibilidades de tratamento e às limitações que possa vivenciar advindas de sua patologia e hospitalização (Freitas et al, 2010)

A psicologia no atendimento ao paciente crônico contribui na compreensão do sujeito e sua relação com o corpo adoecido, buscando novos sentidos em relação a sua existência e produzir contato do sujeito com sua enfermidade a fim de possibilitar desdobramentos e rupturas que promovam ressignificações para um novo modo de ser e estar no mundo (Freitas et al, 2010).

Essas intervenções no âmbito psicológico justificam-se pois o paciente com diabetes que convive com a doença, necessita de estratégias de autocuidado e de suporte emocional para

conseguir efetivamente se prevenir de complicações. De acordo com esse pensamento, Lima (2015):

O indivíduo com doença crônica experimenta, de forma intensa, a ambivalência, isto é, precisa decidir entre aquilo que deseja fazer e o que é preciso ser feito. Nesse conflito existem ganhos e perdas, sentimentos ambíguos, gerando muita instabilidade emocional. (Lima, 2015)

Por esse motivo optou-se neste estudo investigar o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2 (DM- tipo 2), especificamente ligado aos cuidados ao pé diabético, entendendo que é necessário investir na compreensão da qualidade de autocuidado para repensar e atualizar as práticas, visando uma abordagem efetiva de melhoria da adesão ao tratamento do usuário ao lidar, cotidianamente, com essa doença crônica.

O objetivo geral da presente pesquisa foi verificar fatores associados à adesão, manejo e tratamento multiprofissional do DM tipo 2. Os objetivos específicos foram avaliar a capacidade de autocuidado e os fatores adaptativos de pacientes acompanhados no ambulatório de assistência ao pé diabético.

Método

Trata-se de um estudo observacional prospectivo, do tipo coorte, sem grupo controle, com uso de abordagem quantitativa. A pesquisa foi aplicada num Centro Estadual de Atenção ao Diabetes que realiza atendimentos à população com diabetes de todos os tipos, ofertando atendimento multiprofissional assistencial, de acordo com a necessidade de cada paciente.

Utilizou-se amostra de conveniência com critério de inclusão pacientes adultos com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 com presença de neuropatia diabética, de ambos os sexos, idade mínima de 40 e máxima de 75, exclusivamente, com complicações envolvendo o pé diabético, com ou sem presença de amputações anteriores. Foram considerados como critério de exclusão os pacientes com diagnóstico recente (menos de 6 meses), classificados com outro tipo de diabetes e/ou pessoas que apresentaram déficit cognitivo.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram o Questionário de Atividade de Autocuidado com Diabetes (QAD) e Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC). O QAD foi validado e adaptado para cultura

brasileira e consiste na avaliação de cinco aspectos do tratamento para diabetes agrupados em seis dimensões de autocuidado: alimentação (geral e específica), atividade física, uso da medicação, monitorização da glicemia, cuidado com os pés, e também o tabagismo. A avaliação dos cuidados é feita por meio de dezessete perguntas que avalia a frequência dentro dos últimos setes dias que determinados comportamentos acontecem, sendo necessário considerar apenas os últimos setes dias da rotina em que o paciente não estava doente.

A EACAC apresenta-se na forma *likert* e contém 24 itens com opções de pontuação de 1 a 5 sendo: (1) para discordo totalmente; (2) para discordo; (3) nem concordo nem discordo; (4) para concordo e (5) para concordo totalmente, no qual se avalia as condições que o participante tem para promoção de seu autocuidado.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos com o número do Parecer nº 3178788 de 28/02/2019. Cada participante foi convidado para participar da pesquisa somente após a compreensão dos objetivos da pesquisa, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os participantes foram atendidos, individualmente, antes ou após de realizarem o atendimento com a enfermagem no ambulatório de pé diabético. Foi realizada a entrevista para preenchimento de dados sociodemográficos e clínicos do paciente, com posterior aplicação do QAD, seguida da EACAC.

Foi realizada análise descritiva para as variáveis idade, sexo, escolaridade, ocupação, renda apresentadas em frequências absolutas (n) e relativas (%). As variáveis quantitativas foram avaliadas pelo teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov. Diante da normalidade, realizou-se o teste T de *Student*, análise de variância (ANOVA) e correlação de Pearson. Os dados foram expressos através de média, desvio padrão e valores percentuais, quando adequado e para realizar as correlações entre dados com valor assumido de $p > 0,05$, após o Teste de Correlação de Pearson. Os dados foram submetidos ao programa de estatística IBM SPSS Statistics for Windows 16.0.

Resultados e Discussão

A amostra composta no total por 29 pacientes sendo 65,5 % (19) foram do sexo masculino e 34,5 % (10) do feminino, com média de idade de 59,83 anos. A questão de gênero encontrada se difere de outros estudos

realizados com pacientes DM2 no âmbito de saúde primária, em que há predominância de pacientes femininos, como no estudo de Daniele et al (2014) em que 60,4% da amostra era do sexo feminino. Quanto a idade a faixa etária foi de pacientes de 40 a 75 anos (60,2±7,9).

Segundo o nível de escolaridade, 27,6 % possuem ensino fundamental incompleto, 24,1% ensino médio completo, 17,2% ensino médio incompleto, 13,8 % ensino fundamental completo, 10,3% não alfabetizados, 3,4% ensino superior incompleto e 3,4 % ensino superior completo.

No presente estudo, não foi evidenciado correlação direta entre a falta de escolaridade e os fatores de déficits de autocuidado devido ao percentual baixo de pacientes analfabetos de 10,3%. Diferentemente, nos estudos de Santos et al (2018) apresentam em sua amostra que “31,6% referiram ser analfabetos, 29,3% ter primeiro grau completo e 23,8% primeiro grau incompleto, circunstância que pode caracterizar a população de baixa escolaridade.”

No presente estudo, não foi evidenciado correlação direta entre a falta de escolaridade e os fatores de déficits de autocuidado devido ao percentual baixo de pacientes analfabetos de 10,3%. Quanto à ocupação, somente 24,1% estavam empregados, 31% desempregados, 31% aposentados e 13,8% beneficiários. Esses achados quanto a ocupação se assemelha com estudo de Santos et al. (2018) em que demonstra a prevalência de aposentados (34,8%), seguidos de 15% de desempregados e 14% do lar”

Em relação a renda familiar dos participantes, 51,7% tinham renda entre 998 a 1996 reais (2019). Avaliando os dados clínicos dos pacientes pode-se observar que 75,9 % afirmaram ter histórico familiar quanto ao diabetes, sendo os parentescos mais citados, os pais, irmãos, tios e primos. No uso de medicamentos, 55,2% faziam uso de antidiabéticos orais, 24,1% de insulina e 20,7 % de via mista (oral e insulina).

No estudo de Santos, Sousa, Correio, et al (2018), dois dados se contrapõem, os relacionados à renda familiar em que a média encontrada foi de 793,24 reais, variando de 200,00 a 2.640,00 reais, e do uso de Antidiabéticos Oraís (86%) e de insulina (15,9%), revelando diferenças significativas com o estudo atual.

Ao considerar as variáveis clínicas, a amostra denota que 69% não apresentam nenhum tipo de amputação causada pelas complicações da

neuropatia diabética, porém em mais da metade dos participantes (55,2%) evidencia-se outras complicações como retinopatia e nefropatia diabética. A maioria dos participantes (89,7%) apresentam menos de 1 ano de realização de curativo realizados no ambulatório da enfermagem para cuidados com pé diabético.

No que diz respeito aos resultados obtidos na aplicação do QAD, utiliza-se como parâmetro de boa adesão ao tratamento e realização de atividade de autocuidado, o valor de cinco ou mais dias de realização da atividade, conforme também utilizado por outros estudos e na própria validação do instrumento. Dos 13 itens evidenciados na Tabela 1, pode-se observar que 9 itens estão com médias abaixo de cinco dias ou mais de realização de atividades de autocuidado. Os participantes durante a pesquisa, afirmaram “seguir uma dieta saudável” em média 4,72 ± 2,75 dias por semana. Já em relação ao item “seguir orientação alimentar, dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)”, essa média caiu para 3,90 ± 3,17 dias, sendo diferenças significativas.

Quando questionados sobre o consumo de “cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais”, observou-se uma média de dias de 5,62 ± 1,92. Não ingerir doces expressou uma média de 6,07 ± 1,36 dias. A ingestão de carnes vermelhas,

e/ou derivados de leite integral, contudo, representou uma média de 1,93 ± 2,43 dias. Demonstra-se então nesses resultados o seguimento de orientações alimentares evidenciando entendimento de que a ingestão de doces é prejudicial ao tratamento e o consumo de frutas e/ou vegetais faz parte da rotina alimentar dos participantes.

Em relação a “atividade física”, observou-se que o item “realizar atividade física por pelo menos 30 minutos” obteve uma média de 1,45 ± 2,56 dias, com média menor no subitem “exercício físico específico” (0,76 ± 1,96 dias), sendo o menor resultado obtido na aplicação do questionário.

Pode-se inferir que os pacientes apresentam baixa adesão à atividade física e falta de compreensão da importância da rotina diária de exercícios como parte do tratamento não farmacológico. Uma das limitações que pode ser atribuída a esse fator pode ser a realização de curativo, surgimento de lesões ou retorno de feridas e úlceras, ao realizar o exercício. Esses dados corroboram com os encontrados também nos estudos de Gomides, Villas Boas, Coelho e Pace (2013, p.292) que ressaltam que “a população do estudo possuía úlceras e/ou amputações.

Tabela 1.

Nível de Aderência em frequência de dias aos itens do Questionário de Atividades de Autocuidado em Diabetes.

Itens do QAD ¹	Média	Desvio Padrão	IC ² (95%)	
			Inf.	Sup.
1. Seguir uma dieta saudável	4,72,	2,75	-067	10,11
2. Seguir a orientação alimentar	3,90	3,17	-2,31	10,11
3. Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	5,62	1,92	1,86	9,38
4. Ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral	1,93	2,43	-2,84	6,70
5. Não Ingerir doces	6,07	1,36	3,40	8,74
6. Realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos	1,45	2,56	-3,56	6,46
7. Realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar etc.)	0,76	1,96	-3,08	4,60
8. Avaliar o açúcar no sangue	2,59	2,99	-3,28	8,46
9. Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	2,62	3,29	-3,83	9,07
10. Examinar os seus pés	4,97	3,13	-1,17	11,11
11. Examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los	4,72	3,27	-1,69	11,13
12. Secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los	6,24	2,17	1,99	10,49
13.1 Tomar injeções de insulina conforme recomendado	6,76	1,30	4,21	9,31
13.2 Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes em extremidades de membros inferiores, fatores que limitam a prática de atividade física.”	6,86	0,74	5,40	8,32

1: Questionário de Atividades de Autocuidado; 2: Intervalo de Confiança

Além disso, a média de idade de 59,83 anos pode contribuir para essa baixa adesão como mostra a pesquisa de Lopes (2015) “O fato dos participantes apresentarem uma média de idades de 57,1 anos, isso pode ser um fator condicionante da prática de exercício físico, uma vez que associado ao aumento da idade surgem problemas físicos.”

Os participantes relataram na “avaliação de açúcar do sangue” em uma frequência de dias verificada em $2,59 \pm 2,99$ dias da semana. Com um valor de média maior apontaram que “avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro”, foi quantificado em $2,62 \pm 3,29$ dias, porém ainda demonstra um valor abaixado da frequência média esperada.

No que se refere ao uso de medicações, foram encontrados os melhores resultados de adesão em relação ao “uso de medicação conforme quantidade prescrita”, tanto antidiabético oral quanto a insulina, com médias de $6,76 \pm 1,30$ e $6,86 \pm 0,74$ respectivamente.

Em relação aos cuidados com os pés, que os usuários “costumam observar os sapatos antes de calçá-los” em média $4,72 \pm 3,27$ dias da semana. O “hábito de examinar os pés” é constatado em frequência de dias de $4,97 \pm 3,13$, valor próximo da qualidade de adesão desejada de pelo menos 5 dias da semana. Já no “hábito de secar entre os dedos” foi constatado $6,24 \pm 2,17$ em médias de dias, demonstrando autocuidado suficiente nesse item. Como os pacientes recebem orientações da enfermagem quanto aos cuidados com os pés, principalmente devido aos curativos e feridas, o trabalho com vistas à prevenção aos pacientes que apresentam sinais de neuropatia diabética mostra-se eficiente e necessário.

Por fim, no tocante ao tabagismo, apenas 3 pacientes que faziam uso de cigarro diariamente, em média, 8 cigarros por dia. Quanto aos pacientes tabagistas foi encontrada média maior de consumo de doces ($7 \pm 0,0$) do que os pacientes que não tabagistas ($5,96 \pm 1,39$) ($p=0,001$).

A respeito dos resultados referentes a Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado EACAC demonstraram uma média de pontuação de 95,14, com desvio padrão de 9,51. Adotado como valores de referência da escala para resultados quanto às condições eficientes de autocuidado eficientes valores superiores a 100. Da amostra estudada apenas 5 pacientes apresentaram somatória da escala superior a 100

pontos. Dessa forma, a EACAC confirma os resultados deficitários do QAD, demonstrando que o autocuidado em relação o diabetes é baixo e ineficiente para estabilização de comorbidades, entre elas o pé diabético, apresentada na amostra.

Tanto dos dados como a assistência ao paciente e também revisões de literatura, tornam perceptível que mesmo com informações disponíveis, o paciente tende a ter déficits no autocuidado em DM, que levam às complicações, necessitando de atendimentos na alta complexidade, com prolongado tempo de internações e riscos aumentados para amputação.

Considerações finais

Este trabalho que teve como proposta avaliar o autocuidado de pacientes com diabetes tipo 2, mostrou a necessidade da equipe de saúde e, especificamente, os profissionais de psicologia, contribuírem para que a pessoa acometida por essa doença crônica, que envolve uma série de limitações diárias, possa reajustar adequadamente o manejo de sua vida diária. Importante salientar o papel do psicólogo no suporte emocional e psicoeducação voltados para o enfrentamento da diabetes e suas complicações.

Diante disso, há necessidade de desenvolver atividades práticas e vivenciais, tanto individuais quanto coletivas, no contexto de trabalho em equipe multiprofissional, para que os pacientes possam expressar as dificuldades enfrentadas na rotina e seus sentimentos envolvidos diante de uma doença, que para eles é sinônimo de limitações, imposição de regras fora do contexto cultural e social.

O paciente com diabetes por vezes apresenta negação do estado de saúde, como também, uso de ganho secundário com a doença. Demonstra uma percepção distorcida de uma vida limitada de prazeres, tanto na alimentação quanto na perda da autonomia, culpabilizando a doença em todos os âmbitos da vida cotidiana sem observar potenciais mudanças para melhoria da qualidade de vida e autocuidado.

Dessa forma o psicólogo pode auxiliar na melhoria do autocuidado ao disponibilizar escuta e identificar as necessidades emocionais advindas do contexto de adoecimento e perda da integralidade da saúde. Favorecer facilitadores para ajustes durante esse processo, proporcionar a mudança de hábitos e comportamentos que comprometam a saúde,

além de detectar dificuldades interacionais e relacionais com equipe, e auxiliar na melhora do vínculo de confiança na relação equipe e paciente.

É imprescindível trabalhar com as potencialidades da pessoa diante do contexto de sua doença, estimular uma postura de atitude e enfrentamento, com posicionamento de afirmação da qualidade de vida, por meio do auto gerenciamento do cuidado e autonomia nas escolhas saudáveis e benéficas para sua vida. Essa adaptação e manejo possibilita à pessoa

conviver com qualidade adaptada à condição de portador de doença crônica já instaurada e evitar agravamento de complicações.

Portanto, torna-se relevante e inovador estudos que demonstrem resultados de práticas psicológicas que contribuam para melhorias na qualidade de vida, prevenção de complicações e manejo de autocuidado de pacientes com diabetes.

Referências

- Batista, J. M. F., Teixeira, C. R. de S., Becker, T. A. C., Zanetti, M. L., Istilli, P. T., & Pace, A. E. (2017). Conhecimento e atividades de autocuidado de pessoas com diabetes mellitus submetidas a apoio telefônico. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, (19). <https://doi.org/10.5216/ree.v19.42199>
- Carvalho, R.P.; Carvalho, C.P.; Martins, D. A. (2010). Aplicação dos cuidados com os pés entre portadores de diabetes mellitus. *Cogitare Enfermagem*, (15)1, 106-109. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i1.17180>
- Coelho, A.C.M. (2013). *Autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em seguimento ambulatorial*. [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto]. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-08012014-155252/pt-br.php>
- Daniele, T.M.C.; Vasconcelos, J.P.; Coutinho, F.G. (2014). Avaliação do autocuidado de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em uma unidade de atenção básica. *Cinergis*, 15(3), 135-139. <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v15i3.4990>
- Da Silva, J. V.; Domingues, E.A.R. (2017). Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 24(4), 30-36. <https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.4.2017.686>
- Ferreira, S.R.G.; Pittingo, B.A. (2014) *Aspectos epidemiológicos do Diabetes Mellitus e seu impacto no indivíduo e sociedade*. *Diabetes na prática clínica*. Sociedade Brasileira de Diabetes (internetbooks). <https://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/73-capitulo-1-aspectos-epidemiologicos-do-diabetes-mellitus-e-seu-impacto-no-individuo-e-na-sociedade>.
- Forti et al. (2020). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Clannad Editora Científica. <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>
- Freitas, J.L.; Stroiek, N.N.; Botin, B. (2010). Gestalt-terapia e o diálogo psicológico no hospital: uma reflexão. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 16(2), 141-147. https://www.researchgate.net/publication/303383060_Gestaltterapia_e_o_dialogo_psicologico_no_hospital_uma_reflexao
- Gomides, D.S.; Villas-Boas L.C.; Coelho, A.C.; Pace, A.E. (2013). Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(3), 289-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000300014>
- Lima, S. M. (2015). Papel da psicologia no acompanhamento do paciente com diabetes. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 14(4), 76-80. 10.12957/rhupe.2015.20062
- Lopes, L. V. (2015). *Programa educativo para o autocuidado de pessoas com diabetes mellitus: subsídio para o cuidado clínico de enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza] <http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/larissa.pdf>
- Lopes, M.T. R.; Galvão, S.; Janeiro, J. M. S. V. (2013). O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revista Mineira de Enfermagem*. 17(1), 225-230 <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130019>
- Michels, M. J. et al. (2010). Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica*, 54(7), 644-651. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302010000700009>
- Ministério da Saúde.(2016). Manual do pé diabético : estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf
- Ministério da Saúde. (2010). Guia de apoio para grupos de autocuidado em hanseníase. Brasília http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_apoio_grupos_autocuidado_hanseniose.pdf
- Ochoa-Vigo, K.; Pace, A.E. (2005). Pé diabético: estratégias para prevenção. *Acta Paulista de Enfermagem*. 18(1), 100-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000100014>
- Oliveira, J.E.P.; Junior, R.M.N.; Vencio, S. (2017). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. (s.ed), Editora Clannad, São Paulo. <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>
- Santos, E.M.S.; Souza, V.P.; Correio, I.A.G.; et al. (2018). Autocuidado de Usuários com Diabetes Mellitus: Perfil Sociodemográfico, Clínico e Terapêutico. *Revista Fundamental Care*. 10(3), 720-728. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.720-728>

Recebido em 21/09/2020
Primeira decisão Editorial 30/11/2020
Aceite em 02/02/2021