



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

ELIZAMA NASCIMENTO PASTANA

**O PROCESSO ADAPTATIVO DE MULHERES AO DIABETES NA
PERSPECTIVA DA TEORIA DE CALLISTA ROY**

Belém
2019

ELIZAMA NASCIMENTO PASTANA

**O PROCESSO ADAPTATIVO DE MULHERES AO DIABETES NA
PERSPECTIVA DA TEORIA DE CALLISTA ROY**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará como requisito para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Mary Elizabeth de Santana

Coorientador: Enf. MSc. Antonio Jorge Silva Correa Júnior

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico.

Belém
2019

TERMO DE APROVAÇÃO

ELIZAMA NASCIMENTO PASTANA

O PROCESSO ADAPTATIVO DE MULHERES AO DIABETES NA PERSPECTIVA DA TEORIA DE CALLISTA ROY

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará como requisito à obtenção do título do grau de Bacharel em Enfermagem, pela seguinte banca examinadora

Orientadora: Profa. Dra. Mary Elizabeth de Santana

Coorientador: Enf. MSc. Antonio Jorge Silva Correa Júnior

Data: 04 de dezembro de 2019.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Mary Elizabeth de Santana – Orientadora

Profa. MSc. Viviane Ferraz Ferreira de Aguiar - Membro

Enf. MSc. Antonio Jorge Silva Correa Júnior - Membro

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

P291p Pastana, Elizama Nascimento.
O Processo Adaptativo de Mulheres ao Diabetes na Perspectiva da
Teoria de Callista Roy / Elizama Nascimento Pastana; orientadora
Mary Elizabeth de Santana. - 2019.
114 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade
Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Belém, 2019.

1. ASSUNTO I. Santana, Mary Elizabeth de. II. Título.

CDD

AGRADECIMENTOS

A Deus acima de tudo, agradeço por todas as lutas, conquistas e pela graça de me mostrar que milagres existem.

À minha mãe Joana, meu grande exemplo e inspiração. Minhas conquistas refletem o exemplo de mulher que ela é para mim, cada cuidado que dispensarei no exercício de minha profissão também estarão pautados em seus ensinamentos de lealdade, ética, compromisso, justiça e amor que ela fez e faz questão de me mostrar em nossa caminhada aqui.

Ao meu pai João, pelos conselhos, ensinamentos e por priorizar a nossa família. Pela atenção e cuidado para comigo até mesmo quando eu não percebo, muito obrigada, Pai.

À minha irmã Elisamara, pela nossa amizade, nossas conversas, pelo exemplo de determinação e coragem que ela representa para mim. Seu incentivo é fundamental em minha vida, seu auxílio e companheirismo levarei sempre comigo.

Ao meu irmão Tiago, uma criança maravilhosa, que me alegra e está sempre comigo. Amo você!

As minhas avós Maria Angelina e Eurídice (*in memoriun*), pelo exemplo de vida, são minha referência de cuidado e perseverança. Elas torceram muito por esse momento e já não estão aqui, mas serão sempre lembradas. Sempre!

Aos meus familiares e amigos, que sempre torceram muito todos esses anos. Aqueles que nos momentos bons e difíceis estiveram presentes e fazem parte desta conquista.

À minha orientadora, professora Mary Elizabeth, pela oportunidade de fazer parte de seu grupo de pesquisa desde o 2º semestre deste curso, obrigada pela confiança, pelo tempo que a mim foi dedicado em todas as orientações e direcionamentos desde a iniciação científica até o processo de construção desde estudo. Em você tenho o exemplo de uma grande profissional, excelente enfermeira e professora. Muito obrigada!

Ao meu coorientador, Antonio Jorge, uma pessoa extremamente aplicada à pesquisa e comprometida com a Enfermagem. Agradeço a paciência, ensinamentos e conversas durante todos esses anos que tive a oportunidade de aprender com você.

Aos meus companheiros de pesquisa, Jéssica Vasques e Wagner Felipe, com certeza levarei tudo que aprendi com vocês. Obrigada pela amizade, companheirismo e compromisso. Vocês são demais!

Aos meus amigos de graduação, Antônio, Camila, Denise, Elciane, Erlyson, Ellen, Elianny, Thayza e Tainara, pelos momentos de alegria e correria que compartilhamos ao longo do curso, vocês estão guardados em meu coração!

Este estudo recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq).

Muito grata a todos vocês que fazem parte de minha vida, e claro, de minhas conquistas! OBRIGADA!

EPÍGRAFE

“As doenças crônicas têm um caráter transformador, por vezes revelador de forças desconhecidas, mas tantas vezes avassalador, suplantando a vida da doente e família. O processo adaptativo surge como uma resposta, um gripe ou suspiro frente a imposição de mudança, elucidando a grandeza e capacidade da espécie humana de ajuste ao seu meio interior e exterior” (Adaptado, Joana Batista).

RESUMO

PASTANA, Elizama Nascimento. **O processo adaptativo de mulheres ao diabetes na perspectiva da Teoria de Callista Roy**. 2019. 114 f. TCC (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal do Pará, Belém, 2019.

O Diabetes *mellitus* representa um considerável encargo econômico para o indivíduo e para a sociedade, especialmente quando mal controlado, sendo a maior parte dos custos diretos de seu tratamento relacionado às suas complicações, que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, e que, muitas vezes, podem ser reduzidas, retardadas ou evitadas. O processo adaptativo ao diagnóstico está relacionado a vários fatores, dentre eles a adesão ao novo estilo de vida e tratamento medicamentoso. O objetivo é conhecer o processo adaptativo das mulheres ao diabetes com base na teoria de Callista Roy. Método compreende em um estudo descritivo exploratório de caráter qualitativo. A população estudada foi constituída por mulheres com diagnóstico de diabetes cadastradas e atendidas no Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), na Unidade Básica de Saúde do Guamá/Belém/Pará, a coleta de dados ocorreu no período de janeiro a junho de 2019. Após a coleta procedeu-se a organização dos dados em 11 categorias distribuídas nos quatro modos adaptativos da teoria de Roy. Por meio da análise de conteúdo das categorias verificou-se que as mulheres demonstraram preocupação com relação a alimentação e demonstraram um processo adaptativo favorável as demandas da patologia, porém algumas apontaram dificuldades na mudança do regime alimentar devido fatores culturais, sociais e desconhecimento do valor nutricional dos alimentos. As mulheres apresentaram adaptação favorável ao tratamento medicamentoso. Referente a prática de atividade física, as mulheres desenvolvem atividades regularmente e compreende a importância desta prática para o controle da doença. Todas as mulheres entrevistadas apresentaram alterações na visão, contudo estas mostraram-se comprometidas com os cuidados relacionados a retinopatia diabética; mostraram-se ativas em relação ao autocuidado com a pele. No que concerne ao convívio com a família e sociedade, a maioria relata que consegue lidar com as demandas da doença, estabelecer seus relacionamentos sociais, e destacaram a importância da interação com os profissionais de saúde para o impacto positivo na adaptação a doença e seguimento do tratamento. Neste cenário, conhecer o processo adaptativo de mulheres ao diabetes, bem como as alterações vivenciadas por este público é substancial para que a enfermagem possa estabelecer uma assistência adequada, considerando as necessidades e interesses das mulheres, para assim auxiliar no processo de adaptação as demandas do diabetes e proporcionar impacto positivo na saúde e qualidade de vida.

Palavras chave: Teoria de Enfermagem, Adaptação, Diabetes mellitus.

ABSTRACT

PASTANA, Elizama Nascimento. **The adaptive process of women to diabetes from the perspective of Callista Roy's Theory.** 2019. 114 s. Course Completion Work (Nursing Degree and Bachelor) - Faculty of Nursing, Federal University of Pará, Belém/PA, 2019.

Diabetes *mellitus* represents a considerable economic burden for the individual and society, especially when poorly controlled, and most of the direct costs of its treatment are related to its complications, which compromise the productivity, quality of life and survival of individuals, which can often be reduced, delayed or avoided. The adaptive process to diagnosis is related to several factors, including adherence to the new lifestyle and drug treatment. The objective of this paper is to know the adaptive process of women to diabetes based on Callista Roy's theory. The methodology consists in an exploratory descriptive study of qualitative character. The study population consisted of women diagnosed with diabetes registered and attended at the Hypertension and Diabetes Program (HIPERDIA), at the Basic Health Unit of Guamá/Belém/Pará, the data collection occurred from January to June 2019. After collection, data were organized into 11 categories distributed in the four adaptive modes of Roy's theory. Through the content analysis of the categories it was found that most women showed concern about food and demonstrated a favorable adaptive process to the demands of the pathology, however, some pointed out difficulties in changing diet due to cultural and social factors and lack of knowledge about the nutritional value of food. Women presented favorable adaptation to drug treatment. Regarding the practice of physical activity, women develop activities regularly and understand the importance of this practice to disease control. All women interviewed had eyesight changes, but these were compromised with care related to diabetic retinopathy. The participants were active in relation to self-care with the skin. Regarding to living with family and society, most report that they can cope with the demands of the disease and establish their social relationships, they also highlighted the importance of interaction with health professionals for the positive impact on pathology adaptation and treatment follow-up. In this scenario, know the adaptive process of women to diabetes, as well as the changes experienced by this public is substantial so that nursing can establish appropriate care, considering the needs and interests of women, thus assisting in the process of adaptation to the diabetes demands and provide a positive impact on health and quality of life.

Keywords: Diabetes mellitus. Adaptation. Nursing Theory.

LISTA DE SIGLAS

CN	Consulta de Enfermagem
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DMG	Diabetes <i>mellitus</i> Gestacional
DAC	Doença Arterial Coronariana
DAP	Doença Arterial Periférica
DVC	Doença Cerebrovascular
DVP	Doença Vascular Periférica
DRC	Doença Renal Crônica
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes <i>mellitus</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
ICS	Instituto de Ciências da Saúde
NP	Neuropatia Diabética
OMS	Organização Mundial de Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
QV	Qualidade de Vida
RD	Retinopatia Diabética
RI	Resistência à insulina
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPA	Universidade Federal do Pará
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SESMA	Secretaria de Saúde Municipal
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 JUSTIFICATIVA.....	17
1.2 PROBLEMÁTICA.....	19
2 OBJETIVOS.....	20
2.1 GERAL.....	20
2.2 ESPECÍFICOS.....	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
3.1 CALLISTA ROY E O MODELO DE ADAPTAÇÃO.....	21
3.2 MODELO DE ADAPTAÇÃO E SEUS CONCEITOS: PESSOA, MODOS ADAPTÁVEIS, AMBIENTE, SAÚDE E ENFERMAGEM.....	24
3.2.1 Pessoa.....	24
3.2.2 Modos Adaptáveis.....	26
3.2.3 Ambiente.....	31
3.2.4 Saúde.....	32
3.2.5 Enfermagem.....	32
3.3 PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO O MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY	33
3.4 DOENÇAS CRÔNICAS E ADAPTAÇÃO.....	34
3.5 MULHERES E AS DIFICULDADES ADAPTATIVAS FRENTE AO DIABETES.....	36
3.6 MULHERES COM DIABETES E O CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	37
4 MÉTODO.....	40
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	40
4.2 CENÁRIO DE PESQUISA.....	40
4.3 PARTICIPANTES.....	41
4.3.1 Critérios de Inclusão.....	41
4.3.2 Critérios de Exclusão.....	41
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	41
4.5 TIPO DE ANÁLISE DADOS.....	42
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
4.7 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA.....	45

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
5.1 MODO FISIOLÓGICO.....	51
5.1.1 CATEGORIA 1: Adaptação e aprendizagem sobre o manejo da alimentação após o diagnóstico de diabetes.....	51
5.1.2 CATEGORIA 2: Adaptação ao tratamento medicamentoso e atividade física.....	57
5.1.3 CATEGORIA 3: Adaptação as complicações da patologia com ênfase na retinopatia diabética.....	61
5.1.4 CATEGORIA 4: Sensibilidade de membros superiores e inferiores, força muscular, alterações na pele e autocuidado.....	63
5.1.5 CATEGORIA 5: Disposição física e adaptação as limitações nas atividades de vida diária.....	67
5.2 MODO AUTOCONCEITO.....	69
5.2.1 CATEGORIA 1: Autoconceito, aparência, aceitação e percepção das mudanças após diagnóstico.....	69
5.2.2 CATEGORIA 2: Enfrentamento a doença, crenças espirituais e religiosas.....	73
5.3 MODO DE FUNÇÃO NA VIDA REAL.....	77
5.3.1 CATEGORIA 1: Desempenho de funções, relacionamento interpessoal e apoio familiar após diagnóstico de diabetes.....	77
5.4 MODO DE INTERDEPENDÊNCIA.....	80
5.4.1 CATEGORIA 1: Relacionamento, afeto e necessidades afetivas	80
5.4.2 CATEGORIA 2: Envolvimento social e participação e grupos de apoio.....	81
5.4.3 CATEGORIA 3: Relacionamento e aprendizagem com os profissionais de saúde.....	82
6 DIAGNÓSTICOS/INTERVENÇÕES E ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM.....	86
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS.....	95
ANEXO A.....	105

ANEXO B..... 108

APÊNDICE A..... 109

APÊNDICE B..... 112

1 INTRODUÇÃO

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD-2018), Diabetes *mellitus* (DM) é um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento. Em 2015, a *International Diabetes Federation* estimou que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade (415 milhões de pessoas) vivia com diabetes. Se as tendências atuais persistirem, o número de pessoas com diabetes foi projetado para ser superior a 642 milhões em 2040. Cerca de 75% dos casos são de países em desenvolvimento, nos quais deverá ocorrer o maior aumento dos casos de diabetes nas próximas décadas.

Como descrito por Flor e Campos (2017), o aumento da prevalência do DM está associado a diversos fatores, como envelhecimento da população, crescente prevalência da obesidade, sedentarismo e processos de urbanização são considerados os principais fatores responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do DM em todo o mundo. Esse cenário tem gerado altos custos social e financeiro ao paciente e ao sistema público de saúde.

As tentativas de estudos epidemiológicos para elucidar a história natural e a patogênese do diabetes baseiam-se apenas nas alterações glicêmicas, apesar da grande variedade de manifestações clínicas e condições associadas ao DM. Nas últimas décadas várias evidências foram acumuladas, sugerindo mecanismos etiológicamente diferentes, tais como genéticos, ambientais e imunológicos, os quais possuem importante papel na patogênese, no curso clínico e no aparecimento de complicações do diabetes (SBD, 2018).

O Brasil está entre os 10 países com maior número de indivíduos com diabetes no ano de 2015. De acordo com as projeções para o ano de 2040, ocupará a 4ª posição com aproximadamente 23,3 milhões de pessoas com DM entre 20 a 79 anos. Em relação aos países desenvolvidos, o aumento da prevalência ocorrerá principalmente pelo incremento de indivíduos com diabetes nas faixas etárias mais avançadas, em decorrência do aumento da expectativa de vida e do crescimento populacional. Já nos países em desenvolvimento, indivíduos de todas as faixas etárias serão atingidos, com destaque para a faixa etária de 20 a 44 anos em que a prevalência deverá duplicar (SBD, 2018).

Conforme Goyal e Jialal (2018), o DM é um distúrbio metabólico crônico caracterizado por hiperglicemia persistente. Pode ser devido a secreção de insulina prejudicada, resistência a ações periféricas de insulina, ou ambos. A hiperglicemia crônica em sinergismo com outras aberrações metabólicas em pacientes diabéticos pode causar danos a vários sistemas orgânicos, levando ao desenvolvimento de complicações de saúde

incapacitantes e com risco de vida, sendo as mais proeminentes as complicações microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e macrovasculares, levando a um risco aumentado de 2 a 4 vezes de doenças cardiovasculares.

O Diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) é uma doença autoimune, poligênica, decorrente de destruição das células beta pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina. Embora a prevalência de DM1 esteja aumentando, corresponde a apenas 5 a 10% de todos os casos de DM. É mais frequentemente diagnosticada em crianças, adolescentes e, em alguns casos, em adultos jovens, afetando igualmente homens e mulheres (SBD, 2018).

De acordo com a SBD 2018, o Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) corresponde a 90 a 95% de todos os casos de DM. Possui etiologia complexa e multifatorial, envolvendo componentes genético e ambiental. Em geral, o DM2 acomete indivíduos da quarta década de vida, embora se descreva, em alguns países, aumento na sua incidência em crianças e jovens. Compreende uma doença poligênica, com forte herança familiar, cuja ocorrência tem contribuição significativa de fatores ambientais, como: hábitos dietéticos e inatividade física que contribuem para obesidade.

Com frequência a doença é assintomática ou oligossintomática por longo período, sendo o diagnóstico realizado por dosagens laboratoriais de rotina ou manifestações das complicações crônicas. Com menor frequência, indivíduos com DM2 apresentam sintomas clássicos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento inexplicado). Dentre os fatores de risco para DM2, citam-se: história familiar da doença, avançar da idade, obesidade, sedentarismo, diagnóstico prévio de pré-diabetes ou Diabetes *mellitus* gestacional (DMG), história de doença cardiovascular, síndrome dos ovários policísticos e presença de componentes da síndrome metabólica, tais como hipertensão arterial e dislipidemia (SBD, 2018).

Corrêa *et al.* (2017), reforçam que, os pacientes com diabetes tipo 2 (DM2) representam parte significativa dos casos, a maioria deles com sobrepeso ou obesidade. Apesar de ocorrer em qualquer faixa etária, o DM2 é geralmente diagnosticado em pacientes com idade acima de 40 anos. É importante ressaltar sua alta morbimortalidade como: insuficiência renal, amputação de membro inferior, cegueira e doença cardiovascular, incluindo doenças coronarianas e acidente vascular encefálico.

Entre as complicações o pé diabético é uma das mais significativas e devastadoras complicações do diabetes e é definido como um grupo de síndromes em que neuropatia, isquemia e infecção levam à perda do tecido, e possível amputação. Cerca de 15% dos pacientes diabéticos desenvolvem úlceras nos pés e sabe-se que este fato precede a amputação

em 85% dos casos. No mundo, a cada 20 segundos, um membro inferior é perdido devido diabetes, sendo a causa mais comum de amputação não traumática do membro inferior (VIBHA, et al., 2018).

Carpeletti e Salla (2016), apontam que as complicações são um dos maiores fardos da pessoa com DM, e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) potencializa a carga causada pela doença. A ocorrência de hipertensão e DM multiplica os fatores de risco para doença micro e macrovascular, resultando em aumento do risco para mortalidade cardiovascular, doença coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, doença cerebrovascular e doença vascular periférica. A HAS atua sinergicamente com a hiperglicemia, aumentando assim, o risco de desenvolvimento das complicações supracitadas.

A hiperglicemia persistente no diabetes não controlado acarretam várias complicações, agudas e crônicas. Complicações agudas incluem hipoglicemia, cetoacidose diabética, estado hiperosmolar hiperglicêmico e coma diabético hiperglicêmico. Complicações microvasculares crônicas são nefropatia, neuropatia e retinopatia, enquanto as complicações macrovasculares crônicas são doença arterial coronariana (DAC), doença arterial periférica (DAP) e doença cerebrovascular (DVC). Estima-se que a cada ano, 1,4% a 4,7% das pessoas de meia-idade com diabetes tenham um evento de DCV (GOYAL; JIALAL, 2018).

Além das complicações agudas da doença incluindo macro e microvasculares, estudo tem destacado a relação do DM com alterações psicológicas e sintomas depressivos. Estudo epidemiológico indica que a depressão é um fator de risco para desenvolver diabetes, e que o diabetes é um fator de risco para a depressão. Foi proposto que os sintomas de depressão atuam como mediadores de perturbações metabólicas subsequentes devido aos efeitos nos níveis de atividade e outros comportamentos (DARWISH, et al., 2018).

O diagnóstico do DM, bem como o tratamento estão associados a um aumento da probabilidade do surgimento de sintomas depressivos. A depressão em pessoas com diabetes aumenta os riscos de acidente vascular cerebral e mortalidade. Tanto o DM quanto a depressão estão associados a um declínio na função cognitiva devido a múltiplos efeitos no cérebro (DARWISH, et al., 2018).

Segundo Felisberto et al. (2017), nos últimos anos, tem-se demonstrado uma forte associação entre as duas doenças, tendo-se verificado um maior risco de depressão na população diabética, bem como um maior risco de alterações da homeostasia da glicose na população com síndrome depressiva. Dados epidemiológicos demonstram que pelo menos

30% dos diabéticos sofre de depressão e a prevalência maior está entre as mulheres que apresentam uma taxa de 28,2% comparativamente com 18% nos homens.

Diante do exposto, o DM representa um considerável encargo econômico para o indivíduo e para a sociedade, especialmente quando mal controlado, sendo a maior parte dos custos diretos de seu tratamento relacionado às suas complicações, que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, e que, muitas vezes, podem ser reduzidas, retardadas ou evitadas (CAPELETTI; SALLA, 2016).

Estudos indicam que a qualidade de vida (QV) de pacientes com DM é menor do que a daqueles sem a doença, e os aspectos envolvidos nessa relação ainda não são totalmente conhecidos. Vale ressaltar que algumas variáveis como tipo de DM, uso de insulina, idade, complicações, nível social, fatores psicológicos, etnias, escolaridade, conhecimento sobre a doença, tipo de assistência, entre outros, podem interferir na QV desses pacientes (CORRÊA, *et al.*, 2017).

Um estudo controlado randomizado enfatiza que os fatores preditivos para a qualidade de vida relacionada à saúde são idade, sexo, baixo nível socioeconômico (circunstâncias familiares e de trabalho, nível educacional, área residencial), etnia, obesidade, comorbidades e qualquer complicação diabética macrovascular. Destaca ainda que a prevalência de diabetes tipo 2 é mais alta entre as mulheres do que entre os homens. Uma metanálise recente demonstrou que as mulheres correm maior risco de desenvolver doença coronariana e acidente vascular cerebral do que os homens (PANISCH, *et al.*, 2018).

Destaca-se que nos últimos anos, um foco maior tem sido dado à questão feminina em relação ao diabetes. Segundo Chacra (2017), fatores biológicos femininos aumentam os riscos para o desenvolvimento do diabetes, como: Diabetes *mellitus* gestacional, caracterizada por uma síndrome, em que a mulher durante a gestação desenvolve dificuldade de absorver o açúcar no sangue. Após o nascimento do bebê, a doença regride, mas é fundamental o controle dos níveis glicêmicos durante a gravidez, pois mulheres que desenvolvem diabetes gestacional têm um risco maior de ter a doença crônica com o passar dos anos. A Sociedade Brasileira de Diabetes (2018), aponta que o Diabetes *mellitus* gestacional tem aumentado em paralelo com o aumento do DM2 e da obesidade na população feminina.

Outro fator de risco para o desenvolvimento de DM em mulheres é a menopausa. Com o fim da menstruação, o corpo passa por inúmeras transformações, dentre elas destaca-se o ganho de peso, principalmente na região abdominal que também se configura como um fator de risco que pode contribuir para o desenvolvimento do DM2 (CHACRA, 2017).

Diante deste contexto multifacetado e considerando a perspectiva de grande impacto e repercussão desde o diagnóstico do diabetes, tratamento, múltiplas e possíveis complicações é fundamental considerar o processo de significações, reconhecer a condição diante da patologia, entender e adaptar-se ao viver com diabetes. O diagnóstico de uma doença crônica gera uma multiplicidade de sentimentos relacionados à negação ou aceitação da patologia que exige um exercício de adaptação ativa (SILVA, *et al.*, 2018).

Silva *et al.* (2018), destacam que, sendo o diabetes uma condição crônica, requer que os sujeitos possuam auto-gestão contínua do estilo de vida e adaptação, entende-se que este processo seja ameaçador porque afeta o sujeito em vários aspectos, como: submissão as regras, que nem sempre são bem aceitas, alterações nos hábitos alimentares, uso correto de medicamentos que provocam mudanças na rotina do adoentado e de seus familiares.

Além da adaptação ao tratamento, as pessoas com DM, muitas vezes precisam adaptar-se as diversas complicações impostas pela patologia. De acordo com Becker e Heleno (2016), entre as complicações mais comuns estão o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular, a insuficiência renal crônica, as amputações de pés e pernas e a cegueira total. Assim como determinadas pessoas são capazes de lidar com as situações impostas pelo DM, outras não conseguem ter uma atitude saudável em relação a patologia, o que gera situações de sofrimento e dificuldade de adaptação.

Diante da relevância, necessidade de investigar e fundamentar o cuidado de enfermagem as mulheres no processo de adaptação ao diabetes, surge a primordialidade de compreender esta problemática por meio de uma teoria de enfermagem que considere o processo adaptativo. Dentre as diversas teorias de enfermagem, destaca-se a Teoria de Callista Roy ao entender a pessoa como sistema adaptativo e holístico, e incluir a noção de estímulos que interagem com as pessoas e desencadeiam respostas (MONTEIRO, *et al.*, 2016).

Esta teoria inclui a fundamentação de estímulos e respostas. O surgimento de estímulos leva a necessidade de respostas por parte do indivíduo, para isso são acionados mecanismos de enfrentamento os quais se processam por meio de dois subsistemas definidos como regulador e cognoscente. Os comportamentos resultantes desses subsistemas são observados a partir de quatro modos adaptativos, quais sejam: modo fisiológico, o modo de autoconceito, o modo de função/desempenho de papel e o modo de interdependência (COSTA, *et al.*, 2016).

Em síntese, o Modelo de Adaptação de Roy define a pessoa como um sistema adaptável com mecanismos de resistência reguladores e cognitivos que atuam para manter a adaptação relativamente aos quatro aspectos adaptáveis. Os estímulos a partir do ambiente

interno e externo ativam os mecanismos de resistências, os subsistemas regulador e cognitivo que, por sua vez, reproduzem respostas comportamentais relativas aos modos adaptativos já mencionado (ROY; ANDREWS, 2001).

De acordo com Roy e Andrews (2001), as respostas das pessoas aos estímulos podem ser adaptáveis e promoverem a integridade total da pessoa, ou ineficazes e não contribuírem para os objetivos da pessoa. A saúde é um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa integrada e total. Constitui um reflexo da adaptação, ou seja, a interação da pessoa com o ambiente. Neste sentido as ações de enfermagem têm como objetivo promover esta adaptação sendo a promoção desta adaptação em cada um dos quatro modos da referida teoria de enfermagem.

Diante disso, o estudo tem por objetivo conhecer o processo adaptativo das mulheres ao diabetes em acompanhamento ambulatorial com base na teoria de Callista Roy, traçando o perfil das mulheres e a partir disto descrever as dificuldades no processo de adaptação à patologia discutindo os resultados à luz da referida teoria para então traçar os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem para adaptação das mulheres ao diabetes.

1.1 JUSTIFICATIVA

Esta temática justifica-se pela minha inserção no programa de iniciação científica (PIBIC-UFPA) no período de agosto de 2016 a setembro de 2017 com projetos que abordavam temáticas de doenças crônicas não transmissíveis como o Diabetes *mellitus* e suas complicações como pé diabético. Desta maneira, surgiu a necessidade e interesse de aprofundar as pesquisas nessa linha de estudo.

Segundo Monteiro (2016), a enfermagem fundamenta-se no método científico para orientar a prática dos profissionais de enfermagem, facilitando a sistematização do processo de cuidar, nesse sentido a aplicação das teorias de enfermagem no âmbito da assistência propicia a edificação de um conhecimento mais sólido, crítico e reflexivo, proporciona cientificidade a profissão, aprimora as habilidades teórico-práticas e contribui com melhoria do cuidado prestado. Desta maneira, a eficiência do cuidado depende substancialmente do cumprimento das teorias de enfermagem que representam a base teórica do saber científico desta profissão e as diferentes vertentes de pensar a complexidade dos fenômenos presentes na prática da profissão.

Em seu Modelo de Adaptação, Roy considera o conceito de adaptação como um eixo orientador para a prática de enfermagem, esta teórica entende-o como um processo e resultado através do qual pessoas sensíveis e pensantes, utilizam a consciência e a escolha para criar a

integração humana e ambiental. Entende a enfermagem como uma profissão dos cuidados de saúde que se centra nos processos de vida, enfatizando a promoção da saúde aos indivíduos, grupos e sociedade como um todo, sendo que a ciência e a prática expandem a capacidade de adaptação e melhora a transformação ambiental da pessoa (COELHO, 2011).

Para Roy o indivíduo, família, organizações, comunidades ou sociedade, como um todo encontram-se expostos a uma série de circunstâncias, condições ou influências que rodeiam e afetam o desenvolvimento de pessoas ou grupos, sendo que o ambiente em mudança estimula as pessoas a dar respostas de adaptação. O ambiente é considerado como todas as circunstâncias, condições e influências que rodeiam e afetam o comportamento da pessoa. A pessoa saudável não está isenta de situações inevitáveis como a morte, a doença, a infelicidade ou estresse, mas a capacidade de lidar com estas situações deve ser a mais competente possível. A saúde é um reflexo de adaptação que ocorre a partir da interação entre pessoa e ambiente em que interage (COELHO, 2011).

Enfatizamos ainda que, a teoria do modelo de adaptação compõe a base para compreensão de que o indivíduo, como um sistema, tem a capacidade de se adaptar e criar mudanças no meio ambiente. A capacidade de resposta positiva a estas mudanças é uma função do nível de adaptação da pessoa, um ponto de mudança influenciado pelas exigências da situação e os recursos internos, incluindo capacidades, esperanças, sonhos, aspirações, motivações e tudo o que faz a pessoa movimentar-se constantemente em direção ao domínio (ROY; ANDREWS, 2001).

Nesse sentido, consideramos adequada a aplicação do Modelo de Adaptação de Callista Roy, para o estudo proposto, que dedica esforços na investigação para conhecer os processos adaptativos das mulheres diabéticas. Além disso, justifica-se a escolha pelo público feminino, pois quando se trata de resultados, parte dos estudos relacionados ao diabetes, expressam que a amostra feminina está relacionada a maiores marcadores de participação.

Nos resultados do estudo de Sousa *et al.* (2016), com idosos diabéticos, revelaram que a maioria era do sexo feminino. O estudo de Daya *et al.* (2016), acerca dos efeitos do diabetes sobre a qualidade de vida relacionada a saúde em um hospital da África do Sul apontou maior participação do público feminino.

Para Faria *et al.* (2013), o fato do estudo, sobre qualidade de vida de pacientes com DM, apresentar maior participação do público feminino está relacionado ao fato de que a população mundial feminina é maior que a masculina, além disso conjectura-se que as mulheres se caracterizam por buscarem mais frequentemente os serviços de saúde.

Assim, destaca-se a necessidade de conhecer as dificuldades do público feminino em adapta-se ao DM pode prejudicar substancialmente o prognóstico, abrindo caminho para o desenvolvimento de complicações e consequente alteração na qualidade de vida dessas pessoas. Neste sentido, o presente estudo justifica-se pela necessidade de conhecer o processo adaptativo das mulheres ao diabetes em acompanhamento ambulatorial com base na teoria de Callista Roy.

1.2 PROBLEMÁTICA

Entende-se a magnitude desta problemática, pelo fato do DM estar associado a maiores taxas de hospitalizações, maior utilização dos serviços de saúde, assim como maior incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores, desta forma é possível prever a carga que isso representará nos próximos anos para os sistemas de saúde de todos os países. Esta carga será maior, entretanto, nos países em desenvolvimento, devido a maioria ainda enfrentar desafios no controle de doenças infecciosas (SBD, 2018).

Neste sentido é fundamental considerar todo o processo que permeia as mudanças na vida de uma mulher acometida por uma doença crônica, em especial o diabetes. Conhecer e entender o processo adaptativo à uma patologia envolve um conjunto de conhecimentos da doença, da pessoa e de bases teóricas.

Assim, diante do contexto questionamos:

Como está ocorrendo o processo adaptativo de mulheres com diabetes em acompanhamento ambulatorial diante as alterações geradas pelo diabetes?

Quais os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem no processo adaptativo de mulheres com diabetes.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Conhecer o processo adaptativo desenvolvido pelas mulheres com diabetes em acompanhamento ambulatorial com base na teoria de Callista Roy.

2.2 ESPECÍFICOS

Identificar as alterações vivenciadas pelas mulheres no processo de adaptação ao diabetes;

Descrever os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem no processo adaptativo de mulheres com diabetes, com base nos pressupostos de Roy.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CALLISTA ROY E O MODELO DE ADAPTAÇÃO

A Enfermeira Callista Roy, nasceu em 1939 em Los Angeles, Califórnia, Estado Unidos, por volta do ano de 1963 realizou pós-graduação em Enfermagem Pediátrica. Em um de seus seminários juntamente com Dorothy Johnson desenvolveu os princípios de um Modelo Conceitual de Enfermagem, baseado em sua experiência na área de pediatria em que levou em conta a capacidade de recuperação e adaptação a mudanças de problemas físicos e psicológicos por parte da criança. Mais tarde, no ano de 1977, ela obteve seu doutorado em Sociologia. De sua experiência profissional e formativa originaram suas primeiras publicações em 1970, um artigo intitulado "Adaptação: Um marco conceitual para a enfermagem ", em 1976 ele publicou "Introdução à Enfermagem: Um modelo de adaptação " (GÓMEZ, *et al.*, 2016).

As fontes teóricas do modelo de adaptação de Callista Roy são baseadas na Teoria dos Sistemas de Von Bertalanffy e na teoria do Modelo de Adaptação do psicólogo fisiologista Harry Helson. Seus princípios filosóficos estão enraizados no humanismo e na unidade cósmica, termos que foram recentemente incorporados por Roy. Gómez *et al.* (2016), citam que:

O modelo é baseado em dois pilares teóricos; adaptação e sistemas humanos: a) adaptação refere-se ao "processo e ao resultado pelo qual as pessoas que têm a capacidade de pensar e sentir como indivíduos ou como membros de um grupo, estão cientes e escolhem a integração do ser humano com seu ambiente"; b) sistema humano definido como o "conjunto de partes ligadas à função como um todo e que segue um determinado propósito, agindo em virtude da interdependência das partes (GÓMEZ *et al.*, 2016, p.9).

A forma como os principais conceitos do modelo têm sido desenvolvidos evidencia a profunda influência de cada uma dessas perspectivas. A contribuição da teoria dos sistemas para a base científica do Modelo de Roy é evidente na descrição da pessoa como um sistema adaptável. Roy vê o indivíduo como sistema que funciona com partes independentes que atuam em unidade para um determinado objetivo, os mecanismos de controle são essenciais para o funcionamento do sistema humano. Os conceitos da teoria dos sistemas de entradas (estímulos) e saídas (comportamento) contribuem para conceitos importantes no modelo (ROY; ANDREWS, 2001).

Em relação aos seus princípios filosóficos, Roy (1988), identificou seis pressupostos específicos associados com dois princípios filosóficos do humanismo e da veracidade. O Humanismo, definido por Roy como:

[...] o amplo movimento na filosofia e psicologia que reconhece a pessoa e as dimensões subjetivas da expressão humana como essenciais para o conhecimento e valorização, serve de base para as quatro suposições específicas. No Humanismo crê-se que (a) o indivíduo partilha o poder criativo, (b) age com um objetivo, não numa sequência de causa e efeito, (c) possui um holismo intrínseco, e (d) luta para manter a integridade e concretizar a necessidade de relações (ROY; ANDREWS, 2001, p. 18).

Outro princípio filosófico que constitui a base do modelo de Roy é a Veracidade. Segundo a teórica, faz parte do princípio da natureza humana que certifica um objetivo comum da existência humana. Na veracidade crê-se que:

[...] o indivíduo na sociedade é visto no contexto de (a) objetivo de uma existência humana, (b) unidade de objetivo da humanidade, (c) atividade e criatividade para um bem comum, e (d) valor e significado da vida (ROY; ANDREWS, 2001, p. 18).

Estas suposições constituíram a base para a descrição específica dos seguintes conceitos principais do Modelo de Adaptação de Roy, a saber: **a pessoa, o meio ambiente, saúde e enfermagem**. Destacamos ainda alguns Conceitos Chave na teoria de Roy, fundamentais à compreensão do Modelo de Adaptação e que subsidiarão a base do entendimento aos conceitos principais, segundo Roy e Andrews (2001):

Nível de Adaptação: um ponto de mudança que representa a capacidade da pessoa em responder positivamente numa dada situação.

Respostas Adaptáveis: respostas que promovem a integridade em termos de objetivos do sistema humano.

Comportamento: ações internas ou externas e reações em circunstâncias específicas.

Subsistema Cognitivo: um importante processo de resistência envolvendo quatro canais cognitivos-emotivos: processamento perceptivo e da informação, aprendizagem, avaliação e emoção.

Subsistema Regulador: um dos principais processos de resistência que envolvem os sistemas endócrino, químico e neurológico.

Estímulo: aquilo que provoca a pessoa.

Estímulo Contextual: todos os outros estímulos presentes na situação que contribuem para o efeito do estímulo focal.

Estímulos Focais: os estímulos internos ou externos que mais imediatamente confrontam a pessoa.

Estímulo Residual: um fator ambiental, interno ou externo a pessoa, cujos efeitos na situação atual são obscuros.

Mecanismos de Resistência: modos inatos ou adquiridos de responder à mudança do ambiente.

Objetivo da Enfermagem: a promoção da adaptação em cada um dos quatro modos, contribuindo, por meio disto, para a saúde, qualidade de vida e morte da pessoa com dignidade.

Saúde: um estado e processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada.

Humanismo: o amplo movimento na filosofia e psicologia que reconhece a pessoa e as dimensões subjetivas da experiência humana como o ponto central para o conhecimento e valorização (ROY, 1988).

Respostas Ineficazes: respostas que não contribuem para a integridade em termos de objetivos do sistema humano.

Pessoa: sendo um sistema adaptável, o indivíduo é descrito como um todo que compreende as partes que funcionam segundo uma unidade para o mesmo objetivo.

Veracidade: um princípio da natureza humana que certifica um objetivo comum da existência humana (ROY, 1988).

Medeiros *et al.* (2015), citam que o Modelo de Adaptação de Roy constitui a base para a compreensão do indivíduo como sistema capaz de se adaptar. A pessoa é a receptora dos cuidados de enfermagem. A saúde é entendida como um estado e um processo de tornar-se uma pessoa total e integrada. O ambiente inclui todas as condições e circunstâncias que afetam o comportamento e o desenvolvimento da pessoa. Por fim, a meta da enfermagem é a promoção de respostas adaptativas em relação aos quatro modos adaptativos (fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência).

3.2 MODELO DE ADAPTAÇÃO E SEUS CONCEITOS: PESSOA, MODOS ADAPTÁVEIS, AMBIENTE, SAÚDE E ENFERMAGEM

O modelo de adaptação de Roy destaca conceitos importantes para o processo adaptativo do ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, que são os seguintes:

3.2.1 Pessoa

Como caracteriza Bernardino *et al.* (2018), a pessoa representa um sistema complexo que envolve o indivíduo, a família, as organizações e as comunidades, exposta à uma série de circunstâncias e condições do ambiente que afetam seu desenvolvimento, influenciando seu comportamento e estimulando a geração de respostas adaptativas, sendo a saúde, um reflexo de adaptação a partir da interação entre o indivíduo e ambiente.

Em Roy e Andrews (2001), encontramos a descrição do termo *adaptável* como um conceito integral nos pressupostos científicos subjacentes ao modelo e significando que o sistema humano tem a capacidade de se ajustar, efetivamente, às mudanças no meio ambiente e, por sua vez, afetá-lo. Por compreender as pessoas como sistemas adaptáveis destaca-se o significado do termo *sistema* como:

[...] um conjunto de partes ligadas para funcionar como um todo, tendo em vista um determinado objetivo, e fá-lo graças à interdependência das suas partes. Para além de ser um todo e ter partes relacionadas, os sistemas têm igualmente *entradas*, *saídas*, e processos de *resposta e controle* (ROY; ANDREWS, 2001, p. 20).

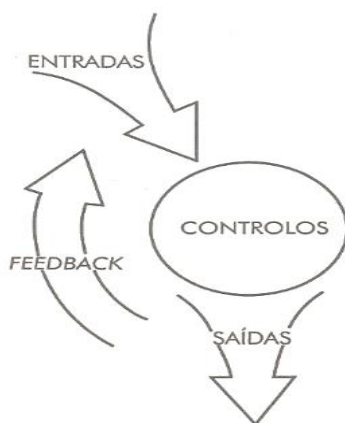


Figura 1 – Representação diagramática de um sistema simples.

Fonte: ROY, C., ANDREWS, H. A. **Teoria da Enfermagem: o Modelo de Adaptação de Roy**. Lisboa: Instituto Piaget, Pág. 19. 2001.

De acordo Medeiros *et al.* (2015), a entrada, sob a forma de **estímulos**, ativa mecanismos reguladores e cognitivos que agem para manter a adaptação a partir dos modos

adaptáveis. As saídas dos indivíduos são suas **respostas**, ou seja, os comportamentos da pessoa. As respostas de saída tornam-se retroalimentação para a pessoa e para o ambiente, e são categorizadas como respostas adaptativas: promovem a integridade da pessoa, que é demonstrada, comportamentalmente, quando a pessoa é capaz de preencher as metas em termos de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio. As respostas inefetivas não sustentam estas metas.

Neste sentido, o estímulo é identificado com o elemento que provoca a resposta, pode ser interno ou externo, e incluem todas as condições, circunstâncias e influências em volta da pessoa, ou que afeta o desenvolvimento ou comportamento desta. Já o termo “ambiente”, nesta teoria, estabelece o conjunto de estímulos que interagem com a pessoa. Estes estímulos podem ser divididos em focal, contextual e residual (MEDEIROS, *et al.*, 2015).

Reforça-se que a pessoa é entendida como um sistema adaptável afetado pelo mundo à sua volta e no seu interior. Em um sentido amplo, este mundo é chamado de ambiente. Conforme o Modelo de Adaptação de Roy para a Enfermagem, o meio é mais especificamente conhecido como estímulos: focais, contextuais e residuais. Assim, a junção desses estímulos cria o nível de adaptação, ou seja, a pessoa cria uma resposta que pode ser adaptável ou ineficaz (ROY; ANDREWS, 2001).

As três classes de estímulos formam o meio ambiente da pessoa. O estímulo focal é o estímulo interno e externo que mais imediatamente confronta a pessoa, o objeto ou acontecimento que atrai a atenção de alguém. O estímulo residual compreende todos os outros estímulos presentes na situação e contribui para o comportamento provocado pelo estímulo focal e, finalmente, o estímulo residual é o fator ambiental interno e externo à pessoa, cujos efeitos na situação atual não são centrais (ROY; ANDREWS, 2001).

Medeiros *et al.* (2015), descrevem que os estímulos ativam mecanismos de enfrentamento inatos ou adquiridos, para assim responder às mudanças do ambiente, os quais são divididos em dois subsistemas: o regulador, que recebe estímulos e exibe respostas de saída através de reflexos autônomos, ou seja, transmissores de natureza química, neural ou endócrina; e o cognato, que recebe estímulos e a eles responde por meio de quatro canais cognitivo-emocionais que são: perceptual/processamento de informações; aprendizagem; julgamento e emoção. Dessa forma esses mecanismos irão desencadear as respostas.

Nesse sentido, o nível de estímulo e adaptação opera como uma entrada para a pessoa enquanto sistema adaptável, após processar esta entrada através dos mecanismos de controle, a pessoa cria uma resposta. As respostas adaptáveis são aquelas que promovem a

integridade da pessoa em termos de objetivos de adaptação como: sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio. Já as respostas ineficazes configuram-se por não promoverem a integridade e nem contribuírem para os objetivos de adaptação (ROY; ANDREWS, 2001).

Finalmente, as respostas são o comportamento da pessoa frente a um estímulo e a caracterizam como um sistema adaptável. Respostas podem ser observadas, percebidas intuitivamente, medidas, ou subjetivamente relatadas. Assim, quando a enfermagem auxilia a pessoa a promover a adaptação, avalia as respostas atuais da pessoa e a sua eficácia (ROY; ANDREWS, 2001).

3.2.2 Modos Adaptáveis

O modelo de adaptação de Roy descreve que em virtude da necessidade de resposta, acionam-se mecanismos de enfrentamento os quais se processam por meio de dois subsistemas definidos como regulador e cognoscente. O primeiro pode ser de natureza química, neural e endócrina, já o subsistema cognoscente está relacionado às funções cerebrais superiores de percepção, de emoção ou de processamento das informações de julgamento (MONTEIRO *et al.*, 2016).

Como caracteriza Monteiro *et al.* (2016), os comportamentos resultantes destes subsistemas são observados a partir de quatro modos adaptativos, quais sejam: modo fisiológico, modo de autoconceito, modo de função/desempenho de papel e o modo de interdependência.

Roy e Andrews (2001), reforçam que, os comportamentos que resultam do mecanismo regulador e cognitivo podem ser observados em quatro categorias ou modos adaptáveis sendo através dessas quatro categorias principais que as respostas se dão, e o nível de adaptação ocorre.

-Modo Fisiológico

O modo Fisiológico está associado à forma como a pessoa responde como ser físico aos estímulos do ambiente. O comportamento neste modo é a manifestação das atividades fisiológicas de todas as células, tecidos, órgãos e sistemas que constituem o corpo humano. Neste modo, os mecanismos de resistência são aqueles associados com o funcionamento fisiológico produzido, e as respostas são caracterizadas com comportamentos fisiológicos. É por meio do comportamento fisiológico da pessoa que se observa se os mecanismos de resistência são capazes de se adaptar ao estímulo que os afeta (ROY; ANDREWS, 2001).

As cinco necessidades do modo fisiológico relativas às necessidades básicas de integridade fisiológica são: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso e proteção. Outros quatro processos complexos que envolvem sentidos, fluidos e eletrólitos, função neurológica e função endócrina, também compreendem a discussão acerca da adaptação fisiológica (ROY; ANDREWS, 2001).

Como descrevem Roy e Andrews (2001), a necessidade subjacente ao modo fisiológico constitui a integração fisiológica, definida como um grau de totalidade alcançado pela adaptação às necessidades. Desse modo, quando as necessidades fisiológicas das pessoas são satisfeitas, a integridade fisiológica é alcançada. O modelo de adaptação de Roy propõe cinco necessidades básicas inerentes à integridade fisiológica, quais sejam:

Oxigenação: necessidade que envolve a necessidade de oxigênio do corpo e o processo de ventilação, trocas gasosas e transporte de gases (VAIRO, 1984);

Nutrição: necessidade que envolve uma série de processos associados com a ingestão e assimilação de alimentos para a manutenção do funcionamento, promoção do crescimento, e substituição de tecido gasto ou ferido (SERVONSKY, 1984);

Eliminação: necessidade que inclui os processos fisiológicos envolvidos na excreção dos resíduos metabólicos em primeiro lugar através dos intestinos e rins (SERVONSKY, 1984);

Atividade e Repouso: a necessidade de equilíbrio na atividade física e no repouso fornece funcionamento fisiológico otimizado de todos os componentes do corpo e períodos de restauração e reparação (CHO, 1984);

Proteção: as defesas básicas do organismo incluem processos de imunidade e de estruturas de tegumento (pele, cabelo e unhas) que servem como uma função protetora importante contra a infecção, trauma e mudanças de temperatura (SATO, 1984).

Além das necessidades já destacadas, quatro processos complexos são identificados como áreas importantes de consideração quando se avalia a adaptação fisiológica:

Sentidos: a visão, audição, tato, olfato permitem às pessoas interagirem com o seu ambiente. A dor é uma composição importante na avaliação dos sentidos (DRISCOLL, 1984);

Fluidos e Eletrólitos: delicado equilíbrio de fluidos e eletrólitos, em termos de água, eletrólitos e ácido/base (PERLEY, 1984);

Função Neurológica: os canais neurológicos são uma parte integral dos mecanismos de resistência reguladores da pessoa. Eles funcionam para controlar e coordenar os movimentos corporais, consciência, e processos cognitivos e emocionais, assim como para regular a atividade dos órgãos do corpo (ROBERTSON, 1984);

Função Endócrina: atividade endócrina desempenha um papel significativo na resposta ao *stress* e faz igualmente parte do mecanismo de resistência regulador (HOWARD; VALENTINE, 1984).

-Modo de Autoconceito

Em Roy e Andrews (2001), encontramos o modo de autoconceito como um dos três modos psicossociais que se centra especificamente sobre os aspectos sociais e psicológicos da pessoa. A necessidade que lhe é subjacente é designada por integridade psíquica. Este modo contém duas subáreas: o eu físico e o eu pessoal. O autoconceito é definido como um composto de crenças e sentimentos que uma pessoa tem por si própria numa determinada altura. Formado a partir de percepções internas das reações dos outros, o autoconceito é instrumental na direção do comportamento de alguém. Este modo põe a questão: Quem sou eu?

O eu físico, uma das duas subáreas, consiste na avaliação da pessoa do seu próprio ser físico, incluindo os atributos, aparência, funcionamento, sensações, sexualidade e estatuto de bem-estar em termos de saúde. Esta subárea inclui dois componentes: a sensação corporal e a imagem corporal. A sensação corporal aplica-se à capacidade para sentir e experimentar a si próprio como ser físico. Consideremos como exemplos de comportamentos de sensações corporais as seguintes afirmações: “Sinto-me doente, sinto-me exausto ou sinto-me ótimo”. Já a imagem corporal aplica-se à maneira como a pessoa se vê fisicamente e à aparência de alguém. São afirmações comportamentais referente a imagem corporal: “Eu preciso perder peso, sou bastante atraente” (ROY; ANDREWS, 2001).

O eu pessoal é formado por três componentes: autoconsciência, auto ideal, e o eu moral-ético-espiritual. Autoconsciência refere-se à resistência para manter uma auto-organização consistente e evita, assim, o desequilíbrio. Afirmações como: “Quero ser enfermeira, ou gostaria de ser capaz de ter uma boa nota neste exame”, manifestam o auto

ideal da pessoa. O eu moral-ético-espiritual inclui sistema de crenças de uma pessoa e uma avaliação de quem uma pessoa é.

Segundo Roy e Andrews (2001), a integridade psíquica constitui a necessidade subjacente ao modo de autoconceito e o objetivo do processo de adaptação. Ligado a cada componente do autoconceito está a autoestima, a percepção de valor da pessoa. O nível pessoal de autoestima reflete o autoconceito e os comportamentos relacionados dão uma análise profunda da adaptação ao modo de autoconceito.

-Modo de Função na Vida Real

É um dos dois modos sociais e incide sobre os papéis que a pessoa ocupa na sociedade. Um papel, como a unidade de funcionamento da sociedade, é definido por um conjunto de expectativas sobre a forma como uma pessoa que ocupa uma posição se comporta em relação a uma pessoa que ocupa outra posição. A necessidade básica subjacente ao modo de função na vida foi identificada como a integridade social. A classificação de papéis como primários, secundários, e terciários foi adaptada para utilização no Modelo de Adaptação de Roy considerando que:

“Associado a cada papel estão os **comportamentos instrumentais** e os **comportamentos expressivos**, cuja avaliação fornece uma indicação da adaptação social relativa à função na vida real. Cada tipo de comportamento pode ser ilustrado com o papel da mãe. Cuidar das necessidades físicas do bebê envolve comportamentos instrumentais; abraçar e segurar o bebê são comportamentos expressivos. A forma como a pessoa desempenha os papéis que se espera dela é uma indicação do funcionamento do papel (ROY; ANDREWS, 2001, p. 30)”.

-Modo de Interdependência

De acordo com Gómez *et al.* (2016), o modo de interdependência implica a relação da pessoa com seus parentes e os sistemas de apoio. Busca o equilíbrio entre comportamentos dependentes (busca de ajuda, atenção e afeto) e comportamentos independentes (ter iniciativa e obter satisfação no trabalho).

Segundo Roy e Andrews (2001), este modo incide sobre as interações relacionadas com o dar e receber amor, respeito e valor. A necessidade básica deste modo é designada adequação emocional. Duas relações específicas são o ponto de incidência deste modo: outros significados, ou seja, as pessoas mais importantes para o indivíduo, e os sistemas de apoio, isto é, outros que contribuem para a satisfação das necessidades de interdependência. Com referência as relações específicas foram identificadas duas áreas principais de comportamento de interdependência: o comportamento receptivo e o comportamento contributivo, aplicados respectivamente ao receber e dar amor, respeito e valor em relações de interdependência.

Finalmente, destaca-se que o comportamento de cada pessoa é visto em relação a quatro modos adaptáveis; eles oferecem uma forma particular de manifestação de atividade cognitiva e reguladora no âmbito do processo adaptável. Apesar de descrevermos os modos de maneira separada é fundamental destacar que estes estão inter-relacionados. A partir da representação abaixo, pode-se entender que há uma interrelação dos quatro modos, o modo fisiológico, na figura, está intersectado por cada um dos outros três modos. O comportamento no modo fisiológico pode ter um efeito sobre ou agir como estímulo para um ou todos os outros três modos. Da mesma maneira, um estímulo pode afetar mais de um modo, ou ainda, um comportamento particular pode ser um sinalizador de processo de adaptação em mais de um modo (ROY; ANDREWS, 2001).

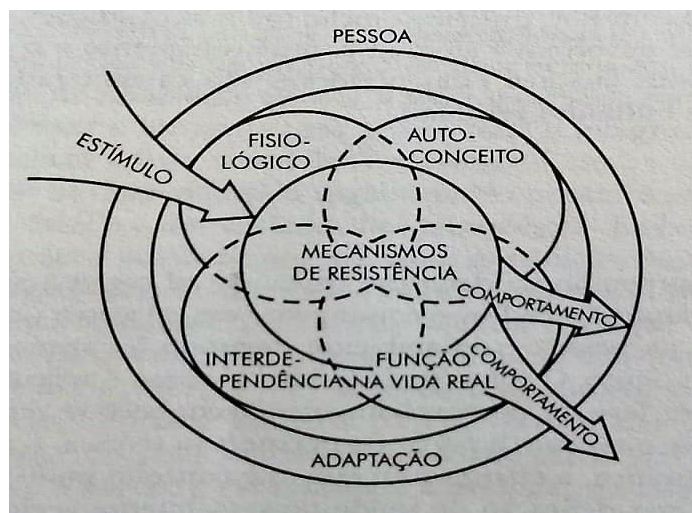


Figura 2 – A pessoa como um sistema adaptável.

Fonte: ROY, C., ANDREWS, H. A. **Teoria da Enfermagem: o Modelo de Adaptação de Roy**. Lisboa: Instituto Piaget, Pag. 19, 2001.

3.2.3 Ambiente

Segundo Ribeiro e Cavassan (2013), a expressão ambiente refere-se a um complexo de relações entre o mundo natural e o ser vivo, que influi na vida e no comportamento desse mesmo ser. Logo, o uso dessa expressão deve levar em conta as características de cada reino, assim como, os componentes e relações que constituem o espaço no qual um organismo vive, isso porque a dependência dos seres em relação às características do ambiente varia de uma espécie para outra. Conceito este de ambiente, voltado intimamente para natureza e estudo de Ciências Ambientais.

Pode-se perceber no conceito acima o destaque para o ambiente externo ao ser humano e suas interrelações, com destaque para a influência do meio no comportamento do ser humano. Para Roy e Andrews (2001), o conceito ambiente é fundamental no modelo de adaptação de Roy, uma vez que é entendido não somente como mundo exterior, como também o mundo interior da pessoa. Como descreve este modelo, o ambiente em mudança provoca estímulos a pessoa para desenvolver respostas adaptáveis. Durante a trajetória do ser humano, a vida nunca é a mesma, ou seja, constantemente muda, e requer da pessoa capacidade de adaptação à novos ambientes, e superação de desafios.

À proporção que o ambiente muda, ocorrendo demandas de transformações, a pessoa tem a oportunidade de mudar e continuar a crescer. Destacamos o seguinte exemplo: uma resposta positiva para circunstâncias de mudança é um doente que reorganiza as prioridades de vida após sofrer um ataque de coração quase fatal. Neste sentido Roy caracteriza o ambiente como, um elemento que inclui todas as condições, circunstâncias e influências que

envolvem e afetam o desenvolvimento e o comportamento da pessoa (ROY; ANDREWS, 2001).

3.2.4 Saúde

Segundo Roy e Andrews (2001), uma definição de saúde destacada pela Organização Mundial de Saúde das Nações Unidas, considera que saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a mera ausência de doença e enfermidade. Considerando o Modelo de Adaptação de Roy, a saúde de uma pessoa pode ser descrita segundo uma reflexão de interação com o ambiente que pode resultar em processo de adaptação. Desta forma:

“[...] a adaptação bem-sucedida foi vista em termos de objetivos do sistema humano, sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio. Foi dito que as respostas adaptáveis promoviam a integridade ou o todo relativo a estes objetivos, integridade implicando força, condição singular conducente ao todo. A saúde pode ser vista à luz dos objetivos individuais e do objetivo da existência humana. O preenchimento do objetivo de alguém na vida está refletido no propósito de uma pessoa total e integrada (ROY; ANDREWS, 2001, p. 33)”.

3.2.5 Enfermagem

Como caracteriza Roy e Andrews (2001), o objetivo da Enfermagem é contribuir para o objetivo global dos cuidados de saúde, ou seja, para promover a saúde das pessoas e da sociedade. Nesse sentido, articulado ao modelo de adaptação de Roy, o objetivo da enfermagem compreende a promoção da adaptação nos quatro modos, por meio disso, cooperar para a saúde e morte com dignidade da pessoa, famílias, grupos, comunidades e à sociedade como um todo. É função da enfermagem promover adaptação em situações de saúde e doença, para aumentar a interação da pessoa com seu ambiente e por meio disso promover a saúde.

3.3 PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO O MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY

O Processo de Enfermagem (PE) constitui-se em um método de trabalho utilizado por enfermeiros para guiar a prática assistencial. Este organiza-se de forma sequencial e sistemática, que contribui para auxiliar na organização e promoção de estratégias de atenção específicas para a clientela assistida, incluindo as diretrizes para o cuidado humanizado e a segurança do paciente (TRINDADE, *et al.*, 2016).

Conforme Boaventura *et al.* (2017), o Processo de Enfermagem (PE) é uma atividade profissional específica que demanda uma série de ações inter-relacionadas fundamentada no conhecimento técnico-científico e os valores histórico e culturais do profissional enfermeiro. Atividades inerentes e exclusivas da profissão são consideradas partes do PE como as ações e intervenções de enfermagem (Planejamento e Implementação de Enfermagem), tendo como base o julgamento sobre as necessidades humanas específicas (diagnósticos de Enfermagem), para o alcance de resultados (resultados de Enfermagem).

De acordo com a teoria de Roy, as atividades de enfermagem, envolvem a avaliação do comportamento e os estímulos que influenciam a adaptação. Os critérios da enfermagem são baseados nesta avaliação e as intervenções são planejadas para lidar com estes estímulos. Os atos de enfermagem aumentam a interação da pessoa com o meio ambiente e promovem a adaptação (ROY; ANDREWS, 2001).

Segundo Roy e Andrews (2001), o processo de enfermagem, descrito por Roy, relaciona-se diretamente com a visão da pessoa como um sistema adaptável. São descritos seis passos no processo de enfermagem de acordo com o Modelo de Adaptação de Roy: **1- Avaliação do comportamento; 2- Avaliação do estímulo; 3- Diagnóstico de enfermagem; 4- Estabelecimento do objetivo; 5- Intervenção; 6- Avaliação.**

A avaliação do comportamento é o primeiro passo do processo de enfermagem, como descrito pelo Modelo de Adaptação de Roy, o objetivo das atividades de enfermagem é promover a adaptação. O único indicador de como a pessoa está conseguindo lidar com ou adaptar-se às mudanças no estado de saúde é o comportamento. Dessa forma, o primeiro passo envolve a recolha de dados sobre o comportamento da pessoa e o estado geral atual de adaptação. Como já descrito, é a mudança nos estímulos interiores e exteriores que cria *stress* nas capacidades de resistência da pessoa. O comportamento individual manifesta-se, quer o indivíduo esteja ou não a lidar efetivamente com estas mudanças. Ao passo que o primeiro

nível de avaliação no processo de enfermagem envolve a identificação dos estímulos internos e externos que estão a influenciar os comportamentos (ROY; ANDREWS, 2001).

O diagnóstico de enfermagem é definido no Modelo de Adaptação de Roy como um processo de avaliação que resulta de uma afirmação que faz parte do status de adaptação da pessoa. O estabelecimento do objetivo, é descrito como a determinação de afirmações claras de resultados comportamentais nos cuidados de enfermagem para a pessoa. O objetivo genérico da intervenção em enfermagem foi definido anteriormente como: manter e aumentar o comportamento adaptável e modificar o comportamento ineficaz tornando-o adaptável. O comportamento da pessoa é o ponto central desta afirmação geral e, de modo semelhante, quando se determinam objetivos específicos, o comportamento da pessoa constitui o ponto central (ROY; ANDREWS, 2001).

A intervenção centra-se na forma como os objetivos devem ser obtidos. Assim como o realce do estabelecimento de objetivos é o comportamento da pessoa, o realce da intervenção é o estímulo que influencia o comportamento. Finalmente, a avaliação envolve a apreciação da eficácia da intervenção da enfermagem em relação ao comportamento da pessoa. O objetivo que foi determinado no quarto passo foi atingido? Para tomar esta decisão, é necessário avaliar o comportamento da pessoa depois das intervenções terem sido implementadas. Assim como nos passos iniciais de avaliação, são utilizadas as qualidades da observação sensitiva, medição e entrevista. A intervenção de enfermagem seria julgada efetiva, se o comportamento da pessoa for de encontro aos objetivos iniciais (ROY; ANDREWS, 2001).

3.4 DOENÇAS CRÔNICAS E ADAPTAÇÃO

No século XXI, as doenças crônicas configuram-se como um dos principais desafios na área da saúde. O número de adultos diagnosticados com doenças crônicas continua aumentando no mundo (DIAZ; CRUZ, 2017). Na visão de Batista (2016), as doenças crônicas têm consequências psicológicas e sociais importantes, exigindo uma adaptação psicológica significativa. Confrontam o doente com inúmeras ameaças e desafios, suscitando neste diferentes necessidades adaptativas, a necessidade de preservar um equilíbrio emocional razoável e uma autoimagem satisfatória; a necessidade de manter um sentido de competência e domínio sobre si próprio; a necessidade de conservar relações com a família e amigos; e a preparação para um futuro incerto.

As incertezas no diagnóstico, a incapacidade, a dependência, os estigmas sociais e as alterações no estilo de vida são outras características das doenças crônicas que requerem adaptação. De forma a manter níveis adequados de funcionamento emocional, físico e social expressos pelo bem-estar e qualidade de vida, os doentes têm de lidar com estas ameaças e desafios impostos pela doença. As doenças crônicas são: “doenças prolongadas, que não se resolvem espontaneamente e que raramente têm cura completa” [*Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) 2003], afetando, de forma significativa, a capacidade do indivíduo funcionar normalmente (BATISTA, 2016).

Para além de diminuir a sobrevivência, as doenças crônicas são a principal causa de incapacidade, levando a um declínio econômico, social e psicológico. Aproximadamente 13% dos adultos referem algum grau de limitação da atividade provocado por uma doença crônica, triplicando-se esta percentagem para 37% nos indivíduos com mais de 65 anos. Prevê-se que o número de pessoas a viver com uma ou mais condições crônicas continue a aumentar nas próximas décadas. A erradicação de muitas doenças infecciosas e o aumento da expectativa média de vida e da proporção de pessoas idosas, provocaram um aumento na prevalência destas doenças (BATISTA, 2016).

A adaptação pode definir-se como a resposta a uma alteração no ambiente que permite que um indivíduo se ajuste adequadamente a essa alteração. As doenças crônicas requerem adaptação em múltiplos domínios de vida, tanto os indicadores de adaptação positivos como negativos são relevantes; a adaptação não é um processo estático, mas sim um processo que se desenvolve ao longo do tempo e não pode ser adequadamente descrito sem a referência ao contexto particular do indivíduo (BATISTA, 2016).

É significativo o interesse pelos fatores psicológicos que afetam as pessoas com uma doença crônica. A maior parte das doenças físicas associam-se a um aumento na prevalência de sintomas psicológicos. Nesse sentido, estudos prospectivos recentes confirmaram que a incapacidade é um dos preditores mais fortemente relacionados com o humor depressivo entre as pessoas com doenças crônicas como o cancro, a artrite reumatoide, a esclerose múltipla, a diabetes e a doença pulmonar obstrutiva crónica (BATISTA, 2016).

Bertolin *et al.* (2017), destacam que, o conceito de “aceitação da doença” compõe o processo de adaptação psicológica, pela potencialidade de tornar a pessoa mais ativa no cuidado com a doença e favorecer o enfrentamento das limitações por ela impostas, de forma otimista e com sentimentos positivos. A aceitação da doença é um meio de avaliar a adaptação psicológica frente às demandas provenientes das manifestações clínicas e do tratamento requerido para as doenças.

A necessidade de adaptação à doença não se dá unicamente a nível do indivíduo, muito pelo contrário, a adaptação da família é um aspecto muito importante nas doenças crônicas, potenciando ou condicionando o sucesso terapêutico e psicológico destes doentes. Existem vários fatores que podem contribuir para a adaptação à doença crônica como: socioeconômicos, cultura, gênero, família e outros suportes sociais, atributos da personalidade e cognição (BATISTA, 2016).

É importante destacar que o que as pessoas pensam, sentem e fazem acerca da sua saúde, é fruto de determinado contexto pessoal, cultural e social. A abordagem deste contexto enfatiza a interdependência do comportamento dos indivíduos e das suas circunstâncias de vida, e a interação dos mecanismos distais e proximais de saúde que influenciam diretamente no processo adaptativo (BATISTA, 2016).

3.5 MULHERES E AS DIFICULDADES ADAPTATIVAS FRENTE AO DIABETES

Por ser uma doença crônica, o Diabetes *mellitus* tipo 2 influi na rotina de vida das pessoas, pois elas precisam de cuidados diários, fato que pode gerar angústia e dificuldades para a aceitação da doença. O tratamento ideal inclui: medicação, dieta, atividade física e exames laboratoriais, que devem ser realizados pelo paciente. Portanto, o acompanhamento com diversos profissionais da saúde se torna indispensável para que o tratamento possa ser realizado integralmente (BECHER; HELENO, 2016).

Dessa forma, conviver com uma doença crônica como o DM demanda adaptar vários elementos do viver cotidiano, sendo que essas mudanças nem sempre são fáceis de gerenciar e principalmente de manter, tendo em vista que não há um ponto de finalização no tratamento. Muitas pessoas sentem dificuldades para controlar o DM, sendo que essa situação pode causar medo, sensação de estresse e desajustamento, mudanças na percepção sobre si mesmo, frustração, tristeza e não aceitação da doença. Além disso, mulheres com DM também convivem com problemas e demandas que transcendem os aspectos biológicos, emergindo de seu viver cotidiano e de sua história de vida (RECKZIEGEL, 2014).

Como descrito por Batista (2016), as relações interpessoais são componentes vitais na adaptação das mulheres às doenças crônicas, criando ao mesmo tempo exigências e benefícios. Quer sejam o doente ou o cuidador, as mulheres focam-se geralmente nos outros e na manutenção dos seus papéis domésticos. Sabe-se que, por exemplo, depois de um ataque cardíaco os homens tendem a reduzir as suas atividades profissionais, ficando ao cuidado das

suas parceiras. Pelo contrário, quando regressam a casa do hospital, as mulheres assumem as responsabilidades domésticas e profissionais mais rapidamente.

De acordo com Reckziegel (2014), estudos apontam que mulheres aderem menos à terapêutica do DM por priorizarem seus familiares, o cuidado da casa e o trabalho em detrimento do cuidado de si. Ao longo da história, muitas mulheres estiveram expostas à discriminação de gênero, à violência, ao sexismo e à desvalorização laboral, fatores que dificultaram o viver cotidiano e ainda podem influenciar no cuidado de si e do DM. Porém, vivenciar situações difíceis também pode conduzir ao surgimento do desejo de superação e de mudança.

Conviver harmonicamente com o DM implica elaborar estratégias para a melhor adaptação e superação das dificuldades inerentes ao tratamento, à cronicidade, às demandas do viver e de ser mulher. A resiliência, como estratégia para adaptação, caracteriza-se como a “capacidade de suportar, de adaptar-se e conviver de forma harmônica desenvolvida frente às situações de adversidade e/ou estresse”, como uma possibilidade para o viver melhor com DM (RECKZIEGEL, 2014).

3.6 MULHERES COM DIABETES E O CUIDADO DE ENFERMAGEM

A doença crônica, associada às várias complicações, como o Diabetes *mellitus* (DM) é uma das principais causas de morbimortalidade na população. No Brasil, a grande magnitude das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) corresponde a 72% das causas de mortes, sendo crescente o número de óbitos por diabetes. O DM tipo 2 é preocupante, em virtude, principalmente, dos riscos de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares que diminuem a expectativa e qualidade de vida dos pacientes (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Como descreve Araújo *et al.* (2018), os profissionais de saúde objetivam o controle desta doença por meio da adesão das pessoas por ela afetadas aos cuidados de promoção e manutenção da saúde, sobretudo por estimulá-las a assumirem comportamentos saudáveis, modificarem o estilo de vida e seguirem o tratamento. O enfermeiro, em especial, tem o desafio de exercer assistência aos indivíduos, família e comunidade, por meio do cuidado direto ou indireto. Compete-lhe desenvolver o cuidado em interação com estes pacientes, ajudando na compreensão da necessidade de assumir modificações no estilo de vida. Desse modo, podem contribuir para a adesão deles ao controle glicêmico.

Lessmann *et al.* (2012), explicam que, o controle do DM e a necessidade de mudanças em hábitos e rotinas, especialmente relacionados à alimentação e à medicação, podem provocar grande impacto na vida das pessoas com DM. Desta forma, para o estabelecimento de ações em saúde e de enfermagem congruentes com as necessidades das pessoas acometidas pelo DM, torna-se importante conhecer suas características, peculiaridades e comportamentos frente ao cuidado/tratamento realizado, subsidiando intervenções em saúde com mais efetividade e capazes de ampliar a adesão à terapêutica.

O estudo transversal de abordagem quantitativa, com público feminino, e uma amostra de 147 mulheres com diagnóstico de DM tipo 2, mostrou que ao serem questionadas sobre a manutenção da dieta 55,78% referiram não seguir adequadamente as recomendações alimentares, 20,41% afirmaram efetuar a dieta quase sempre e apenas 23,81% relataram sempre consumir a dieta alimentar recomendada, de igual maneira vale destacar que, apenas 23 (15,64%) mulheres afirmaram realizar consultas de enfermagem, e, destas somente, 16 souberam referir o período da última consulta, cujo tempo médio foi de 3,1(DP 3,8) meses (LESSMANN, *et al.*, 2012).

Ao investigar as causas dos valores elevados de índice de massa corporal (IMC) e circunferência abdominal, foi observado que, em relação aos hábitos de saúde e de vida, apenas 38,78% das mulheres com DM tipo 2, praticam exercícios físicos. Os achados supracitados parecem refletir dificuldades de adesão a várias formas de tratamento e adaptação ao processo de doença (LESSMANN, *et al.*, 2012).

Lessmann *et al.* (2012), descrevem que, apesar de todos estes achados, as mulheres deste estudo aderiram integralmente ao tratamento medicamentoso e às consultas de saúde efetuadas pelo profissional médico, demonstrando que a prioridade no tratamento está centrada na terapêutica medicamentosa, podendo ser motivada pela cultura da medicalização da saúde. Vale ressaltar que, os enfermeiros, com papel destaque na educação em saúde, tiveram uma participação restrita na atenção à saúde das mulheres entrevistadas.

Estas características expressam a necessidade de intensificação de ações em saúde voltadas à sensibilização sobre a importância da adesão ao tratamento como forma de promoção do bem-estar, da qualidade de vida e da redução/prevenção de comorbidades. É necessário implementação de ações de educação em saúde com serviços de atenção às pessoas com DM tipo 2, pois muitos conhecem pouco acerca dos cuidados e tratamento para o controle da patologia. Nesse sentido, a participação ativa do usuário no sistema de saúde necessita ser mediada pelo diálogo e troca de saberes, tendo o enfermeiro como alicerce

motivador das ações em educação em saúde e de socialização em grupo (LESSMANN *et al.*, 2012).

Como descrito por Araújo *et al.* (2018), para o profissional de saúde desenvolver educação em saúde de forma mais compreensiva e interventiva, é importante seu envolvimento com os pacientes, seus problemas, suas alegrias, o conhecimento do cotidiano e da sua realidade social. No cenário nacional e internacional, a não adesão ao tratamento do DM é um problema conhecido pois prejudica a resposta fisiológica à doença, a relação profissional-paciente, além de aumentar o custo direto e indireto do tratamento.

O primeiro propósito da enfermagem é assistir o paciente na luta contra um problema de saúde ou no tocante à saúde. Quando a díade enfermeiro-paciente identifica metas a serem alcançadas, as interações são focalizadas nestas metas e assim um relacionamento interpessoal positivo começa a se estabelecer (ARAÚJO *et al.*, 2018).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo exploratório descritivo de caráter qualitativo. De acordo com Oliveira (2010), as pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Já o estudo exploratório caracteriza-se por diagnosticar situações, explorar alternativas ou descobrir novas ideias. Santos *et al.* (2016), destaca que a pesquisa qualitativa, firma-se, fundamentalmente, em dados baseados na linguagem e comportamento, os quais a relevância não é significativa por meio de cálculos numéricos e procedimentos estatísticos.

A pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos, obtidos no contato direto do pesquisador com a situação investigada, ressaltando mais o processo do que o produto e se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes (OLIVEIRA, 2011).

A pesquisa qualitativa como método, segundo Ramos (2013):

[...]Fundamenta-se em dados coletados nas interações interpessoais, na coparticipação das situações e contextos dos informantes, analisadas a partir das perspectivas e experiências dos sujeitos, e da significação/sentido que estes dão a estas experiências ou a seus próprios atos. O pesquisador participa, compreende e interpreta. Ao invés de buscar explicações com poder generalizante, procura conhecer o objeto ou fenômeno em suas particularidades, nunca desvinculado de seu contexto real e social (RAMOS, 2013, p.47).

4.2 CENÁRIO DE PESQUISA

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Guamá, distrito administrativo D'AGUA. Nesta UBS a Universidade Federal do Pará (UFPA) possui um espaço anexo destinado ao ensino/aprendizagem de alunos de Graduação em Enfermagem e outros cursos da área da saúde, por meio de aulas teórico-práticas que envolvem a assistência e educação em saúde, constituindo um espaço para se realizar os devidos atendimentos, orientações estudos dirigidos e pesquisas autorizadas pelo Comitê de Ética.

As Unidades Básicas de Saúde são caracterizadas como a principal porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica são identificados como principais serviços oferecidos pelas UBS consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica. As UBS devem ofertar um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Seus objetivos são os de prestar atenção integral que impacte na

situação de saúde, promover a autonomia das pessoas e incidir nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

4.3 PARTICIPANTES

A população estudada foi constituída por mulheres com diagnóstico de diabetes cadastradas e atendidas no Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), na Unidade Básica de Saúde do Guamá. Atualmente estão cadastradas 1643 pessoas no HIPERDIA da UBS Guamá, sendo 793 mulheres, deste quantitativo de mulheres, 20 participaram do presente estudo.

A seleção das participantes ocorreu durante as consultas médicas programadas, diariamente no período da manhã e tarde, de segunda a sexta feira, durante os meses de janeiro a junho de 2019. Neste processo as mulheres foram convidadas a participarem da pesquisa e após a apresentação do pesquisador, às pessoas que aceitaram participar foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) / (APÊNDICE A), após a leitura inicial e posterior assinatura do documento iniciou-se a entrevista.

A entrevista seguiu as seguintes etapas: primeiramente foi realizada a leitura do TCLE informando o título, objetivos, justificativa, riscos e benefícios além de informações referentes ao anonimato, utilizou-se o sistema alfa numérico, sendo que M significa mulher seguido do algarismo de acordo com a ordem de entrevista, por exemplo, de M1, M2, M3..., e assinatura do TCLE.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Participaram do estudo mulheres cadastradas no HIPERDIA da UBS Guamá com diagnóstico de Diabetes *mellitus*.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídas mulheres menores de 18 anos e que apresentaram qualquer alteração psíquica ou de comunicação verbal.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista do tipo semiestruturada. As entrevistas semiestruturadas são definidas como uma lista das informações que se deseja de cada entrevistado, mas a forma de perguntar (estrutura da pergunta) e a ordem em que as questões

foram organizadas de acordo com as características de cada entrevistado. Em geral, esse tipo de entrevista baseia-se em um roteiro construído com uma lista de perguntas abertas, feitas verbalmente e apoiadas no referencial teórico e nos objetivos da pesquisa (OLIVEIRA, 2011).

Como descrito por Guerra (2014), com base na visão de Minayo (2009), a entrevista, entendida no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo.

As vantagens na utilização de entrevistas consistem em possibilidade de maior abrangência, eficiência na obtenção dos dados, classificação e quantificação. Além disso, possui maior número de respostas, oferece maior flexibilidade e possibilita que o entrevistador capte a comunicação não verbal (OLIVEIRA, 2011).

Guerra (2014), ressalta que a caracterização de entrevista semiestrutura como um roteiro que pode possuir até perguntas fechadas, geralmente de identificação ou classificação, mas possui principalmente perguntas abertas, dando ao entrevistado a possibilidade de falar mais livremente sobre o tema proposto.

Sendo assim, o nosso roteiro de entrevista (APÊNDICE B) está dividido em 2 partes. A primeira composto pelas informações socioeconômicas tais como idade, sexo, município, profissão/ocupação, raça, estado civil, filhos, renda mensal [salário mínimo], tempo de diagnóstico, tipo de diabetes, diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica anterior ou posterior ao diagnóstico do diabetes *Mellitus*, as complicações como retinopatia, nefropatia, cardiopatias, depressão e pé diabético. E a segunda parte são composta pelas questões subjetivas articuladas as premissas do Modelo de Adaptação de Callista Roy. O período de coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro a junho de 2019.

4.5 TIPO DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo que consiste em uma técnica de tratamento de dados coletados, que visou à interpretação de material de caráter qualitativo, assegurando uma descrição objetiva, sistemática e com a riqueza manifesta no momento da coleta dos mesmos (GUERRA, 2014; BARDIN, 2012).

Segundo Bardin (2012), as fases da análise de conteúdo temática organizam-se em torno de três polos. Quais sejam: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados: inferência e interpretação. Na fase de pré-análise estabelece-se uma organização do material, a partir da escolha de documentos/informações relevantes, permitindo-se uma

“leitura flutuante” do material até que a decisão sobre quais informações devem ser consideradas na análise.

Ainda segundo a autora, na fase de exploração do material, a análise deste exige sua codificação, ou seja, sua transformação de dados brutos dos textos por recortes, agregações ou enumeração, até que sua codificação atinja a representação do conteúdo ou sua expressão. Para se chegar na fase três, do tratamento dos resultados, o pesquisador deve realizar as interpretações dos dados a partir da teoria escolhida.

Dessa maneira, as informações coletadas acerca do processo adaptativo de mulheres ao DM, bem como os aspectos de vida dessas mulheres diabéticas e hipertensas são apresentadas por meio dos dados anteriormente citados.

Após a análise descritiva do perfil das mulheres, organização e demonstração dos dados por meio de tabelas, foi organizada a associação, em forma de discussão, dos achados da entrevista correlacionando à teoria de Callista Roy, buscando e enfatizando o entendimento do processo adaptativo das mulheres diante o DM articulando esse fenômeno ao profissional enfermeiro como agente intermediador deste processo.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para efeitos éticos os dados serão coletados observando a Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012:

“A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.”

Esta Resolução do Conselho Nacional de Saúde estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Todos os Comitês de Ética e Bioética em pesquisas com seres humanos orientam suas ações fundamentadas nesta Resolução.

Destacamos ainda que, antes de iniciar a entrevista e coleta de dados junto as participantes explicaremos em que consiste o estudo, os objetivos e disponibilizaremos o termo de consentimento livre e esclarecido – TCE, para ser aplicado as participantes esclarecendo a preservação do anonimato.

Segundo a supracitada Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012, onde destacamos do processo de consentimento livre e esclarecido:

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”.

Desta forma, comprometo-me a ser verdadeira aos termos apresentados nesta resolução, respeitando as etapas da pesquisa e observando atentamente os direitos éticos, morais, humanos e de todas as informações acerca dos pacientes que estiverem em meu poder em razão da pesquisa.

Finalmente, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Núcleo de Medicina Tropical do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal do Pará, sob o **CAAE 73013817.7.0000.5172**, sendo posteriormente encaminhado à Secretaria de Saúde Municipal (SESMA) para obtenção da autorização definitiva para a pesquisa ser iniciada na Unidade Básica de Saúde do Guamá (**ANEXO-B**).

4.7 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Após a coleta dos dados por meio da entrevista, os resultados estão organizados da seguinte maneira: caracterização socioeconômica e perfil das mulheres com DM em acompanhamento ambulatorial, por meio da identificação geral e história da patologia apresentados nas Tabelas 1, 2 e 3 e as verbalizações gravadas na entrevista depois de transcritas estão organizadas em categorias mediante análise temática de conteúdo e os dados interpretados de acordo com a perspectiva da Teoria de Callista Roy.

Neste subcapítulo são apresentados os resultados decorrentes da caracterização socioeconômica e clínica das mulheres cadastradas no programa HIPERDIA que participaram deste estudo. A caracterização é composta pelos seguintes itens: faixa etária, escolaridade, profissão/ocupação, religião, cor/raça, estado civil, número de residentes no domicílio, renda familiar, número de gestação, aborto e filhos, antecedentes familiares, tempo de diagnóstico, descoberta da doença, doenças associadas, fatores de risco, complicações, internação e número de internações os quais estão dispostos nas Tabela 1,2 e 3.

Na Tabela 1 observamos que a faixa etária de prevalência varia de 53 a 63 anos correspondendo a 8 mulheres (40%), e, em sua maioria com nível fundamental incompleto 9 mulheres (45%). Dentre as 20 mulheres entrevistadas, 9 (45%), apresentavam como ocupação as atividades domésticas/do lar, já 4 (20%) trabalhadoras domésticas, 3 (15%) aposentadas, 1 (5%) pensionista e 3 (15%) envolvidas em outras atividades.

A religião predominante é a católica com 12 (60%), evangélicas 6 (30%), e outras religiões 2 (10%). Quanto a cor/raça 14 (70%) das mulheres se autodefiniram pardas, em relação ao estado civil 8 (40%) solteiras, 7 (35%) casadas e 13 (65%) relataram residirem com 3 a 6 pessoas em seu domicílio e 10 (50%) das mulheres afirmaram ter renda familiar maior que um salário mínimo.

Tabela 1: Perfil socioeconômico das mulheres com DM em acompanhamento ambulatorial e cadastradas na UBS – Guamá, 2019/Belém.

IDADE	N	%
42-----52	5	25
53-----63	8	40
64-----74	7	35
TOTAL	20	100
ESCOLARIDADE	N	%
Analfabeta	2	10
Ensino fundamental incompleto	9	45
Ensino fundamental completo	5	25
Ensino médio incompleto	2	10
Ensino médio completo	1	5
Ensino superior incompleto	1	5
Ensino superior completo	0	0
TOTAL	20	100
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO	N	%
Aposentada	3	15
Do Lar	9	45
Pensionista	1	5
Doméstica	4	20
Outras	3	15
TOTAL	20	100
RELIGIÃO	N	%
Católica	12	60
Evangélica	6	30
Outras	2	10
TOTAL	20	100
COR/RAÇA	N	%
Branca	2	10
Parda	14	70
Amarela	1	5
Outros	3	15
TOTAL	20	100
ESTADO CIVIL	N	%
Solteira	8	40
Casada	7	35
Divorciada	1	5
União estável	1	5
Viúva	3	15
TOTAL	20	100
Número de Pessoas Residentes no Domicílio	N	%
1 a 2	6	30
3 a 6	13	65
Sozinha	1	5
TOTAL	20	100
Renda Familiar (em salários mínimos)	N	%
<1 salário mínimo	7	35
>1 salário mínimo	10	50
1 salário e 1/5 mínimo	1	5
2 salários mínimos	1	5
Mais de 2 salários mínimos	1	5
TOTAL	20	100

Fonte: Entrevista

Tabela 2: Distribuição dos antecedentes obstétricos e ginecológicos, antecedentes familiares, tempo do diagnóstico e descoberta da doença das mulheres com DM em acompanhamento ambulatorial e cadastradas na UBS – Guamá, 2019/Belém.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS		
Nº de Gestação	N	%
1 a 3	5	25
4 a 7	12	60
8 a 10	3	15
>10	0	0
TOTAL	20	100
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS		
Nº de Abortos	N	%
0	13	65
1 a 3	7	35
4 a 7	0	0
8 a 10	0	0
>10	0	0
TOTAL	20	100
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS		
Nº de Filhos	N	%
1 a 3	5	25
4 a 7	14	70
8 a 10	1	5
>10	0	0
TOTAL	20	100
ANTECEDENTES FAMILIARES		
	N	%
Nenhum antecedente	1	5
HAS	1	5
DM	1	5
DRC	0	0
Cardiopatias	1	5
>2 Comorbidades	16	80
TOTAL	20	100
TEMPO DE DIAGNÓSTICO		
	N	%
<1 ano	1	5
1 a 5 anos	9	45
6 a 10 anos	7	35
>10 anos	3	15
TOTAL	20	100
DESCOBERTA DA DOENÇA		
	N	%
Exames	7	35
Sinais clínicos	3	15
Sintomas	1	5
Teste de glicemia	0	0
2 ou mais	9	45
TOTAL	20	100

Fonte: Entrevista

A Tabela 2 aponta que 12 (60%) das mulheres tiveram entre 4 a 7 gestações. Já o número de abortos entre 1 a 3 alcançou 7 (35%) e 14 (70%) das mulheres tiveram entre 4 a 7 filhos. Os antecedentes familiares, apontam que 16 (80%) têm mais de duas comorbidades, 1 (5%) somente hipertensão, 1 (5%) diabetes, 1 (5%) cardiopatias e 1 (5%) nenhum antecedente.

É importante ressaltar que 7 (35%) das mulheres diagnosticadas com DM descobriram a doença por meio de exames de laboratório, atualmente 9 (45%) possuem um tempo de diagnóstico de 1 a 5 anos e somente 1 (5%) tem diagnóstico inferior a um ano.

Tabela 3: Distribuição de doenças associadas, fatores de risco, complicações, internações e número de internações das mulheres com DM em acompanhamento ambulatorial e cadastradas na UBS – Guamá, 2019/Belém.

DOENÇAS ASSOCIADAS	N	%
Não possui comorbidades	2	10
HAS	10	50
Doença cardiovascular	0	0
2 ou mais	8	40
TOTAL	20	100
FATORES DE RISCO	N	%
Sem fatores	2	10
Sedentarismo	2	10
Obesidade	0	0
Tabagismo	2	10
Etilismo	6	30
2 ou mais	8	40
TOTAL	20	100
COMPLICAÇÕES	N	%
Sem complicações	7	35
AVC	2	10
DRC	0	0
Pé diabético	1	5
Amputação	1	5
Outras	9	45
TOTAL	20	100
INTERNAÇÕES	N	%
Sim	12	60
Não	8	40
TOTAL	20	100
NÚMERO DE INTERNAÇÕES	N	%
Sem internações	8	40
1 a 2 internações	9	45
3 a 4 internações	0	0
>4 internações	3	15
TOTAL	20	100

Fonte: Entrevista

Na tabela 3 observa-se que 10 (50%) apresenta HAS como doença associada e 8 (40%) das participantes possui mais de duas comorbidades associadas.

Como fatores de risco para a doença, avultamos que 8 (40%) possuíam 2 ou mais fatores de risco e 7 (35%) não sinalizaram nenhuma complicação com foco na patologia de base como o DM. Contudo 9 (45%) relataram outras complicações além das destacadas, 9 (45%) foram internados de 1 a 2 vezes devido episódios de hiperglicemia ou hipoglicemia, pé diabético, acidente vascular cerebral, cardiopatias entre outras causas inerentes e de possível relevância para o DM.

Ao realizarmos análise de conteúdo sobre o processo adaptativo de mulheres ao diabetes a luz da teoria de Roy emergiram categorias nos quatro modos adaptáveis, compreendendo cinco categorias no modo fisiológico; duas categorias modo autoconceito; uma categoria no modo de função na vida real e três categorias no modo de interdependência, que a seguir apresentamos.

MODO FISIOLÓGICO
CATEGORIA 1: Adaptação e aprendizagem sobre o manejo da alimentação após diagnóstico de diabetes
CATEGORIA 2: Adaptação ao tratamento medicamentoso e atividade física
CATEGORIA 3: Adaptação as complicações da patologia com ênfase na retinopatia diabética
CATEGORIA 4: Sensibilidade de membros superiores e inferiores, força muscular, alterações na pele e autocuidado
CATEGORIA 5: Disposição física e adaptação as limitações nas atividades de vida diária

MODO AUTOCONCEITO
CATEGORIA 1: Autoconceito, aparência, aceitação e percepção das mudanças após diagnóstico
CATEGORIA 2: Enfrentamento a doença, crenças espirituais e religiosas

MODO DE FUNÇÃO NA VIDA REAL
CATEGORIA 1: Desempenho de funções, relacionamento interpessoal e apoio familiar após diagnóstico de diabetes

MODO DE INTERDEPENDÊNCIA
CATEGORIA 1: Relacionamento, afeto e necessidades afetivas
CATEGORIA 2: Envolvimento social e participação e grupos de apoio.

CATEGORIA 3: Relacionamento e aprendizagem com os profissionais de saúde

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise temática de conteúdo possibilitou construir as seguintes categorias de sentidos relacionados ao processo adaptativo de mulheres ao diabetes: Adaptação e aprendizagem sobre o manejo da alimentação após o diagnóstico do diabetes; Adaptação ao tratamento medicamentoso e atividade física; Adaptação as complicações da patologia com ênfase na retinopatia diabética; Sensibilidade de membros superiores e inferiores, força muscular, alterações na pele e autocuidado; Disposição física e adaptação as limitações nas atividades de vida diária; Autoconceito, aparência, aceitação e percepção das mudanças após diagnóstico; Enfrentamento a doença, crenças espirituais e religiosas; Desempenho de funções, relacionamento interpessoal e apoio familiar após o diagnóstico do diabetes; Relacionamento, afeto e necessidades afetivas; Envolvimento social e participação em grupos de apoio e Relacionamento e aprendizagem com os profissionais de saúde.

As categorias de significado estão organizadas por ordem crescente de incidência e de acordo com os modos adaptáveis da Teoria de Callista Roy.

5.1 MODO FISIOLÓGICO

Neste modo emergiram cinco (5) categorias, as quais apresentamos a seguir:

5.1.1 CATEGORIA 1: Adaptação e aprendizagem sobre o manejo da alimentação após o diagnóstico do diabetes

A primeira categoria de análise compreende as falas que pressupõem respostas adaptáveis, respostas que apontam um processo de mudanças no sentido adaptável e respostas ineficazes no que refere a adaptação e aprendizagem acerca da alimentação após o diagnóstico do diabetes. A resposta adaptável englobou grande parte das falas das mulheres que participaram das entrevistas.

De acordo com Roy e Andrews (2001), as respostas adaptáveis são aquelas que promovem a integridade da pessoa em termos de objetivo de adaptação. Sendo assim, diminuir ou evitar a ingesta de carboidratos, lipídios ou sal, demonstra ser uma resposta adaptável, por parte das mulheres, que contribui diretamente para o tratamento frente a doença, influenciando no controle do nível glicêmico.

Os relatos mencionados a seguir demonstram a preocupação e cuidado das mulheres com relação a dieta para lidar com o diabetes:

“Tirei os doces. Eu passei a comer mais fruta, né” M2

“Eu sou meio ruim para comer, eu uso adoçante, eu como fruta, feijão, arroz. Eu como pão integral. Eu cortei um bocadinho de coisas, açúcar. Frutas e legumes eu já comia, mudou só negócio de doces e sal, doçura, gordura essas coisas, essas coisas eu não como.” M5

“Deixei o açúcar, as coisas doces, farinha e pão. Passei a comer arroz integral e bolacha integral.” M7

“Olha eu comia muito doce, já cortei o doce. Ah! passei a comer verduras, essas coisas né, light.” M9

“Eu tirei farinha da minha dieta, pão. Passei a comer muita salada.” M11

“Doce, eu trabalho com eventos, buffet, mas eu evito doces. Eu evito ir aos eventos, só vou se minha amiga precisar muito mesmo. Mas eu cortei doces. Quando eu faço pudim é para o meu marido, eu deixo lá para ele. Passei a comer mais salada.” M13

“[...] eu como um pouco de feijão, arroz, carne, frango, peixe, eu evito comer gordura, como legumes, muito, eu gosto muito de verdura.” M19

As mulheres entrevistadas evidenciam mudanças na dieta após o diagnóstico de diabetes, as falas deixam evidente que muitas costumavam ter uma ingestão regular de doces, mas devido a doença ocorreu mudanças de hábitos, diminuição de carboidratos e inclusão de novos alimentos que não eram tão regulares em suas rotinas. De acordo com essas mulheres a dieta é fundamental no quadro de diabetes e não apenas o tratamento medicamentoso.

Estudo acerca de mulheres com DM2 apontou que o controle da patologia congrega adesão à terapia medicamentosa, realização de dieta alimentar fundamentada na restrição de carboidratos, lipídeos e açúcares, aliados à prática de atividade física, visando à melhoria das funções cardiovasculares, a prevenção do acúmulo ou mesmo diminuição de gordura corporal. O tecido adiposo possui resistência intrínseca à ação da insulina para mediação do transporte de glicose ao meio intracelular, e as pessoas com diabetes tipo 2 que possuem excesso de peso apresentam maior dificuldade no controle glicêmico necessitando, em muitos casos, da associação de mais de um medicamento de uso oral ou mesmo no uso de insulina para a terapêutica da patologia (LESSMANM, *et al.*, 2012).

Como destacam Pereira e Frizon (2017), a modificação do estilo de vida, com prática regular de atividades físicas e ingestão de dieta adequada é praticamente duas vezes mais efetiva do que o tratamento medicamentoso no controle do diabetes. Ademais, modificações na alimentação são reconhecidas como um recurso para o controle glicêmico e a redução do risco das doenças cardiovasculares.

Isso porque a alimentação está relacionada diretamente a alguns fatores que interferem na prevenção e/ou controle do DM2 e de seus agravos. Sabe-se, portanto, que mudanças nos hábitos alimentares podem exercer uma poderosa influência na prevenção e no

controle do diabetes. Contudo, a modificação de hábitos alimentares e estilo de vida não se instalam magicamente, mas no decorrer de um percurso que envolve repensar o projeto de vida e reavaliar suas expectativas de futuro (PEREIRA; FRIZON, 2017).

Podemos observar este raciocínio na seguinte fala, que expressa um processo de transição de hábitos alimentares, no sentido de uma resposta adaptável:

“Doce, eu tirei doce. Pão eu não consegui tirar, pão que ele (médico) mandou tirar eu não consegui, mas eu como sempre só um, só um mesmo. E a farinha também que eu não consegui tirar direito, mas também já não estou comendo muita farinha, eu já estou comendo mais comida com arroz. A gente come muita coisa assim né, salada, salada a gente come todo dia, salada crua, aquela cozida, sabe, a gente compra e a gente faz, eu não como muita cenoura, né, que faz mal.” M3

Nesse sentido, a dificuldade de mudança nos hábitos alimentares pode ser compreendida pela complexidade que envolve o comportamento alimentar. Como destacam Pereira e Frizon (2017), as mudanças necessárias nos hábitos alimentares sofrem influências de diversos fatores e nem sempre são fáceis de serem internalizadas e colocadas em prática.

Como apontam alguns estudos, o hábito alimentar é o principal fator limitante para adesão ao tratamento nutricional. É necessário considerar que os hábitos alimentares são formados desde a infância e modificá-los na vida adulta não é algo fácil e envolve aspectos diversos. Ademais, o comportamento alimentar, pode ser determinado por muitos fatores, que incluem desde aspectos emocionais, sociais, culturais e econômicos até aspectos ambientais de um indivíduo ou de uma coletividade (PEREIRA; FRIZON, 2017).

Boscariol *et al.* (2018), reforçam que a relação do diabético com alimentação e as dietas alimentares prescritas, incluídas no gerenciamento do diabetes, não se pautam exclusivamente por critérios racionais, como pretendem os saberes médico e nutricional científicos ocupados mais com os conteúdos funcionais da “nutrição” do que com a “comida”, que recupera elementos da experiência pessoal e social do consumo de alimentos.

Podemos observar nas falas seguintes alguns dos aspectos supracitados que podem condicionar e/ou influenciar os hábitos alimentares:

“Doce, eu trabalho com eventos, buffet, mas eu evito doces. Eu evito ir aos eventos, só vou se minha amiga precisar muito mesmo [...]” M13

“[...] farinha que eu não posso comer, mas não consigo comer sem a farinha, como macarrão”. M14

“Eu como de três em três horas, Café da manhã, um suco, almoço, aí eu almoço, 100% é frango e peixe, três colheres de arroz, feijão, eu não consegui deixar a

farinha de mandioca, eu como pouco, aí três horas ou eu tomo café com leite ou então tomo suco, aí seis horas eu janto, é uma janta leve, aí nove horas eu tomo um mingau.” M17

“O açúcar eu parei e não parei, porque quando eu viajo, eu como, até engordei agora que cheguei de viagem.” M20

Referindo-se às respostas ineficazes, Roy e Andrews (2001), descrevem-nas como aquelas que não promovem, nem a integridade, nem contribuem para os objetivos de adaptação. Neste sentido podem, na situação imediata ou se continuarem por algum tempo, ameaçar a sobrevivência da pessoa. No caso da mulher com diabetes, ignorar os cuidados com a dieta, continuar a ingesta de alimentos ricos em carboidratos, lipídios e sal indiscriminadamente apresenta uma resposta ineficaz e ameaçadora a sua integridade, frente a condição patológica do diabetes.

Muitos fatores podem influenciar na adesão a uma dieta adequada e os hábitos alimentares previamente adquiridos são um dos fatores necessários a se considerar para entender as respostas adaptativas das mulheres referente a alimentação. Como podemos observar nas falas abaixo:

“[...] como tudo normal como antes.” M8

“Ah! eu como toda hora, eu não estou dizendo para ti que eu como toda hora. Eu tomo o café da manhã, aí tem o lanche, depois o almoço, depois outro lanche, janto, que como algo depois da janta. São 6 refeições. Feijão, arroz, farinha que eu não posso comer, mas não consigo comer sem a farinha, como macarrão, [...]”. M14

“Eu como de tudo, como bem pouquinho doce.” M16

Estudo quantitativo e transversal acerca do perfil sociodemográfico, biométrico e de saúde de mulheres com DM2, destacou a relação do aumento de risco cardiovascular em mulheres com baixa ou frágil adesão ao tratamento medicamentoso, bem como a adesão a dieta adequada e atividade física (LESSMANM, *et al.*, 2012). Reforçando esta relação com as mulheres do presente estudo, as quais mostraram-se resistentes as mudanças em seus hábitos alimentares, em sua maioria apresentando alterações cardiovasculares, como doença cerebrovascular e arritmias.

Mediante as respostas das entrevistadas, torna-se imprescindível destacar a atribuição da enfermagem concernente a aprendizagem sobre o manejo da alimentação após o diagnóstico de DM.

Como destacam Roy e Andrews (2001), o processo adaptativo a algum estímulo, seja ele interno ou externo, neste caso ao diabetes, haverá uma resposta que indica o

comportamento adaptável. Quando o enfermeiro auxilia a mulher a promover adaptação, está avaliando as respostas atuais desta bem como sua eficácia. Sendo assim, o objetivo da enfermagem consiste na promoção da adaptação nos quatro modos adaptáveis, neste caso, no modo fisiológico por meio da necessidade de nutrição, contribuindo assim para a saúde da mulher e sua qualidade de vida.

Neste sentido, de acordo com falas das entrevistadas pode-se inferir que as participantes precisam de informações nutricionais acerca dos alimentos e sua composição, principalmente com relação a presença de carboidrato em determinados alimentos. Como observa-se a seguir:

“Muitas coisas deixei, olha, tudo que tem açúcar, açaí, que eu gostava muito, farinha que eu gostava muito, macarrão, eu também gostava muito de macarrão e muitas coisas. Ah! eu como mais fruta, mais fruta que me dá vontade de comer.” M4

“Pelo menos doce eu não como, não gosto de doce, fora isso como tudo normal como antes.” M8

Pode-se observar certo equívoco acerca dos carboidratos, por estas mulheres desconhecerem que estes macronutrientes estão presentes em muitos outros alimentos além dos doces e que é são fundamentais em concentrações adequadas.

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD-2018), não existem evidências que estabeleçam uma proporção específica de carboidratos para indivíduos com diabetes. As recomendações desse macronutriente são semelhantes às definidas para a população geral. Alguns estudos indicam melhora do controle glicêmico e da sensibilidade à insulina ao comparar dietas com baixa e alta concentração de carboidratos, reforçando que dietas com baixo teor desse nutriente podem ser benéficas. Apesar dos resultados inconclusivos de diversos estudos, tem-se por consenso que a monitorização da quantidade de carboidratos das refeições é estratégia útil para melhorar os níveis glicêmicos pós-prandiais.

Estudos ainda evidenciam que adequadas concentrações de carboidratos melhoram a sensibilidade à ação da insulina. Destaca-se ainda que, a Organização Mundial de Saúde (OMS) não recomenda concentrações inferiores a 130g/dia, por ser uma importante fonte de substrato energético cerebral (SBD-2018). Destaca-se ainda que embora o carboidrato seja um importante preditor da glicemia pós-prandial, os alimentos que contêm esse nutriente também são fontes importantes de energia, fibra, vitaminas, minerais, contribuindo ainda para a palatabilidade da dieta (SBD -2015).

Neste sentido, a orientação acerca da patologia para enfrentamento e autogestão, o apoio e adesão familiar, bem como o apoio dos profissionais de saúde tornam-se imprescindíveis nesse processo adaptativo de mudanças de hábitos alimentares de mulheres com diagnóstico de diabetes.

A educação nutricional voltada para a autogestão do DM é o processo de facilitação de conhecimentos, habilidades e capacidades necessárias para o autocuidado da doença. Os objetivos globais da educação em DM, com relação ao indivíduo, são: apoiar a tomada de decisão, orientar o autogerenciamento e a resolução de problemas, bem como promover a colaboração ativa entre pacientes e equipe de saúde, a fim de melhorar os resultados clínicos, o estado de saúde e a qualidade de vida de maneira eficaz em termos de custos. É preciso ainda, aplicar um estilo de comunicação centrado no paciente, que incorpore suas preferências, avaliando-se, ainda, seu grau de alfabetização e as barreiras culturais que podem influenciar esse cuidado (SBD-2018).

Concernente ao apoio social ou familiar, Pereira e Frizon (2017), ressaltam que estes apoios exercem influência para adesão à dieta. A modificação da dieta e a proposta de formação de novos hábitos alimentares devem respeitar as preferências existentes dos indivíduos, levando em consideração seu ambiente familiar e seu meio social, pois a saúde e a alimentação de pessoas com diabetes são influenciadas pelos hábitos de vida da família. Destaca-se ainda que, o sucesso do tratamento está intimamente relacionado ao apoio da família e das pessoas mais próximas, as quais são essenciais para efetivação das mudanças necessárias. Além disso, estudos afirmam que o apoio da família incentiva o controle alimentar, uma vez que pode ocorrer a necessidade da realização de preparações diferenciadas para o paciente, se a instituição familiar facilitar isso, reduzem-se os fatores de risco de não adesão.

Podemos observar o exposto acima na seguinte fala:

“Olha de manhã eu tomo o meu café com pão integral ou então com uma torrada ou umas bolachinhas, aí quando é umas nove horas a minha filha faz um suco, aí se eu quiser uma bolacha ela me dá, senão às vezes eu nem quero, aí vem o almoço, aí eu gosto de comer com salada com frango grelhado com salada, quando não é uma carne que ela faz guisada, ela já sabe fazer a minha comida, ela já aprendeu, porque essa minha filha, ela ficou um mês comigo no hospital, aí ela via como era a comida os horários, aí ela aprendeu. As minhas filhas, elas ajudam sobre isso. Depois do almoço, assim, umas três horas ela faz um mingau para mim, mingau de aveia, não é com açúcar[...].” M4

Finalmente destacamos que, a abordagem adequada do profissional de saúde em relação à doença tem papel importante na adesão as orientações nutricionais. Considerando

este fator, quando o profissional não considera o paciente como um todo e não permite que seus conhecimentos prévios interajam com suas novas percepções e ensinamentos sobre a patologia, ocorre um desestímulo ao tratamento. É ainda fundamental a assistência por meio de uma equipe multiprofissional para o fornecimento de orientações quanto aos cuidados requeridos. Afinal, os melhores resultados são obtidos quando o tratamento agrega vários profissionais estimulando a socialização e a consequente troca de experiências entre o grupo, aumentando, desse modo, o conhecimento do indivíduo acerca da própria doença e tornando-o ainda mais consciente (PEREIRA; FRIZON, 2017).

5.1.2 CATEGORIA 2: Adaptação ao tratamento medicamentoso e atividade física

A segunda categoria de análise compreende as falas das entrevistadas referentes a adaptação e adesão ao tratamento medicamentoso e prática de atividade física. Observa-se na maioria dos relatos que logo após o diagnóstico e início do tratamento houve uma dificuldade de adaptação, levando-se em consideração que estas apresentaram episódios de descontrole glicêmico e outras alterações devido ao uso inadequado da medicação. Contudo após estes eventos grande parte das mulheres já conseguiam seguir corretamente o uso dos fármacos.

Como podemos observar nas falas a seguir:

“Tomo direito. Não senti nada de dificuldade. Tomo direitinho. Não afeta em nada na minha vida. Consegui, eu não deixo de tomar.” M1

“Tomo, a isso eu tomo direitinho. No começo eu esquecia e muito, me estressava muito, mas agora não.” M3

“Eu comecei a tomar direitinho né, no começo eu não estava muito acostumada, agora até que eu fiquei bem, para onde eu ando eu já ando com o remédio na bolsa.” M5

“É né a gente não gosta, mas tem que usar né, é para nossa saúde né, a gente tem que se adaptar com tudo. Tomo direitinho, mas olha eu não tenho assim dificuldade para tomar medicamento.” M6

“Tomo o remédio direitinho, não esqueço, já estou acostumada.” M8

“No início foi difícil, agora eu estou tomando direitinho.” M9

“Tomo, tomo sim, quando começou o tratamento eu não sabia nem tomar, eu me esquecia, aí depois que eu vi que eu estava ficando pior aí eu comecei a me dedicar no remédio mesmo, aí agora eu mando as minhas filhas fazerem uns lembretes de quando eu tenho de tomar, aí eu prego na parede, aí cada vez que eu tomo um, eu marco com a caneta. Eu tomo normalmente, eu até gosto de tomar, para eu ficar boa né.” M12

“Não, não, eu não esqueço de jeito nenhum meu remédio. Sempre eu me cuido sabe, eu não posso me relaxar porque é pior, só é ruim para mim né.”M18

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD- 2018), no momento do diagnóstico de DM2, além de orientar as mudanças no estilo de vida (educação em saúde, alimentação e atividade física), o médico costuma prescrever um agente antidiabético oral. A escolha desse medicamento baseia-se nos seguintes aspectos: mecanismos de resistência à insulina (RI), falência progressiva da célula beta pancreática, múltiplos transtornos metabólicos (disglicemia, dislipidemia e inflamação vascular) e repercussões micro e macrovasculares que acompanham a história natural do DM2 e o tratamento tem como meta a normoglicemia.

Boscariol *et al.* (2018), destacam que o objetivo do tratamento farmacológico para o DM2, é atingir o controle glicêmico satisfatório em pacientes que não o conseguiram através de medidas não-farmacológicas, como perda de peso, mudanças de hábitos alimentares e aumento da atividade física. Os fármacos disponíveis visam corrigir a insuficiência insulínica (secretagogos de insulina), a resistência insulínica (metformina e tiazolidinedionas) ou diminuir a absorção de glicose (inibidores de alfa-glicose).

A análise do presente estudo aponta congruência com os achados na literatura no sentido de que grande parte das mulheres aderiram ao tratamento medicamentoso, como aponta o seguinte estudo no qual as mulheres entrevistadas aderiram integralmente ao tratamento medicamentoso (100%) e às consultas de saúde efetuadas pelo profissional médico, evidenciando que a prioridade do tratamento está centrada na terapêutica medicamentosa, podendo ser motivada pela cultura da medicalização da saúde (LESSMANM, *et al.*, 2012).

Estudo exploratório e descrito, acerca da adesão de pessoas com DM2 ao tratamento medicamentoso apontou como resultados, a maior frequência de DM tipo II entre as mulheres. Esses achados podem estar associados ao fato de as mulheres buscarem os serviços de atendimento à saúde com maior assiduidade que os homens, o que aumenta as chances de diagnóstico precoce e difere dos homens que apenas procuram atendimento quando as alterações clínicas estão em fase aguda. Verificando-se ainda a alta adesão dos participantes ao tratamento medicamentoso correspondendo a 83 (97,6%), e apenas dois (2,4%) deles não aderem ao tratamento farmacológico (CARVALHO, *et al.*, 2017).

Segundo Carvalho *et al.* (2017), existem diferentes fatores que influenciam na adesão à medicação, tais como idade, número de medicamentos, tempo de diagnóstico e compreensão da doença, aspectos psicológicos do paciente, custo do tratamento, entre outros. Cabendo

salientar a necessidade da compreensão acerca da adesão ao tratamento farmacológico e o conhecimento das principais complicações decorrentes da doença.

Grande parte das mulheres do presente estudo que aderiram ao tratamento medicamentoso apresentam tempo de diagnóstico igual ou maior que 2 anos. Um estudo descritivo e transversal sobre adesão ao tratamento medicamento entre pessoas com DM2 sinalizou que a maioria dos participantes era do sexo feminino e com tempo de diagnóstico entre cinco a dez anos, sendo que todos os participantes afirmaram fazer uso da medicação para o controle do diabetes, inferindo-se que o grupo do estudo apresenta adesão ao tratamento medicamento visto que mais da metade consome regularmente os fármacos (ROSSI; SILVA; FONSECA, 2015).

Podemos inferir assim, que o tempo de diagnóstico pode estar relacionado a maior adesão ao tratamento medicamentoso, visto que na descoberta da doença pode ocorrer resistência ou dificuldade adaptativa, sendo está dificuldade relativamente superada com o decorrer do tempo. Como podemos observar na seguinte fala:

“Não, no começo eu não queria aceitar, mas hoje graças a Deus, eu tomo certinho.”M17

“Eu fui me acostumando, agora eu tomo normal. Para onde eu vou eu levo a medicação.”M13

Embora observe-se que grande parte das entrevistadas tenham aderido ao tratamento medicamentos, o processo de adaptação pode ter sofrido influências de vários aspectos. Faria *et al.* (2014), reforçam que os fatores envolvidos na adesão incluem: acessibilidade e disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, dados sociodemográficos do usuário, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre seu corpo, atitudes familiares e de amigos, isolamento social, relação entre usuário e profissional de saúde, esquema terapêutico, cronicidade, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento.

Identificam-se alguns desses fatores refletidos nas falas abaixo:

“Olha, no começo eu não entendia, não me passaram o remédio direito, mas fazer o que? Uns meses que eu peguei um médico bom né, agora já saiu, agora eu comecei a tomar o remédio direito, geralmente eu não tomava.” M2

“Eu tomo o café da manhã, esse remédio que eu tomo, ele tira o apetite, então eu não como nada entre o café e o almoço, até para almoçar eu não estou conseguindo, mas eu como forçada né [...]. M9

“Eu senti dificuldade para me adaptar, eu não conseguia nem engolir aquela pílula, mas hoje eu já consigo tomar tudo direitinho.”M15

“Eu esquecia, isso atrapalha na minha vida porque eu fico se eu sair e tiver esquecido o remédio, eu tenho que voltar, às vezes eu levo na bolsa, às vezes eu saio correndo e esqueço. Eu fiquei muito esquecida das coisas, não sei se é a idade se é a doença.”M20

Ainda enfatizando o tratamento para DM2, sabe-se que o controle da patologia engloba adesão à terapêutica medicamentosa, realização de dieta alimentar aliados à prática de atividade física (LESSMANM, *et al.*, 2012). A atividade física é um dos pilares do tratamento do diabetes. Assim, o combate ao sedentarismo tem impacto bastante significativo tanto na melhora do controle glicêmico quanto na melhora de certas comorbidades, como excesso de peso, hipertensão arterial, dislipidemia, risco cardiovascular, insônia, entre outras (SBD – 2018).

Com relação aos relatos das participantes, pode-se identificar que muitas já praticavam alguma atividade física antes e após do diagnóstico de DM e estas entendem em algum grau a importância da prática para o controle da doença e seu bem-estar, como podemos observar nos relatos abaixo:

“Caminhada. Eu só não faço mais porque às vezes a gente sozinho né, sem ter uma pessoa né, que a gente vai..., mas assim mesmo eu vou, às vezes quando eu não estou na Batista Campos eu estou ali naquela praça da Amazônia, eu gosto.”M3

“É, às vezes, eu gosto de fazer cedo, em torno de cinco horas, aí eu faço até seis horas. Me sinto melhor, caminhar... sempre fiz atividade física.”M4

“Caminhada, às vezes. É muito bom porque nos deixa esperta, alegre e disposta.”M7

“Eu caminho, eu estava na academia também. Ajuda muito a melhorar a Diabetes, já pensou ficar o tempo todo dentro de casa por causa da doença? A pessoa não tem que se entregar, tem que acreditar que existe Deus né, aí tem que se cuidar.”M10

“Faço hidroginástica, eu me sinto bem, me sinto muito bem.”M11

“Olha eu me sinto quando eu vou fazer atividade física, eu me sinto muito disposta, quando eu vou fazer eu não me sinto cansada, eu durmo que é uma beleza.”M13

“Eu acho ótimo, eu me sinto bem.”M15

“Sim, é importante, você sabe porque, às vezes eu sinto muito preguiça de caminhar, mas eu digo: deixa eu dá uma caminhada, aí antes de eu sair eu tiro (glicemia) está 190 aí eu me apronto e vou, aí eu caminho tudo por aqui, cedo, quando eu chego em casa que eu vou ver, diminuiu, às vezes tá quase em 70.”M17

“Sim, ah a gente se sente bem, a gente se valoriza, valoriza o corpo também, a gente amanhece e vai fazer aí quando chega, chega com aquele astral.”M20

Pode-se destacar que as respostas ineficazes relacionadas a não adesão a prática de atividades físicas por parte das mulheres entrevistadas envolvem alguma restrição física ou psicológica. Como podemos observar em seguida:

“Não, eu não tenho como andar sozinha né, tenho labirintite, mas eu acho que é importante.”M5

“Acho muito importante, mas eu tenho problema no coração, se eu pudesse eu faria.”M6

“Não posso devido ser cardiopata, as vezes tenho arritmias e não posso praticar atividade física.”M8

“Não. Eu fiz operação para retirada de dois dedos do pé. Agora quando eu estou no hospital tem a fisioterapia.”M9

Ademais, o controle do diabetes e a necessidade de mudanças em hábitos e rotinas, podem provocar grande impacto na vida das pessoas com DM2. Desta forma, para o estabelecimento de ações em saúde e de enfermagem congruentes com as necessidades das pessoas acometidas pela patologia, torna-se importante conhecer suas características, peculiaridades e comportamentos frente ao cuidado/tratamento realizado, subsidiando intervenções em saúde com mais efetividade e capazes de ampliar a adesão à terapêutica (LESSMANM, *et al.*, 2012).

5.1.3 CATEGORIA 3: Adaptação as complicações da patologia com ênfase na retinopatia diabética

Esta categoria de análise compreende as falas das entrevistadas acerca das complicações decorrentes da doença. De acordo com os relatos todas as mulheres referiram alguma alteração ou desconforto a nível de visão e cerca da metade do grupo de mulheres têm complicações já estabelecidas relacionadas a visão, como Catarata e Glaucoma, por exemplo.

Os relatos a seguir, reforçam a ideia apresentada:

“Eu tenho problema de Catarata, eu já tinha. Piorou, eu só enxergo se eu tiver os óculos, sem os óculos eu não enxergo nada. Eu só uso para eu ler, para alguma coisa. Eu tenho que levar, até quando Deus quiser, né?! M3

“Mudou, mudou porque apagou mais a vista, isso me aborrece, olha no caso aqui (indicou o papel) eu estou vendo um monte de preto, a letra assim não dá pra entender.”M5

“Eu sempre usei óculos, mesmo antes da Diabetes, mas eu acho que piorou depois da diabetes, não sei se é os óculos que já estão fracos no tempo de trocar. Eu me incomodo porque a nossa visão é tudo.” M6

“A visão mudou muito, porque quando aumenta muito o Diabetes, eu olho para pessoa, fica tipo chuviscando, eu não enxergo bem.”M12

“Eu não usava óculos antes da Diabetes, agora eu uso, se eu tirar eu enxergo vulto, eu não enxergo direito. Eu pensei que era o computador, porque eu trabalho com computador.”M13

“Eu sinto que o glaucoma piorou, mas estou fazendo tratamento.”M17

“Mudou quase tudo de um lado (lado esquerdo), estou com catarata, mas não posso me operar porque a diabetes está alta.”M18

“Mudou, mudou, tem horas que eu enxergo só uma nuvem assim, tipo uma fumaça na minha vista, tudo depois da diabetes, mas eu já usava óculos antes da Diabetes, eu já operei do lado esquerdo.”M19

De acordo com Bertonhi e Dias (2018), as complicações crônicas se destacam por ter um alto índice de morbimortalidade resultando em consequências socioeconômicas, psicológicas e na qualidade de vida das pessoas. As mais frequentes são a retinopatia diabética, nefropatia diabética, neuropatia diabética, doenças cardiovasculares e úlceras do pé diabético. A retinopatia diabética (RD) é decorrente de alterações vasculares da retina, devido ao excesso de glicose no sangue que se acumula nos vasos sanguíneos dos olhos, o que pode ocasionar entupimento ou enfraquecimento destes vasos e levar ao rompimento e/ou danos à retina.

Esta complicação é associada ao controle glicêmico inadequado e à longa duração da doença, sendo a principal causa de cegueira em adultos. Estima-se que 60% das pessoas com DM2 tenham ou vão ter algum grau de RD (BERTONHI; DIAS, 2018). Um estudo exploratório descrito sinalizou que dentre as complicações apresentadas pelos participantes com DM2, a retinopatia foi mais frequente (CARVALHO, *et al.*, 2017).

É importante destacar que os relatos abaixo que levam a inferir que mesmo frente as complicações algumas entrevistadas apresentam uma resposta adaptativa positiva:

“Não usava antes do diabetes, eu acho que um ano depois do diabetes comecei a usar óculos, não... como os óculos eu leio né, direitinho, agora se eu tirar os óculos isso aí dança (apontou as letras do papel). Eu já me adaptei né, me faz bem, eu também sentia dor de cabeça, agora não né...” M2

“Já usava óculos devido ao glaucoma, eu consigo lidar bem com isso.”M8

Segundo Becker e Heleno (2016), para manter adaptação existe a necessidade de que cada pessoa seja capaz de encontrar soluções frente aos problemas que a vida apresenta. A adaptação é dinâmica e depende sempre de fatores internos e externos, positivos e negativos. Os positivos tendem a melhorar a eficácia adaptativa e os negativos a diminuí-las.

Reiterando podemos concluir que apesar das mulheres do presente estudo aderirem ao tratamento medicamentoso, ainda apresentam algumas complicações decorrentes do diabetes, como AVC, DRC, pé diabético, retinopatia entre outras. Inferindo que o cuidado com o DM2 apresenta dimensão multifacetada e que processo adaptativo tanto ao tratamento quanto as complicações influencia no controle da doença e na qualidade de vida dessas mulheres.

O estudo de Carvalho et al. (2017), é congruente com a ideia apresentada no sentido que aponta resultados semelhantes, quando mostra que as pessoas com DM2 apresentam um alto nível de adesão ao tratamento medicamentoso, porém ainda apresentam complicações decorrentes da doença, como hipoglicemia, pé diabético, nefropatia, neuropatia e retinopatia diabética.

No diabetes mellitus, o aparecimento de complicações se agrava nas pessoas que não realizam as atividades de autocuidado relacionadas à alimentação correta, atividade física e ao uso adequado dos medicamentos quando necessários (CORTEZ *et al.*, 2015). Assim, oferta de intervenções educativas pelos serviços de saúde e a participação das pessoas com diabetes em grupos que abordem informações sobre a doença, condutas para perda de peso corporal e hábitos de vida saudáveis podem favorecer o conhecimento e o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado diário que a doença demanda. Logo, para melhorar a assistência às pessoas com DM2, é essencial combinar as ações de prevenção com as de controle e tratamento das complicações, visando diminuir a morbimortalidade relacionada à doença (SANTOS *et al.*, 2015).

5.1.4 CATEGORIA 4: Sensibilidade de membros superiores e inferiores, força muscular, alterações na pele e autocuidado

A categoria sensibilidade de membros superiores e inferiores, força muscular e alterações na pele compreende as falas que indicam alterações significativas a nível de sensibilidade e mudanças no tegumento. Foi identificado que grande parte das mulheres entrevistadas apresentou alguma alteração de textura, cor e hidratação da pele, bem como diminuição em algum grau da sensibilidade e força muscular de membros superiores e inferiores.

Segundo Veras et al. (2015), a neuropatia diabética periférica (NP) é a complicação mais prevalente do DM e suas alterações são sensitivas (perda da sensibilidade dolorosa, percepção de pressão, temperatura e propriocepção); motoras (atrofia e enfraquecimento dos

músculos do pé, resultando em deformidades); e autonômicas (diminuição ou ausência da secreção sudorípara com ressecamento da pele, rachaduras e fissuras).

Nascimento *et al.* (2016), reforçam que a maioria dos pacientes sintomáticos experimentam sintomas sensitivos positivos (resposta excessiva a um estímulo ou espontaneamente), como parestesias e dor, porém em alguns casos podem apresentar ataxia proprioceptiva. São referidas como sensação de dormência, formigamento, desequilíbrio e quedas, choques, picadas e principalmente queimação.

Verificam-se os sintomas descritos acima nos seguintes relatos:

“A minha pele está um pouco ressecada eu acho, e agora deu de rachar meu pé e eu não sei por que está rachando meu pé, está rachando meu pé [...] Assim eu sinto nos meus pés, tipo uma câimbra, que dá né. O médico falou que é por causa da diabetes, eu tenho de vez em quando. Eu também tenho problema de artrose, eu tenho entendeu?! Eu fiz exame.” M3

“Mudou, coça, sua. Eu passo hidratante. “Isso eu sinto, ultimamente agora, está com três dias, quatro dias, que me dá aquela coisa no braço mais do lado esquerdo assim, no pé, dormência na mão, eu perdi mais quando deu o derrame, eu não tenho muita força nesse braço esquerdo. Eu não posso fazer nada né...” M5

“Sinto mais ressecada. Sinto formigamento nos pés e no corpo mesmo.” M7

“Sinto formigamento e pontadas nos dedos das mãos.” M8

“Sim, está mais ressecada, resseca, ficou feia, não era assim. Sim, eu sinto nas mãos, formigamento.” M15

“Ficou mais ressecada, eu tenho que passar creme direto. “Mudou minha sensibilidade, eu sinto muitas dores nos ossos. Sinto formigamento nas pernas, nas mãos.” M16

“Sinto formigamento, pontada, choque quando eu estava com o colesterol alto, mais nas pernas.” M17

Em decorrência dos efeitos deletérios da NP, associados às doenças vasculares periféricas (DVP) tem-se os transtornos tróficos da pele e da estrutura osteoarticular do pé culminando com as úlceras, o pé diabético, representando em 90% dos casos, uma das mais mutilantes complicações crônicas do DM devido ao aumento da suscetibilidade à infecção. Dentre muitas alterações, a sensitiva antecede a disfunção motora devido à perda contínua dos axônios motores, causa subjacente da atrofia muscular, resultando em desnervação de fibras musculares com diminuição da força muscular, causando as alterações biomecânicas no pé (VERAS *et al.*, 2015).

Destacamos a alta frequência de relatos relacionados a diminuição da força muscular, como observado nas falas a seguir:

“Mudou, a minha pele ela ficou assim ressecada, antes do diabetes não era, dois anos atrás minha pele era normal assim. “Às vezes dá, assim no meu pé, na minha perna, e no meu corpo, formigamento, choque e pontada. “A eu achei que eu fiquei mais fraca (membros inferiores e superiores), me senti mais fraca depois que eu descobri que eu tinha diabetes, me senti assim uma pessoa fraca, uma fraqueza, mas eu estou tomando vitamina que o doutor passou, pra ficar mais forte né, meus ossos.” M4

“Ah, agora tem que ficar hidratando, essas coisas. Eu sinto formigamento nos pés nesse que perdi os dedos (amputação dos dedos devido calo). Também né, só às vezes esses dedos aqui (mão).” M9

“A pele né, saiu, saiu umas manchas na minha pele, aí eu passei a tomar aquele colágeno né. “Eu sinto pontadas na barriga. As mãos às vezes adormecem, mas eu faço massagem sabe. A força dos meus pés tem dias que não está muito legal não, dá uma fraqueza.” M10

“A força diminuiu bastante, eu trabalhava demais, demais, mas hoje como eu digo, a força acabou, aí eu tenho esse negócio que eu não como né, aí a fraqueza, eu fico sem direção não corpo.” M12

Como descrevem Veras et al. (2015), a doença vascular periférica, é caracterizada pela redução do fluxo sanguíneo, diminuição de nutrientes e oxigênio ao tecido e consequente dificuldade de cicatrização, favorece o surgimento de processos infecciosos, pelo fato de que condições isquêmicas reduzem a ação da antibioticoterapia.

As participantes do estudo também relatam problemas com a cicatrização:

“Mudou, eu hidrato né. Ah se eu tiver alguma ferida demora a cicatrizar, eu tenho maior cuidado né, eu não ando descalça. “Sinto, às vezes, me dá por aqui (pernas), e às vezes da tipo assim umas fsgadas, tipo uma pontada de agulha assim, mas não é toda vez. Não porque não é assim toda vez que eu sinto, uma vez por outra eu sinto.” M6

“Mudo mudou, tem vez que descasca tudo, ressecou muito, muito. Cuidado eu tenho que eu nem piso na lama. Ixi, demora muito para cicatrizar quando eu me machuco. “Ah isso eu sinto muito, tem horas que eu me desespero, eu sinto em todo o meu corpo, na minha pele. A minha mão tem vez que dá uma amortecida, às vezes fica igual quando eu peguei derrame. M12

“Sinto formigamento, choque nas mãos, no corpo todo, começa a coçar e começa dar essas coisas. Demora a cicatrizar.” M14

Pode-se observar em alguns relatos a dificuldade das participantes no processo de adaptação e como as alterações influenciam no cotidiano e emoções dessas mulheres.

“Eu sinto mais fraco, eu me sinto cansada, eu quase não ando assim, eu tenho muito cansaço nas minhas mãos, nos meus pés, isso afeta muito no meu dia a dia.” M18

“Sinto choque, pontada e formigamento na costa, na minha nuca, eu sinto muito, sinto nas mãos e pés, de manhã quando eu levanto, minha mão tá adormecida, aí começa a doer meu corpo, dói tudo, todinho meu corpo, tem dias que peço pra Deus, meu Deus me ajude que eu não aguento. Diminuiu, muito. Eu sinto muito

mesmo, tem horas que eu tenho que andar de vagar para minha perna não falhar.” M19

“Mudou, assim olha, a minha pele ficou uma pele ressecada, eu uso muito, muito hidratante. Sinto formigamento, choque, pontada, sinto, no corpo inteiro. Diminuiu muito a minha força, atrapalha muito no dia a dia, eu gosto das coisas tudo limpinha na minha casa, mas não tenho mais muita força para fazer isso.” M20

Sabe-se que as doenças crônicas demandam um cuidado estável e ajustamento por parte do paciente, por gerarem alterações de cunho orgânicas, emocionais e sociais. Ou seja, é necessário que o indivíduo se adapte a algumas limitações, frustrações e perdas. É fundamental a importância do equilíbrio emocional do paciente. Desse modo, para o cuidado de doenças crônicas, alguns aspectos são necessários, como recurso psicológicos e ambientais, tendo em vista a viabilização da convivência com ela (OROZCO; ALVES, 2017).

Apesar das dificuldades enfrentadas algumas mulheres mostram que o autocuidado faz parte da rotina, em especial o cuidado com a pele como podemos observar a seguir:

“[...]às vezes eu sinto só um pouquinho ressecada assim. Olha eu senti um formigamento sim, nos pés nas mãos, mas eu tomo o remédio né?!” M2

“Eu uso muito hidratante para nunca deixar ressecar.” M14

“Senti diferença, surgiram umas manchas pretas, mas passei pomada e hidratante e foi melhorando, ressecou mais também e utilizo hidratante direto.” M17

“É áspera que só, eu passo muito hidratante.” M18

De acordo com Borba *et al.* (2019), o autocuidado implica na execução de ações dirigidas pela e para a própria pessoa com a finalidade de satisfazer as necessidades e contribuir para a manutenção da vida e bem-estar. Na convivência com o diabetes, a rotina de autocuidado abrange o uso de medicação e a adoção de hábitos de vida saudáveis (alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo) como importante condição para o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas da doença.

O autocuidado significa deixar de ser passivo em relação aos cuidados e diretrizes apontadas pela medicina. Trata-se de um comportamento pessoal, que pode influenciar na saúde, porém não se dá de maneira isolada, mas em conjunto com fatores ambientais, econômicos, hereditários e relacionados aos serviços de saúde. Nesse sentido a OMS recomenda a educação para o autocuidado como forma de prevenir e tratar doenças crônicas, pois ele propicia o envolvimento da pessoa em seu tratamento e produz maior adesão ao esquema terapêutico (GOMIDES *et al.*, 2013).

Segundo Baia et al. (2018), o conhecimento é um fator de grande influência e repercussão nas pessoas para a tomada de decisão em relação à própria saúde e à predisposição para assumir o autocuidado e, muito além da reprodução das informações, ele relaciona-se com a mudança de atitude, comportamento e hábito de vida. Assim, a educação em saúde deve fornecer informações-chave, que auxiliem a pessoa a adquirir habilidades para o manejo da doença, promovendo um estilo de vida saudável.

Destaca-se ainda a relevância do profissional de saúde em relação ao autocuidado e na identificação de necessidades dos clientes, como descreve a Enfermeira Dorothea Elizabeth Orem acerca das reflexões sobre autocuidado, cujos conceitos englobam o autocuidado, as atividades de autocuidado, as exigências terapêuticas de autocuidado e os preceitos de autocuidado. Em sua teoria, Orem defende a responsabilidade dos indivíduos em cuidar-se e a importância do profissional enfermeiro na identificação dos cuidados que satisfazem as necessidades dos clientes (SANTOS *et al.*, 2018).

5.1.5 CATEGORIA 5: Disposição física e adaptação as limitações nas atividades de vida diária

Esta categoria compreende os relatos acerca da disposição para a realização das atividades diárias após o diagnóstico de DM e adaptação frente as limitações impostas pela doença. Verificou-se que a maioria das participantes apresentou desânimo, insatisfação e disposição diminuída após o diagnóstico de DM.

Como podemos observar nos seguintes relatos:

“Eu fiquei um pouco desanimada né, quando eu soube que tinha diabetes eu fiquei um pouco triste né, aí depois as doutoras começaram a conversar comigo que diabetes é uma doença que a gente tem que saber levar, porque tem muita gente que não sabe né, come muitas coisas que não é adequada, aí a pessoa vai perdendo o pé, vai perdendo a mão, aí fica cego também né. Minha pressão arterial está equilibrada agora.” M4

“Ah às vezes assim, quando eu descobri eu fiquei triste e às vezes me dá calafrios, fraqueza, quando ela está alta né (glicemia), que eu exagero na alimentação. A pressão aumentou, ela é assim, o médico falou que ela é repentina, eu me assusto, se alguém me assustar, me aborrecer, aí ela aumenta rapidinho.” M5

“Diminuiu um pouco a disposição e eu não gostei das mudanças por causa da dieta, eu não posso comer as coisas assim né.” M9

“Diminuiu a disposição, tem dias que eu digo hoje eu não quero fazer nada e acabou o papo, aí eu vou me deitar e quem quiser que faça. Nos últimos exames deu anemia, eu tomei medicação.” M11

“Diminuiu muito, depois do Diabetes pirou muito minha disposição, eu era bem esperta.” M16

“Eu me sinto mais fraca, perdi peso, eu não queria sair de casa.” M17

“Ixi, eu quase não faço nada lá em casa, só minhas coisinhas mesmo, tem dia que eu não estou com vontade nem de me levantar da cama.” M18

“Mudou, mudou e muito, muito, eu faço as coisas porque é preciso fazer né, mas mudou muito, tem horas que eu peço pra Deus, meu Deus me dá minha saúde, porque eu tenho meu pai e ele tem 99 anos e eu que cuido do meu pai, meu pai pegou esse AVC 99 anos, é muito trabalho, eu me sinto mal.” M19

Como destacam Becker e Heleno (2016), o paciente com diabetes precisa mudar sua rotina, que inclui dieta, medicamentos, exames laboratoriais constantes, visitas médicas e atividade física. Essas mudanças podem não ser aceitas e desencadear no paciente uma situação de crise pela perda. A impossibilidade de resolver tal situação ocorre, quando as emoções são de natureza extrema e poderosa e o paciente, não é capaz de utilizar defesas eficazes contra a intensa ansiedade para estabelecer dentro de si um objeto bom e capaz de suportar a perda.

Em contrapartida um menor número de mulheres demonstrou estar com a disposição física preservada e uma atitude positiva e resiliente frente ao diagnóstico do DM, como podemos identificar nos relatos a seguir:

“Ah eu me sinto com energia, animada... Graças a Deus. A pressão arterial não alterou. Não tive alteração cardíaca. Não tenho anemia, fiz exame de urina deu normal, o último exame de sangue que eu fiz também deu tudo bem. Me sinto disposta, me acordo 5 horas, 5 horas aí começa até 9 h da noite” M1

“Disposta é. Acho que a minha pressão está normal. Não” M2

“Minha disposição está normal.” M8

“Não, ao contrário, quando eu senti que eu tinha o Diabetes, eu me lembrei da minha mãe, aí eu não me senti fraca. A pressão mudou pouco, assim a minha mãe morreu disso né, aí eu não queria que isso acontecesse comigo. Tem dias que aumenta quando a diabetes fica alta aí a pressão aumenta, aí depois eu tomo a Losartana, eu tomo muito chá de cidreira que me ensinaram, aí isso aí não deixa a minha pressão muito elevada.” M12

“Ficou a mesma coisa, diabetes nunca me tirou do meu foco do que eu faço.” M13

“Quando eu descobri eu fiquei só o palitinho, eu perdi muito peso, mas hoje eu estou bem.” M15

Segundo Vicente *et al.* (2019), em virtude das inúmeras mudanças necessárias para nova rotina frente ao diabetes mellitus, torna-se imprescindível a presença de atitudes

resilientes, proporcionando o enfrentamento das adversidades e a adaptação às limitações impostas pela doença. Estudo realizado com usuários com diabetes mellitus de oito Centros de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, observou que quando o indivíduo se sente resiliente à condição de saúde, apresenta maior motivação para se cuidar, exibindo impactos positivos sobre a qualidade de vida e o controle da doença. A resiliência se caracteriza como processo que aborda o desenvolvimento de recursos e habilidade para resistir a respostas fisiológicas negativas diante de situações traumáticas, sejam eventos repentinos como desastre ou mesmo mudanças desencadeadas por condições crônicas, em que o agente estressor estará presente ao longo de toda a vida.

5.2 MODO AUTOCONCEITO

Neste modo emergiram duas (2) categorias, as quais apresentamos a seguir:

5.2.1 CATEGORIA 1: Autoconceito, aparência, aceitação e percepção das mudanças após diagnóstico

Esta categoria foi constituída pelas falas que indicam percepção acerca da aparência e suas modificações após o diagnóstico de DM, a aceitação e percepção das mudanças decorrentes da patologia. Podemos observar nos relatos que seguem, respostas positivas e negativas frente a situação de DM.

Como destacado nas falas seguintes, parte das mulheres demonstram autodescrição e autoestima positiva em relação a aparência, destacando as mudanças devido a patologia e o processo adaptativo.

“Eu estou satisfeita né, minha querida. A gente tem que se conformar né, pelo que Deus dá para nós né, a gente tem que fazer conforme..., e eu mesmo não mudou nada né, não, eu queria ficar mesmo como eu estou né, mana né.” A eu não sinto nada.... quando chega no dia eu já vou para o meu médico, quero saber como é que eu estou... e sigo as orientações.” M1

“Eu me sinto bem né, mas eu não queria ter né. Ah eu queria que essas manchas assim (manchas na pele) que eu tenho, sumisse.” M2

“Eu me vejo né?! A logo no começo sim, eu tinha vontade de morrer, mas agora não, passou. Eu estou satisfeita com minha aparência.” M3

“Eu sou essa pessoa né, de bem com a minha família, com meus filhos, eu tenho quatro filhos homens, sempre fui presente na vida deles, eu me divorciei mas eu fiquei do lado dos meus filhos e eles do meu lado, é isso, eu não tenho do que me queixar dos meus filhos. Eu gosto de mim como eu sou né, a gente tem que se aceitar como a gente é. Sei lidar com a doença, meus filhos também eles compreendem esse problema né que eu tenho que me cuidar, eles sempre estão me auxiliando ali.” M6

“Eu gosto de mim, não mudaria nada, não mudaria nada.” M8

“Pra mim tá tudo bom, eu já me senti muito triste, mas hoje eu já me conformei.” M11

“Não, está tudo bem. Só no início, eu vestia a roupa da minha filha, eu emagreci muito, cheguei a pesar 54 quilos. Hoje eu já me sinto bem.” M15

“Hoje, eu levo uma vida normal, graças a Deus, eu acho que o primeiro ano foi mais difícil.” M17

Com relação ao processo de aceitação da condição de DM, Bertolin *et al.* (2015), evidenciam que o conceito de “aceitação da doença” compõe o processo de adaptação psicológica, pela potencialidade de tornar a pessoa mais ativa no cuidado com a doença e favorecer o enfrentamento das limitações por ela impostas, de forma otimista e com sentimentos positivos.

A aceitação da doença é um meio de avaliar a adaptação psicológica frente às demandas provenientes das manifestações clínicas e do tratamento requerido para as doenças. Pode-se também avaliar a adaptação psicológica por meio da qualidade de vida, bem-estar, autoestima, participação social e cumprimento das funções sociais. Considerando o contexto das doenças crônicas não transmissíveis, o processo de adaptação consiste no ajustamento psicológico, social e fisiológico no curso da doença e do tratamento, e na habilidade individual para responder a essas demandas (BERTOLIN, *et al.*, 2015).

Ao receber o diagnóstico de uma doença crônica não transmissível como o DM2, as pessoas são confrontadas com novas situações que exigem uma avaliação individual e a escolha de modos de enfrentamento para lidar com tais situações, iniciando o processo de adaptação psicológica. Sendo que as estratégias escolhidas para lidar com a nova situação de vida podem gerar respostas fisiológicas, que são consideradas adaptativas ou ineficazes (BERTOLIN, *et al.*, 2015).

Destaca-se ainda a significativa relação do diabetes com a depressão. O DM está, também, associado com um aumento de risco para certas desordens psiquiátricas, particularmente depressão e ansiedade. Indivíduos com diabetes têm quase o dobro de propensão a sofrer de depressão, comparados com a população em geral. Os pacientes que têm diabetes e uma desordem psiquiátrica associada são mais suscetíveis à menor adesão de mudanças no estilo de vida e a um pior controle glicêmico. A evidência epidemiológica sugere que pelo menos um terço de pessoas com diabetes sofrem de depressão clinicamente relevante. Estudos apontam uma relação do DM2 como fator de risco para desenvolvimento posterior da depressão, pois a glicose sanguínea é um potente regulador de estados de humor.

Em particular, a hipoglicemia ou a hiperglicemia grave são capazes de induzir estados emocionais negativos em indivíduos com diabetes (BRAGA, *et al.*, 2017).

A partir do relato que segue, pode-se inferir que as complicações devido a doença podem provocar quadros de tristeza, afetando a autoimagem e qualidade de vida:

“Eu mudaria tudo, eu queria colocar uma prótese no meu pé, porque foi tirado quase uma banda do meu pé, eu fiquei com sequela né. Isso não me deixa triste e deprimida, mas já está sarando, mas assim né, eu vou ter preconceito (amputação) eu comigo mesma, de amostrar meu pé, porque ele está um lado muito feio, se eu tivesse dinheiro eu ia enxertar.” M9

Destaca-se que além de enfrentar mudanças na autoimagem, alterações da atividade sexual, isolamento social e familiar, a pessoa diabética com pé ulcerado tem de enfrentar outras preocupações com eventos adversos que podem acontecer com a ferida, principalmente problemas como infecção, perda da integridade da pele ao redor da lesão, desbridamento cirúrgico e o pior que é conviver com o risco da amputação (SALOMÉ; FERREIRA, 2017).

São essenciais a compreensão e apoio dos familiares e dos amigos, principalmente do profissional, que deve orientar o paciente e os familiares sobre como realizar o autocuidado e a prevenção relacionados às complicações. A autoestima e autoimagem dependem não apenas do indivíduo, mas de sua interação com os outros e com a sociedade (SALOMÉ; FERREIRA, 2017).

Referente a autoestima, este conceito está relacionado a um conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo sobre seu próprio valor, competência e adequação, que se reflete em uma atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo. A autoestima relaciona-se diretamente a construtos psicológicos como bem-estar e autoconceito, que são fatores analisados na psicologia da personalidade, pois podem ser representados como traços, onde há estabilidade durante um período, ou como estado, que reflete uma resposta às situações ou eventos (GIRARDI; TAKARAMA, 2014).

Segundo estes autores a autoestima é considerada um dos principais fatores de resultados favoráveis na adolescência e na vida adulta, podendo ter implicações em áreas como sucesso ocupacional, relacionamentos interpessoais e desempenho acadêmico. Por outro lado, a influência desta característica também tem sido observada em problemas adversos como agressão, comportamento antissocial e delinquência na juventude. A baixa autoestima se expressa pelo sentimento de incompetência, inadequação e incapacidade de enfrentar os desafios, em que a possível identificação é caracterizada pela variância do indivíduo entre o sentimento de aprovação e rejeição de si.

Com relação as respostas negativas podemos observar características de baixa autoestima relacionado a aparência, incapacidade e dificuldade de adaptação frente as imposições da doença nos relatos que seguem.

“Me sinto uma pessoa diferente, sei lá, tem vez que eu me sinto meio, como é que se diz... assim incapaz de fazer as coisas. Às vezes eu me incomodo porque, como eu emagreci, às vezes, tem tempo assim que eu como, como, como, em vez de ganhar um quilo, faz é perder mais ainda. Aí perde peso, as roupas ficam tudo frouxa de novo. Aí aquilo dá estresse na gente né, se aborrece. Aí não pode fazer nada, ainda mais no meu caso que eu não posso andar sozinha, aí quando eu ando sozinha tenho que nadar bem devagarinho para não cair. A Labirintite veio quando me deu derrame. A diabetes eu já descobri depois de dois anos com Labirintite.” M5

“Se eu pudesse mudar, eu mudaria o corpo inteiro, infelizmente não pode fazer nada.” M12

“Eu queria ganhar mais corpo né, eu estou muito magra, isso me incomoda.” M16

Enfatiza-se ainda que em grande parte dos relatos mostram que as participantes acreditam que muita coisa mudou após o diagnóstico de DM, principalmente relacionados a dieta, atividades de vida diária, tratamento medicamentoso, relacionamento com cônjuge e amigos, como verifica-se a seguir:

“Mudou muito. É que às vezes eu quero comer um doce e eu não posso, mas de vez em quando a gente não resiste né...” M2

“Mudou. A porque muita coisa que eu gostava de comer, gostoso né, mudou né.” M3

“Depois da Diabetes, mudou assim né, sobre a alimentação. Não né, porque muitas coisas eu não posso, não pode isso, não pode aquilo.” M5

“É porque a gente tem que ter certos limites né, o que você fazia antes você já não pode fazer, comer certas coisas, é essas coisas assim.” M6

“Depois do diabetes, mudou, aí que eu bebia, aí que eu brincava com os amigos, depois que eu perdi os dois dedinhos, aí eu parei. Porque eu bebia e tomava remédio, aí não combina né, bebida com remédio, mas agora eu tomo (remédio) normal.” M9

“Mudou, mudou, mudou demais, muitas coisas que eu quero comer, eu não consigo, eu não posso comer, aí eu desejo comer aquilo, aí eu falo para minhas filhas: olha se isso aí eu pudesse comer eu comia, mas como vocês não deixam, eu também não vou comer. Meus filhos não moram comigo, mas sempre estão lá, me ajudam muito em relação a doença.” M12

“Mudou e muito. Mudou tudo, até com o marido.” M16

“Tudo né, eu não posso comer certas coisas né.” M18

“Atrapalha, atrapalha muita coisa porque, às vezes eu quero fazer uma coisa, aí outra coisa, se eu passar a hora de comer alguma coisa, eu tenho que colocar na

boca um bombons, ou comer uma maçã, ou comer uma uva, que eu sinto assim, parece que aquele negócio vai me prendendo, parece que ela tá baixa.” M19

“Mudou, muita coisa, passei a tomar remédio, não posso mais comer as coisas que eu gosto. Mudou muito com meu marido, atrapalha muito, agora tanto faz como tanto fez, até porque a minha idade também né.” M20

Sabe-se que todas essas mudanças e as demandas por um novo estilo de vida podem influenciar significativamente a qualidade de vida das pessoas com DM, neste caso as mulheres. De acordo com Bernini *et al.* (2017), o controle do DM pode proporcionar melhora na qualidade de vida dos pacientes e, para que isso ocorra, deve-se investir em trabalhos de promoção de saúde e intervenções precoces.

Corrêa *et al.* (2017), reforçam que o DM2 se revela numa fase da vida na qual o indivíduo já possui hábitos bastante consolidados, sendo importante as ações educativas e grupos de discussão para a aquisição de conhecimento e habilidades sobre o autocuidado diário exigido para o manejo da doença. Tendo em vista a complexidade do seu tratamento, a educação em diabetes é o pilar para o manejo e o controle da doença, de maneira que o paciente alcance ou preserve sua qualidade de vida.

5.2.2 CATEGORIA 2: Enfrentamento a doença, crenças espirituais e religiosas

Esta categoria engloba as falas relativas as atitudes de enfrentamento a doença, os valores espirituais e a influência da religião no processo de enfrentamento e adaptação ao DM. Identifica-se relatos de satisfação das participantes frente a reação ao DM e as demandas requeridas pela doença. Como podemos observar:

“Estou fazendo direito, estou satisfeita.” M1

“Olha, não, acho que está normal. Eu tomo os remédios né, eu procuro me cuidar, evitar certas coisas.” M6

“Eu acho que eu estou reagindo bem.” M8

“Estou me cuidando bem melhor, tá bom.” M9

“Tá tudo certo, eu sou controlada, eu mesmo me controlo.” M11

“Não, eu acho que eu estou fazendo tudo certo. Eu posso até não saber me cuidar muito bem no corpo, mas na diabetes eu sei. Eu procuro fazer tudo direitinho.” M12

“Estou tentando fazer tudo adequado.” M13

“Eu estou enfrentando bem, fazendo direitinho.” M17

“Eu estou fazendo tudo certinho, eu acredito que eu faço porque eu preciso de mim.” M19

Mesquita *et al.* (2014), afirmam que, o enfrentamento consiste em um conjunto de esforços (cognitivos e comportamentais), despendido pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas (internas ou externas), que são avaliadas como excessivas em relação aos seus recursos pessoais, estando presentes em situações de estresse.

Pode-se inferir por meio dos relatos acima, que o processo de enfrentamento da doença está relacionado com as atitudes das mulheres, sejam estas atitudes adequadas ou não as demandas da doença. Segundo Sardinha *et al.* (2018), o estilo de vida é referenciado como sendo uma das causas e um mecanismo de controle do DM, no qual as pessoas desenvolvem formas de comportamento que elas descrevem como positivas ou negativas e estão sempre presentes em seu cotidiano.

Podemos observar respostas negativas com relação as atitudes de enfrentamento da doença. As participantes mostram nos relatos que seguem, a insatisfação com o autocuidado e controle da doença, seja pela negligência com dieta, atividade física e acompanhamento com profissionais de saúde.

“É eu acho que eu tenho que me esforçar mais.” M2

“Eu tenho que melhorar né.” M3

“Eu acho que eu preciso melhorar né, é porque às vezes eu dou uma deslizada, é final de semana.” M5

“Eu acho que eu preciso melhorar na alimentação e na atividade física.” M7

“Não, realmente eu não estou fazendo tudo certo, porque como eu estou falando eu já vim para cá porque para lá tá difícil médico né.” M14

“A única negligência é que eu como doce.” M15

“Eu poderia fazer mais alguma coisa, se tivesse mais acompanhamento com a médica.” M16

“Eu acho que eu devo me cuidar mais, me esforçar mais, tenho dificuldade, de vez em quando eu como farinha, e não pode comer.” M18

“Eu devia melhorar, porque a gente nunca faz direito, têm muitas coisas a desejar.” M20

O diagnóstico de uma doença como o diabetes traz consigo a necessidade de adaptação a uma rotina marcada pela realização de consultas e exames periódicos, mudanças de hábitos de vida, especialmente os alimentares, e em muitos casos, o uso diário de antidiabéticos orais e/ou insulina. Por sua vez, a ausência desta adaptação, ou quando a mesma ocorre de maneira parcial, leva a uma convivência conflituosa com a doença e, por

consequente, um enfrentamento e controle glicêmico inadequado da mesma, culminando muitas vezes no surgimento de complicações que reduzem a capacidade do indivíduo para realizar atividades cotidianas, afetando seu bem estar (SANTOS *et al.*, 2018).

Como descrevem Sardinha *et al.*, (2018), as pessoas com DM podem passar por processos que refletem nas suas atitudes de enfrentamento do diabetes e dificultam a adaptação à doença e adesão ao tratamento. Tais modificações envolvem o sujeito como um todo em suas dimensões biopsicossociais, podendo ter repercussões negativas, trazendo prejuízos à sua qualidade de vida. Cabe ao profissional de enfermagem estar atento às dificuldades vivenciadas pelo usuário e trabalhar em parceria com ele para conseguir uma qualidade de vida, considerando os aspectos emocionais, suas implicações no cotidiano e repercussões que podem interferir na eficácia do autocuidado.

Como destacam Santos *et al.* (2018), a concepção de saúde e o modo como cada pessoa enfrenta a doença são decorrentes de suas experiências pessoais e, essas por sua vez, guardam uma relação direta com as crenças, cultura e valores adquiridos ao longo da vida. Assim, as percepções acerca de uma doença não são as mesmas para pessoas diferentes, pois cada indivíduo apresenta manifestações e reações singulares. Nesse sentido, no que concerne aos relatos referentes as crenças espirituais e religiosas, inferimos que grande parte das mulheres entrevistadas atribuem uma influência positiva dessas crenças no processo de enfrentamento da patologia.

Os relatos demonstram que a fé existe como um meio de obter forças e equilíbrio frente as demandas da vida, em especial as exigências da doença. Pode-se inferir também que a crença em um ser divino auxilia no processo de aceitação da doença, como observa-se nas falas seguintes:

“Me ajuda, me ajuda porque quando de manhã a primeira coisa que eu faço é pedir para Deus que me dê força, saúde, né, e é isso vamos levando a vida né.” M1

“Ajuda, eu acredito muito em Deus, porque Ele me fortalece.” M3

“Às vezes a gente se preocupa né, mas só que quando a gente tem Deus na vida da gente, eu como sou cristã, é a gente tem muita fé, confia em Deus, então a gente não tem medo de nada nesse mundo, eu consigo encarar, quando a gente tem Deus a gente consegue encarar tudo.” M4

“Sim, porque eu já venci muitas coisas pela fé.” M6

“Com certeza, porque a gente vai orar para Deus, para Deus dar a nossa saúde, vida.” M7

“Logo quando eu perdi o primeiro dedo, eu não conseguia aceitar né, aí eu me apeguei com Deus, hoje eu enfrento qualquer coisa, porque eu tenho o meu Deus na minha vida, e Ele que me dá muita força.” M9

“Acreditar em Deus é a primeira coisa, para mim é muito importante, ajuda, ajuda, quando eu estou numa dificuldade eu me pego com Ele eu consigo o que eu preciso.” M19

De acordo com Geronasso e Moré (2015), as temáticas da religiosidade e/ou da espiritualidade enquanto componentes da vida humana acompanham o homem ao longo da história. Suas influências abrangem tanto as relações interpessoais e o âmbito sociocultural, quanto o intrapsíquico do indivíduo, expresso em crenças, valores, emoções e comportamentos. O conceito de religiosidade está relacionado a práticas religiosas compartilhadas publicamente em instituições do gênero; já o de espiritualidade está relacionado a práticas intrínsecas e particulares do indivíduo, não necessariamente compartilhadas com os outros em ambientes religiosos. tanto a religiosidade quanto a espiritualidade estão presentes na vida das pessoas, inclusive emergindo como parte de sua constituição psicológica e a religião pode transformar os momentos mais estressantes da vida em processo de enfrentamento das dificuldades.

A religião pode afetar positivamente a saúde física e mental por meio de rede de apoio social, redução de comportamentos não saudáveis, redução da pressão arterial e tensão muscular durante oração e meditação e maior adesão a tratamentos médicos e cuidados preventivos (ABDALA *et al.*, 2015).

“Me ajuda muito, porque a gente vai orar para Deus, para Deus dar a nossa saúde, vida.” M7

“Muitas vezes eu caí sim, eu fiquei muito caída, mas depois pronto eu comecei procurar uma ajuda né, assim de Deus, aí sempre eu frequentei a igreja, vou aos cultos né, me ajuda muito, eu vou levando. Me dá força para caminhar.” M12

“Olha ajuda porque teve uma época que eu estava ruinzinha mesmo e a vizinha me levou e lá eu graças a Deus eu, com a minha fé, me ajudou muito, e a gente pode falar com Deus em todo lugar.” M14

Pode-se inferir por meio dos relatos que a espiritualidade e religiosidade estão relacionadas com a qualidade de vida (QV) das mulheres com DM. Segundo Luengo e Mendonça (2014), a QV refere-se a um conceito tido como subjetivo, pois além de diferir de indivíduo para indivíduo está sujeita a sofrer alterações ao longo da vida. Os fatores que determinam a QV das pessoas são vários e sua combinação resulta numa rede de fenômenos e situações que, abstratamente, pode ser chamada de qualidade de vida. Geralmente, estão associados fatores como estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade.

Assim, entende-se que o campo da qualidade de vida pode vir a se tornar um mediador entre o campo da saúde e o das questões religiosas/espirituais, o que pode facilitar o desenvolvimento de intervenções em saúde que tenham o embasamento na dimensão espiritual. Dessa forma é importante conhecer o significado de espiritualidade para pessoas com diabetes, e se essa espiritualidade pode influenciar numa melhor adesão ao tratamento, proporcionando, assim, uma melhor qualidade de vida (LUENGO; MENDONÇA, 2014).

5.3 MODO DE FUNÇÃO NA VIDA REAL

Neste modo emergiu uma (1) categoria, a qual apresentamos a seguir:

5.3.1 CATEGORIA 1: Desempenho de funções, relacionamento interpessoal e apoio familiar após o diagnóstico do diabetes

Esta categoria compreende as falas que envolvem principalmente o desempenho dos papéis de mãe, esposa, dona de casa e amiga das participantes, e como isso manifestar-se na capacidade de lidar com a doença ou como a doença pode afetar o desempenho desses papéis, os relacionamentos interpessoais e o apoio familiar as mulheres.

De acordo com Roy e Andrews (2001), se a pessoa passa por problemas relativos ao papel que ela ocupa, os efeitos podem manifestar-se na capacidade de cura e manutenção da saúde. As experiências de saúde e doença, por sua vez, afetam o desempenho do papel.

Os relatos que seguem, sugerem respostas positivas em relação a interação das mulheres com diabetes e os papéis que estas desempenham, bem como o relacionamento interpessoal. Pode-se observar que estas descrevem um bom relacionamento com a família, os amigos e que a patologia não interfere significativamente nesta convivência, como podemos identificar a seguir:

“As pessoas se relacionam bem comigo. A doença não atrapalha.” M2

“Eu sou mãe, amiga, profissional... graças a Deus a diabetes não tem atrapalhado. Eu consigo me relacionar com as pessoas. Tenho muitos amigos, a doença não atrapalha minhas relações ou funções.” M3

“Sou a mãe e pai dos meus filhos, sempre fui. “O diabetes não afetou minha relação com meus filhos. Parece que eu senti mais amor pelos meus filhos, eles por mim. Sobre as pessoas, elas se relacionam bem comigo, o diabetes não interfere nas minhas amizades e relacionamentos.” M4

“Mãe, amiga, dona de casa. “Não, eu acho que vai da pessoa né, de cada um, eu sempre tive uma boa convivência com meus filhos né, e até hoje eu tenho uma boa convivência com os meus filhos com as minhas noras, com meus vizinhos.” M6

“Mãe, companheira, amiga... “Eu desempenho bem minhas funções, a doença não atrapalha.” M8

“Eu sou mãe, esposa, vizinha, amiga e tenho uma boa relação com as pessoas, a doença não atrapalha. Eu não sou uma má mãe não, a doença não atrapalha, e sabe eu não abandonei ninguém por conta da doença.” M9

“Mãe, amiga, vizinha...Não, sobre isso não atrapalha, meus filhos entendem e me ajudam e muito no tratamento da doença.” M19

As possíveis influências do DM no cotidiano da pessoa, podem afetar sua qualidade de vida e maneira como irá desempenhar seus papéis. Sendo que o apoio familiar pode influenciar no processo de adaptação e adesão ao novo estilo de vida. Segundo Santos (2014), o suporte da família, como parte do contexto familiar, também é apontado como significativamente associado aos comportamentos relacionados ao autocuidado no diabetes, sejam eles a dieta, o exercício ou a adesão ao tratamento medicamentoso.

A família que apoia seus membros em situação de doença compreende as modificações relacionadas à condição e torna-se permeável aos ajustamentos necessários para garantir o suporte necessário ao seu familiar doente, facilitando a adesão ao tratamento, recuperação e/ou melhora de sua saúde. Desse modo podem ser asseguradas às condições para uma maior eficácia adaptativa (SANTOS, 2014).

Podemos observar no relato que segue, a satisfação da participante referente seu relacionamento com a família e vizinhos e como a família tem influenciado positivamente no bem-estar e adaptação as condições impostas pelo DM:

“Diabetes nunca me atrapalhou no convívio com as pessoas, porque esses filhos que eu tive, eu fiz, eu tive e eu criei, e eu sou amiga das minhas filhas e dos meus filhos, eu sou irmão, sou mãe sou pai sou tudo. Converso com meus filhos, adoro meus filhos, chego em casa eu adoro está do lado deles, eles cuidam de mim e me orientam, ficam de olho para eu me cuidar, tomar meus remédios. Quando chega assim no dia das mães, eles me arrumam, eles me preparam e me levam para uma lanchonete para eu comer o que eu gosto. E isso tudo para mim eu fico feliz, eu bato foto com eles. Com os vizinhos me dou bem, eles falam: a dona tem tanta coisa, toma remédio, mas fala com todo mundo, animada.” M12

A família, quando bem orientada, pode constituir uma unidade de suporte às ações de cuidado no cotidiano da pessoa com diabetes, tais como estímulo à realização de atividades físicas, motivação para seguimento um plano alimentar, incentivo no ajuste da terapêutica medicamentosa quando da realização da monitorização da glicemia capilar no domicílio. Desta forma, a família atua como o alicerce para o tratamento do paciente e a partir desse

referencial são conduzidos todos os procedimentos durante o tratamento e a recuperação (SANTOS, 2014).

5.4 MODO DE INTERDEPENDÊNCIA

Neste modo emergiram três (3) categorias, as quais apresentamos a seguir:

5.4.1 CATEGORIA 1: Relacionamento, afeto e necessidades afetivas

Nesta categoria são apresentados os relatos referentes as manifestações de afeto entre as participantes do estudo e as pessoas mais próximas ao seu convívio, bem como a satisfação do relacionamento vivenciado com os outros.

Podemos identificar nas falas que as mulheres têm facilidade em expressar seus sentimentos as pessoas que elas julgam as mais importantes em suas vidas, e que estes sentimentos são recíprocos.

“A pessoa mais importante na minha vida é minha filha-neta. Porque ela vai, ela cuida de mim, ela fala: mamãe a senhora já tomou seu remédio? Para onde eu vou ela vai comigo, e é muito importante para mim. Eu dedico amor a ela, a gente se dá bem.” M1

“Deus é a pessoa mais importante para mim, consigo ter um bom relacionamento com ele.” M2

“Na minha vida, primeiro, minha mãe depois meus filhos”. Eu passo tempo com minha mãe e filhos.”M3

“Eu acho que é meus filhos né. Consigo expressar meu carinho para todos, dedico todo tempo, sempre estive presente, e eles também.” M4

“Olha na minha vida, primeiro Deus depois meus filhos, porque eles são um presente na minha vida e eu na vida deles né.”M6

“São todos, meus filhos, com todos eles e eles comigo... temos uma boa relação.” M11

“As pessoas mais importantes para mim.... olha, primeiramente é Deus, depois de Deus é meus filhos. Nunca deixei de dar carinho. Eu criei meus filhos sozinha, quando meu marido morreu, eu dei conta de criar, dar carinho. Hoje eles me ajudam.”M12

“Meu marido, sim, ele está comigo é meu companheiro. Primeiramente é Deus né, mas uma pessoa na terra, é ele.”M13

“Meus filhos, meus netos, eu dedico bastante tempo a eles.”M15

Segundo Roy e Andrews (2001), o modo de interdependência é um modo social porque as necessidades são satisfeitas através da interação social. A necessidade subjacente a este modo social é a necessidade de adequação afetiva, esta incorpora a necessidade de ser cuidado e cuidar. Inclui as necessidades pessoais de cuidados e atenção, afirmação, pertença, aprovação e compreensão. Estas necessidades são satisfeitas, em primeiro lugar, através do estabelecimento de interações aprofundadas com as pessoas.

A adequação afetiva, como necessidade subjacente ao modo de interdependência, envolve o contato com e o afeto dos outros que é requisitado pela pessoa como ser social. Para satisfazer esta necessidade, a pessoa procura contato com os outros (ROY; ANDREWS 2001).

5.4.2 CATEGORIA 2: Envolvimento social e participação em grupos de apoio

Esta categoria engloba os relatos das entrevistadas acerca do envolvimento e participação em grupos sociais e de apoio e a importância deste suporte no processo de enfrentamento e adaptação a doença.

Os relatos indicam que grande parte das mulheres participam e reconhecem a importância do envolvimento social e a participação em grupos sociais de apoio, sejam na igreja, no bairro ou na comunidade em geral:

“Tenho, eu sou do grupo de Maria. Estou frequentando. Eu me envolvo porque a gente vai aprender muitas coisas, né? A ser humilde, né ir visitar os outros doentes, né, que precisam também do apoio da gente e a gente vai levando, né?” M1

“No meu bairro, tem um senhor lá que na época do dia das mães e no dia das crianças faz atividades, aí eu sempre tento ajudar né, faço parte desse grupo...” M2

“Sou do círculo de oração, temos um grupo. É importante, cantar na igreja, no círculo de oração todas nós cantamos né.” M4

“Frequento da terceira idade (igreja). Me sinto muito bem mesmo”. M7

“Eu vou pra igreja, eu acho muito importante se evolver nos grupos de lá”. M10

“Eu acredito que seja importante, porque sempre é bom a gente ajudar e ser ajudado.”M14

“Na igreja, do lado de casa, elas gostam de mim, elas vão me buscar.”M17

“Na igreja mesmo que a gente faz aquelas caminhadas, se reuni pra conversar sobre os irmãos né, é ajuda.”M1

A propósito, Mota *et al.* (2016), acrescentam que, atividades em grupo também podem ser muito positivas para o tratamento do diabetes. Ao fazer parte de um grupo, os participantes desenvolvem vínculos e identificações entre os membros, auxiliando na ressignificação de experiências. Nesse sentido, o paciente diabético encontra no grupo pessoas que têm experiências semelhantes às suas, e que muitas vezes podem apresentar soluções para as situações geradoras de ansiedade.

Concernente a isto, podemos observar a seguinte relato:

“Célula, a gente tem uma célula na minha casa, a gente recebe um apoio, tem sempre uma conversa, pode compartilhar até com pessoas que passam mesmas situações e ajudar.” M13

Para Aragão *et al.* (2017), a questão do apoio social se baseia em constatações que apontam para o papel deste na manutenção da saúde, na prevenção contra doença e como agente facilitador à convalescença. O apoio social refere-se ao suporte emocional ou prático prestado pela família, amigos ou profissionais de saúde, que reduz a susceptibilidade individual para enfermidades. Na literatura o apoio social é descrito como um importante indicador da saúde e do bem-estar, desde a infância até a senilidade, por prover e completar os recursos que os sujeitos possuem para enfrentar situações de vida que podem levar ao adoecimento físico. A rede social protege o indivíduo em seus aspectos físico, mental e psicoafetivo. O baixo apoio social foi considerado fator agravante para o desenvolvimento do diabetes. Pessoas com baixa percepção de apoio social apresentaram controle glicêmico expressivamente inferior, quando submetidos a situações estressantes.

A percepção do apoio, ou seja, ter a sensação de ser amado e ter amigos íntimos apresenta-se como um fator de influência sobre os diferentes comportamentos dos indivíduos e diminui a probabilidade de ocorrência de comportamentos disfuncionais no cotidiano ou durante tratamentos. A presença de apoio social eleva a autoestima, melhorando a adaptação dos indivíduos a condições adversas, promovendo a resiliência, ao habilitar o indivíduo a mobilizar seus recursos psicológicos e controlar seus problemas emocionais, permitindo que as pessoas contornem a possibilidade de adoecer como resultado de determinados eventos da vida (ARAGÃO, *et al.*, 2017).

5.4.3 CATEGORIA 3: Relacionamento e aprendizagem com os profissionais de saúde

Esta categoria versa sobre relacionamento e aprendizagem com os profissionais de saúde. Os relatos apontam que boa parte das participantes demonstram satisfação em relação ao relacionamento e aprendizagem que estabelecem com os profissionais de saúde. Porém existem relatos que indicam dificuldades de interação com os profissionais afetando o processo de adequação ao tratamento do diabetes.

A seguir apresentamos as falas que indicam respostas positivas referentes a interação das mulheres diabéticas com os profissionais de saúde:

“Graças a Deus eles me tratam bem. né, quando eu venho me recebem bem. É, pergunto, não sinto nenhuma restrição.” M1

“Consigo me comunicar, eu faço perguntas para eles, e eles me respondem em relação a alimentação, o que eu posso fazer, atividades diárias, eles vão me explicando.”M7

“Consigo tirar minhas dúvidas, quando eu tenho que perguntar eu pergunto e eles esclarecem.”M8

“Aqui na Unidade eu não sei, porque agora que eu vou começar, mas pra lá (serviço de saúde anterior), mana as pessoas eram maravilhosas comigo, a enfermeira a doutora, tudo eu queria saber, eu consigo me comunicar com eles.”M9

“Eu converso com eles, eu venho de seis em seis meses aqui, é eu tenho uma boa relação com eles.”M11

“Ah isso eu tenho, isso eu tenho por que eu sempre fui assim, sempre gostei de saber de tudo que eu sofro, eu quero saber, se eu tenho uma tonteira eu pergunto, e esse exame o que foi que deu, como é? Aí eu fico perguntando, aí eles me falam, olha é assim. Eu tenho liberdade para perguntar, eu tenho uma psicóloga aqui que ela é minha psicóloga ela é minha doutora ela é minha amiga, ela é tudo para mim, aí eu adoro, nossa com certeza.”M12

“Sim, eu sinto liberdade pra perguntar as coisas, eu tenho uma boa relação com eles.”M13

“Ah hoje eu me senti à vontade com ela, por isso que eu demorei, com a enfermeira, ela conversou comigo, ela estava me explicando.”M14

Concernente aos discursos apresentados, pode-se destacar a importância da comunicação entre as mulheres e os profissionais, bem como a liberdade que estas expressam em perguntar, conversar e tirar as dúvidas. Sobre isto, Araújo e Nascimento (2016), evidenciam que, o estabelecimento de uma comunicação efetiva tem impacto positivo na redução de complicações diabéticas, vários fatores podem influenciar essa situação, dentre eles se destacam as crenças, os valores e a cultura, oriundas de cada região, assim os profissionais devem adequar seu dialeto, saber ouvir, falar quando necessário, dar abertura para realização de perguntas e respeitar os saberes populares do usuário, entre outros, contextualizando sua educação em saúde para lidar com a diversidade brasileira.

Na sequência apresentamos os relatos que indicam dificuldades no relacionamento e interação com os profissionais afetando o processo de adequação ao tratamento do diabetes:

“Na Unidade de Saúde? Eu acho que é difícil, quando a gente tenta se comunicar as pessoas são... não atendem a gente muito bem, eu não tiro todas as dúvidas e isso acaba me prejudicando né” M5

“Você não consegue nem dizer realmente o que você tem, já tão passando a receita. Aqui quando você chega, você nem bem entrou você já está saindo, eles não dão a menor atenção. Olha, eu me consultei em outubro, aí marcaram para agora para janeiro, isso prejudica muito é muita falta de atenção, que não dão para gente, você vai pedir uma informação eles não querem dar aí tratam mal a pessoa, é horrível.” M6

“Eu pergunto, mas eles não sabem falar direito, não dão uma resposta direito, tenho dúvidas, eu sinto vergonha de perguntar as coisas.” M16

Sobre esta questão é importante destacar a influência dos profissionais de saúde sobre as atitudes das pessoas frente a doença e como isso pode influenciar positiva ou negativamente nos cuidados de saúde. Neta *et al.* (2015), destacam que diversos estudos discutem a baixa adesão às atividades de autocuidado com o diabetes, descrevendo possíveis fatores responsáveis pela ascensão dessa problemática. Fatores de ordem pessoal, socioeconômica e cultural, além de aspectos relativos à doença, ao tratamento, ao sistema de saúde e à equipe multiprofissional podem influenciar o autogerenciamento dos cuidados.

Os profissionais de saúde, em geral, e a Enfermagem, em particular, têm a missão de promover melhor adesão do paciente ao tratamento por meio do estímulo a mudanças comportamentais imprescindíveis ao efetivo controle da doença. Pesquisa demonstrou que as orientações sobre autocuidado recebidas pelo paciente, as mudanças no estilo de vida e as habilidades para executá-las implicam prevenção e redução de complicações (NETA *et al.*, 2015).

O conhecimento acerca da patologia e do tratamento são fundamentais para adesão ao tratamento medicamentoso, por exemplo. No estudo de Barreto *et al.* (2017), foram avaliados o conhecimento dos pacientes sobre seu tratamento e suas principais dificuldades. Observou-se que 67,54% dos pacientes afirmaram ter recebido orientação sobre o tratamento e, destes, 77,17% foram atendidos por médico e, no entanto, 41,00% não souberam informar o nome do medicamento que tomam e 38,08% não souberam para que serve o medicamento. Dessa forma, percebe-se que há deficiência quanto à orientação aos pacientes. Essas lacunas no conhecimento do tratamento afetam diretamente a adesão – elas poderiam ser suprimidas por uma abordagem compartilhada da doença entre profissional da saúde e paciente.

É imprescindível haver diálogo franco entre a equipe de saúde e a pessoa a respeito da importância dos medicamentos no controle do diabetes e na redução dos riscos de complicações da doença, melhorando a qualidade de vida dos portadores. É por meio do diálogo que se solidarizam o refletir e o agir dos sujeitos, dirigidos à realidade a ser transformada e humanizada. Para tanto, é importante que haja confiança entre os sujeitos para, assim, levar a novos conhecimentos, novas experiências e novas maneiras de olhar a realidade (ROSSI, 2015).

Finalmente, destaca-se a relevância da educação em saúde, visto como um elo entre o profissional e quem recebe o cuidado. Entende-se educação em saúde como o diálogo entre profissionais e usuários que permite construir saberes e aumentar a autonomia das pessoas no

seu cuidado. Possibilita, ainda, o debate entre população, gestores e trabalhadores a fim de potencializar o controle popular, tornando-se mecanismo de incentivo à gestão social da saúde. O desenvolvimento da educação em saúde permite gerar transformações, entretanto essa possibilidade relaciona-se ao modo como tal ação está sendo desenvolvida pelos profissionais com a população. Portanto, torna-se interessante e necessário conhecer a realidade educativa a partir da visão dos usuários foco da atenção do sistema de saúde e contrapor a lógica da maioria dos estudos encontrados na literatura que trabalham a temática a partir da ótica dos profissionais (ALMEIDA *et al.*, 2014).

6 DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS, INTERVENÇÕES E ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Como destacam Mola et al. (2019), a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza a prática de enfermagem e o fluxo da assistência, oferecendo subsídios para o desenvolvimento metodológico de práticas interdisciplinares e humanizadas de cuidado. A SAE estipula o tipo de profissional requerido, as técnicas, procedimentos, métodos, objetivos e os recursos materiais para a produção do cuidado, além de definir a natureza e o tipo do trabalho a ser realizado.

A enfermagem nas décadas de 1970 a 1980, fundamentadas na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta, começaram a implantar a SAE como forma de prestar uma assistência planejada, firmada em conhecimentos e cuidados. Entre os aspectos positivos da aplicação da SAE nos estabelecimentos de Saúde destacam-se: segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de enfermagem, individualização da assistência, visibilidade e autonomia para o enfermeiro, diminuição do tempo de hospitalização e, conseqüentemente, economia de recursos (MOLA et al., 2019).

Apesar das visíveis vantagens à equipe de enfermagem, ao paciente e, conseqüentemente, ao hospital, o número de estabelecimentos de saúde que aplicam a SAE ainda não é satisfatório. O Processo de Enfermagem (PE) é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas que viabiliza a organização da assistência ao paciente. Essa sistematização constitui-se de cinco etapas: histórico de enfermagem; diagnósticos de enfermagem; plano assistencial; prescrição de enfermagem; evolução de enfermagem (MOLA et al., 2019).

No presente estudo utilizamos a taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (*North American Nursing Diagnosis Association*) NANDA. A taxonomia da NANDA oferece uma maneira de classificar e categorizar áreas de preocupação de um enfermeiro. Ela possui 244 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 13 domínios e 47 classes. Os enfermeiros lidam com respostas a problemas de saúde/processos da vida entre indivíduos, famílias e comunidades. Essas respostas são a preocupação central dos cuidados de enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade. Destacamos que neste estudo emergiram 21 diagnósticos de enfermagem com o predomínio do domínio de 4 diagnósticos no domínio de **Atividade/Repouso**, 3 diagnósticos no domínio de **Nutrição**, 3 diagnósticos no domínio de

Autopercepção, 3 diagnósticos no domínio de **Enfrentamento/Tolerância ao Estresse**, 3 diagnósticos no domínio de **Segurança/Proteção**, 2 diagnósticos no domínio de **Conforto**, 1 no domínio da **Promoção da Saúde**, 1 diagnóstico no domínio de **Percepção/Cognição**, 1 diagnóstico no domínio de **Sexualidade**.

Quando aos resultados e intervenções de enfermagem, utilizamos As Ligações NANDA, NOC - NIC. NOC refere-se aos resultados da Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC, *Nursing Outcomes Classification*), NIC refere-se as intervenções da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC, *Nursing Interventions Classification*). O fornecimento de ligações entre essas classificações representa um avanço importante na facilitação do uso dessas linguagens de enfermagem padronizadas para a prática, educação e pesquisa.

Quando se trata de cuidar de pessoas com DM, o enfermeiro, como agente de transformação social, deve organizar e operacionalizar seu processo de trabalho de acordo com a metodologia de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme determina a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº. 358/2009. Nesse contexto, a consulta de enfermagem (CN) é uma prática importante e deve atender às necessidades de saúde dos usuários de forma integral e eficaz (SILVA et al., 2018).

Diante do exposto e de acordo com a análise das categorias que emergiram neste estudo, elencou-se os principais diagnósticos de enfermagem no processo adaptativo de mulheres ao diabetes, seguido dos resultados e intervenções de enfermagem.

QUADRO 1: Diagnósticos de Enfermagem da Nanda 2018-2020/Ligações NANDA NOC-NIC

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS /METAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Ansiedade relacionada a estressores e necessidades não atendidas, caracterizada por preocupações em razão de mudanças em eventos da vida, incerteza, medo, irritabilidade, sofrimento e fadiga.	-Autocontrole da ansiedade; -Melhora do enfrentamento; -Redução da ansiedade.	-Aromaterapia; -Apoio a tomada de decisão; -Escuta ativa da mulher; -Intervenção na crise; -Musicoterapia.
Baixa autoestima crônica relacionado a enfrentamento ineficaz da perda caracterizado por vergonha, subestima a capacidade de lidar com a situação e passividade.	-Melhora da autoestima; -Melhora da socialização; -Melhora da imagem corporal; -Melhora do sistema de apoio; -Melhora do humor; -Melhora do enfrentamento.	-Apoio emocional e espiritual; -Controle do comportamento: agressão; -Facilitação do processo de pesar, culpa; -Intervenção na crise; -Promoção da esperança; -Terapia ambiental; -Terapia de grupo; -Terapia ocupacional; -Treinamento da assertividade; -Treinamento da capacidade de resiliência.
Conforto prejudicado relacionado a regime de tratamento e sintomas relacionados a doença, caracterizado por ansiedade, choro, medo, irritabilidade e lamento.	-Controle de sintomas; -Controle do comportamento; -Estado de conforto; -Redução da ansiedade; -Satisfação do cliente em relação ao	-Assistência no controle da raiva; -Assistência em exames; -Assistência para manutenção do lar; -Aromaterapia; -Apoio espiritual (Facilitação do

	ambiente físico; psicoespiritual e sociocultural.	processo de perdão e facilitação do crescimento espiritual); -Cuidado com o posicionamento no leito; -Esclarecimento de valores. -Prevenção do suicídio; -Promoção da esperança; -Proteção dos direitos do paciente; -Terapia de relaxamento: conforto e posicionamento; - Técnicas para acalmar;
Conhecimento deficiente relacionado a conhecimento insuficiente sobre recursos e informações insuficientes, caracterizado por conhecimento insuficiente.	-Conhecimento: processo da doença; -Conhecimento: controle do diabetes; -Controle da hiperglicemia; -Controle da nutrição; -Controle de distúrbios alimentares. -Melhora da educação em saúde; -Melhora da disposição para aprender; -Satisfação do cliente;	-Assistência para reduzir o peso; -Aconselhamento nutricional; -Ensino: processo da doença, dieta prescrita, procedimentos e tratamento medicamentoso prescrito; -Ensino: Atividades/exercícios prescritos; -Facilitação da aprendizagem; -Orientação quanto ao sistema de Saúde.
Deambulação prejudicada relacionada a dor, força muscular insuficiente e resistência diminuída, caracterizado por capacidade prejudicada de andar uma distância necessária.	-Controle Muscular/fortalecimento e equilíbrio; -Controle da energia; -Controle do humor.	-Alongamento; -Ensino: atividade/exercícios prescritos; -Promoção de exercícios; -Prevenção contra quedas; -Terapia com exercícios: Deambulação/Equilíbrio; -Treino para fortalecimento;
Distúrbio na identidade pessoal relacionado a baixa autoestima, caracterizado por alteração na imagem corporal, estratégias de enfrentamento ineficazes e sentimentos oscilantes acerca de si mesmo.	-Autocontrole do pensamento distorcido; -Melhora do papel, autoestima, autopercepção, imagem corporal e socialização; -Redução do estresse, ansiedade.	-Aconselhamento sexual; -Controle dos ideais delirantes; -Controle do humor; -Esclarecimento de valores; -Grupo de apoio; -Intervenção na crise; -Intermediação cultural; -Orientação para a realidade; -Reestruturação cognitiva; -Terapia de grupo.
Distúrbio na imagem corporal relacionado a alterações na autopercepção, caracterizado por alteração na estrutura corporal, ausência de parte do corpo e preocupação com mudança.	-Adaptação à deficiência física; -Melhora na imagem corporal; -Melhora no cuidado com o lado afetado; -Melhora na autoestima; -Melhora na autopercepção; -Melhora no enfrentamento; -Melhora no sistema de apoio; -Melhora na socialização.	-Assistência para manutenção do lar; -Assistência no autocuidado: atividades essenciais da vida diária; -Assistência na auto modificação; -Apoio espiritual; -Aconselhamento e apoio emocional; -Controle da negligência unilateral; -Cuidados na amputação e modificação de comportamento; -Controle dos distúrbios alimentares; -Dizer a verdade; -Escutar ativamente; -Ensino: processo da doença/procedimento/tratamento; -Esclarecimento de valores; -Facilitação do processo de pesar; -Grupo de apoio; -Orientação antecipada.
Disfunção sexual relacionado a conhecimento insuficiente sobre a função sexual, caracterizado por alteração na atividade sexual.	-Funcionamento sexual; -Melhora da imagem corporal; -Melhora na autoestima.	-Aconselhamento sexual; -Controle de medicamentos; -Ensino: sexo seguro e sexualidade; -Esclarecimento de valores; -Facilitação da auto responsabilidade; -Terapia de reposição hormonal.
Dor crônica relacionada a fadiga, sofrimento emocional, função metabólica prejudicada, caracterizada por alteração na capacidade de continuar as atividades	-Controle da dor; -Controle do humor; -Controle dos medicamentos; -Melhora do enfrentamento;	-Administração de analgésicos; -Aromaterapia; -Aplicação de calor e frio; -Controle do ambiente: conforto;

prévias, expressão facial de dor e representante relata comportamento de dor/ alterações nas atividades.	-Redução da Ansiedade.	-Distração; -Escutar ativamente; -Estimulação cutânea; -Grupo de Apoio; -Musicoterapia; -Massagem; -Terapia Ocupacional; -Terapia com animais; -Relaxamento muscular; -Reunião para avaliação dos cuidados multidisciplinares.
Estilo de vida sedentário relacionado a interesse insuficiente em atividade física caracterizado por média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo.	-Aptidão física; -Controle do peso; -Motivação; -Melhora da autoestima.	-Apoio à tomada de decisão; -Assistência na auto modificação; -Educação em saúde; -Ensino: atividade/exercícios prescritos; -Facilitação da auto responsabilidade; -Monitorização dos Sinais Vitais; -Melhora da autopercepção; -Promoção do exercício: treino para fortalecimento/alongamento; -Terapia com exercícios: mobilização articular; -Terapia Ocupacional.
Enfrentamento ineficaz relacionado a confiança inadequada na capacidade de lidar com a situação e avaliação imprecisa das ameaças, caracterizado por resolução insuficiente de problemas.	-Melhora do enfrentamento; -Modificação no comportamento; -Melhora do papel; -Redução da ansiedade.	-Aconselhamento; -Apoio na tomada de decisão; -Apoio emocional; -Assistência no controle da raiva; -Escutar ativamente; -Estabelecimento de metas mútuas; -Facilitação da presença da família; -Orientação antecipada; -Orientação quanto ao Sistema de saúde.
Fadiga relacionada a ansiedade e depressão, caracterizada por cansaço, capacidade prejudicada para manter as rotinas habituais e energia insuficiente.	-Conservação da energia; -Controle da dor; -Melhora do enfrentamento; -Melhora do sono; -Resistência; -Redução da ansiedade.	-Assistência no autocuidado: alimentação e atividades essenciais de vida diária; -Controle do ambiente; -Controle de medicamentos; -Controle nutricional; -Ensino: atividades/exercícios prescritos/dieta prescrita; -Monitorização de eletrólitos; -Musicoterapia; -Promoção da mecânica corporal; -Promoção de exercícios: treino para fortalecimento.
Intolerância à atividade relacionada a estilo de vida sedentário, caracterizado por fadiga.	-Controle da energia; -Treino para fortalecimento.	-Promoção de exercícios: Alongamento, Deambulação e equilíbrio.
Integridade da pele prejudicada relacionada a alteração na sensibilidade, alteração no metabolismo e circulação prejudicada, caracterizada por alteração na integridade da pele.	-Cicatrização de feridas; -Controle da dor. -Integridade tissular: pele e mucosas;	-Administração de medicamentos: analgésicos, tópicos; -Controle de medicamentos; -Controle nutricional; -Controle hídrico (Monitorização hídrica); -Controle da sensibilidade periférica; -Controle da pressão; -Controle do prurido; -Cuidados da pele/supervisão da pele/pés; -Cuidados com lesões, queimaduras; -Controle de alergias; -Cuidados na amputação; -Cuidados circulatórios; -Cuidados com a tração/ imobilização; -Controle do ambiente: segurança;

		-Identificação de riscos; -Precauções circulatórias; -Pressão de lesões por pressão; -Proteção contra infecção; -Terapia com exercícios: Mobilidade articular;
Mobilidade física prejudicada relacionada a controle muscular diminuído caracterizado por movimentos lentos e instabilidade postural.	-Desempenho da mecânica corporal; -Equilíbrio; -Locomoção: caminhar; -Movimento coordenado; -Mobilidade; -Redução da ansiedade; -Satisfação do cliente: Assistência funcional.	-Assistência no autocuidado; -Controle da energia; -Controle do ambiente; -Ensino: medicamentos prescritos; -Promoção do exercício: treino para fortalecimento; -Promoção da mecânica corporal; -Promoção do exercício: alongamento; -Terapia com exercício: deambulação, alongamento, mobilidade articular; -Terapia ocupacional.
Risco de glicemia instável relacionado a conhecimento insuficiente sobre o controle da doença, controle insuficiente do diabetes e falta de adesão ao plano de controle do diabetes.	-Aceitação: estado de saúde; -Autocontrole do diabetes; -Aptidão física; -Comportamento de adesão: dieta saudável; -Comportamento de aceitação: dieta prescrita e medicamentos prescritos; -Conhecimento: controle do diabetes/dieta/medicação/atividade prescrita; -Comportamento de manutenção de peso; -Equilíbrio do humor; -Tolerância à atividade.	-Aconselhamento e monitorização nutricional; -Controle da hiperglicemia e hipoglicemia; -Controle de medicamentos, humor; -Controle do peso; -Ensino: processo de doença, atividade, exercícios prescritos, dieta prescrita, medicamentos prescritos, procedimento, tratamento; -Identificação de riscos; -Promoção do exercício; -Redução da ansiedade; -Supervisão.
Risco de sobrepeso relacionado a comportamento sedentário que ocorre por > ou = 2 horas/dia e comportamentos alimentares desorganizados.	-Alcance da compreensão transmitida sobre a dieta recomendada; -Ações pessoais para manter o peso, por meio de dieta, exercício físico e modificação no comportamento -Redução da Ansiedade.	-Identificação de risco; -Educação em saúde: ensino da dieta prescrita; - Supervisão: controle e monitorização nutricional; -Assistência para manter o peso, aconselhamento e facilitação da auto responsabilização.
Risco de infecção relacionado a integridade da pele prejudicada.	-Cicatrização de feridas: primeira e segunda intenção; -Detecção de riscos: processo infeccioso; -Integridade tissular: pele e mucosas; -Resposta à medicação.	-Controle de medicamentos; -Cuidados na amputação; -Controle de imunização; -Cuidados com o local de incisão; -Cuidados com lesões por pressão; -Cuidados da pele; -Cuidados com lesões (Irrigação de lesões); -Identificação de risco; -Monitorização nutricional; -Proteção contra infecção; -Promoção da saúde oral; -Prevenção de lesão por pressão; -Supervisão da pele e pés; -Terapia nutricional.
Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado a conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis.	-Equilíbrio eletrolítico e acidobásico; -Equilíbrio hídrico; -Função renal; -Hidratação; -Resposta à medicação.	-Controle da medicação; -Controle de náuseas; -Controle de distúrbio alimentar; -Controle hidroeletrolítico; -Identificação de risco; -Reposição rápida de líquidos; -Supervisão.
Risco de quedas relacionado a alterações na glicemia sanguínea, dificuldade na marcha, redução da força em extremidade inferior e visão prejudicada.	-Aptidão física; -Ambiente domiciliar seguro; -Conhecimento: prevenção de quedas; -Comportamento de prevenção de quedas; -Controle de Riscos; -Detecção de Risco;	-Assistência no autocuidado; -Controle do ambiente: segurança; -Controle hídrico; -Controle da hipoglicemia e hiperglicemia; -Controle de medicamentos;

	-Equilíbrio; -Hidratação; -Locomoção: caminhar; -Mobilidade; -Movimento coordenado; -Resposta à medicação; -Satisfação do cliente: segurança, cognição.	-Controle da dor; -Controle da sensibilidade periférica; -Estimulação cognitiva; -Identificação de risco; -Prevenção de quedas; -Promoção da mecânica corporal; -Precauções circulatórias; -Promoção do exercício: Alongamento, treino para fortalecimento; -Terapia com exercício: deambulação, equilíbrio, mobilidade articular, controle muscular.
Tristeza crônica relacionado a crise no controle da doença, caracterizado por tristeza.	-Aceitação: Estado de saúde; -Autocontrole da depressão; -Adaptação psicossocial; -Esperança; -Equilíbrio do humor; -Melhora do enfrentamento; -Mudança de vida; -Melhora da autoestima; -Resolução do pesar.	-Aconselhamento; -Apoio espiritual; -Assistência no controle da raiva; -Apoio na tomada de decisão; -Apoio emocional; -Biblioterapia; -Controle de medicamentos; -Controle de energia; -Controle do humor; -Dizer a verdade; -Escutar ativamente; -Esclarecimento de valores; -Ensino: atividade, exercício prescrito, procedimento, tratamento; -Facilitação do processo perdão, pesar, culpa; -Identificação de risco; -Musicoterapia; -Promoção da esperança; -Promoção da capacidade de resiliência; -Terapia ocupacional.

Fonte: NANDA (2018/2020) LIGAÇÕES NANDA NOC – NIC (2012).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diabetes mellitus é um importante, significativo e crescente problema de saúde para o mundo, presente nos países quer sejam desenvolvidos, quer subdesenvolvidos. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2018), o aumento da prevalência do diabetes está associado a diversos fatores: rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência do estilo de vida sedentário, excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, a maior sobrevida dos indivíduos com diabetes.

Nesse sentido, as políticas de saúde precisam considerar esse quadro multifatorial e epidemiológico que permeia o processo de saúde-doença pelo diabetes mellitus. É evidente que o cuidado deve pautar-se no acompanhamento multiprofissional e transdisciplinar, como forma de proporcionar a população uma assistência integral. Quando enfatizar-se o cuidado de enfermagem no diabetes, este fundamenta-se em teorias que buscam explicar fenômenos, identificar respostas humanas a patologia e dessa forma aprimorar o cuidado ao usuário com DM.

Assim, o Modelo de Adaptação de Calista Roy, na prática clínica de enfermagem, considera que o sistema humano funciona como um todo e é mais do que uma mera soma das suas partes, ou seja, sustenta uma visão holística da pessoa, considerando a perspectiva fisiológica, psíquica, social e emocional. A adaptação significa que o sistema humano tem a capacidade de se ajustar, efetivamente, as mudanças no meio ambiente, e por sua vez, afeta o meio ambiente (ROY; ANDREWS, 2001).

Considerando esta perspectiva, a teoria de Roy muito contribuiu para elucidar o processo adaptativo desenvolvido pelas mulheres com diabetes em acompanhamento ambulatorial, macro objetivo deste trabalho. O entendimento das alterações vivenciadas pelas mulheres no processo de adaptação a patologia como: as mudanças alimentares, no estilo de vida relacionado a atividade física, o uso dos fármacos hipoglicemiantes, o enfrentamento, apoio familiar e social, permitiu o julgamento clínico por meio dos diagnósticos de enfermagem, de maneira mais apurada e o desenho de um plano de intervenções de enfermagem que buscam a assistência adequada, humana e holística a essa mulher.

Neste estudo observou-se que grande parte das mulheres entrevistadas demonstram preocupação em relação a alimentação, algumas ainda têm dificuldade nas mudanças no plano alimentar e outras demonstram resistência na adaptação ao regime alimentar adequado devido fatores econômicos, culturais e de conhecimento sobre o valor nutricional dos alimentos. Sabe-se que o tratamento do diabetes requer o uso da medicação adequada, a prática regular

de atividade física e a alimentação adequada que influenciam significativamente os níveis glicêmicos sanguíneos. Assim o cuidado de enfermagem precisa considerar o cuidado nutricional mais específico para essas mulheres, como a orientação quanto o valor calórico dos alimentos, a importância da glicose em níveis adequados na corrente sanguínea e nas células, as taxas de lipídios, vitaminas e minerais.

Destaca-se ainda que dentre as complicações crônicas a alteração na visão esteve presente em todas as mulheres entrevistadas, reforçando achados de outros estudos que destacam a retinopatia diabética como uma das complicações crônicas mais frequentes relacionadas ao descontrole glicêmico e a longa duração da doença. Apesar desse achado, as entrevistadas demonstraram resiliência e adaptação relativa as demandas desta complicação, interessando-se pelos cuidados com a visão.

Enfatiza-se que é fundamental a equipe de enfermagem estar atenta ao controle glicêmico dessas mulheres, bem como desenvolver atividades educativas, para fomentar o conhecimento acerca da doença, as complicações crônicas, a repercussão em vários aspectos da vida e os meios para prevenir e controlar essas complicações que tanto afetam a qualidade de vida dessas pessoas.

É importante ressaltar que neste processo de adaptação ao diabetes, as mulheres do presente estudo mostraram autocuidado significativo em relação ao tegumento. Cuidados como uso do protetor solar e hidratantes para pele são frequentes entre essas mulheres, expondo que a aparência é importante para a mulher e pode influenciar no cuidado a várias patologias, neste caso ao diabetes.

Ainda é fundamental destacar o processo de adaptação as mudanças de autoimagem nas mulheres que passam por complicações como pé diabético e que culminam em amputação. Observou-se que uma participante do estudo apresentou dificuldades de aceitação da autoimagem após amputação. O enfrentamento às mudanças de autoimagem requer apoio multiprofissional de enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas entre outros, pois o cuidado transcende a questão biológica. A enfermagem precisa estar atenta as demandas da mulher e organizar a integração multiprofissional valorizando e efetivando a discussão do plano terapêutico entre profissionais e que envolva a parte assistida na tomada de decisão, para assim prestar o cuidado mais específico e integral possível.

Por meio deste estudo, compreende-se que os grupos de apoio, quer sejam a nível ambulatorial, hospitalar, na comunidade, da família e outros são pontos chave no processo adaptativo das mulheres ao diabetes. A adaptação da mulher com DM, influência e alcança

seu cotidiano, e todos que estão ao seu redor, família, amigos, vizinhança e trabalho, pensando nesta perspectiva, a mulher que passa por processo de adaptação a condição crônica, de alguma maneira influencia e impacta sua rede social.

Quando a família apoia, quer no acompanhamento as Unidades de Saúde, quer no regime terapêutico medicamento, alimentar e físico, esta mulher tem grandes chances de sucesso em seu processo adaptativo, pois precisa de condições internas e externas para responder as demandas da patologia. Entende-se assim que o processo adaptativo é multifacetado e pleiteia diferentes atores para além da mulher com DM.

Finalmente, percebeu-se a relevância da investigação do processo adaptativo de mulheres ao diabetes, bem como as alterações vivenciadas por este público para que assim a enfermagem possa estabelecer uma assistência adequada, no sentido de determinar os diagnósticos de enfermagem, elaborar o plano de cuidados que estejam direcionados às peculiaridades de cada mulher, atendendo suas necessidades e interesses e que também considerem a mulher como agente no processo de cuidado para que juntamente com a equipe decida por práticas na direção da adaptação, considerando os diferentes aspectos que influenciam na sua saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ABDALA, Gina Andrade et al. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 49, p.49-55, ago. 2015. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005416.pdf> Acesso em: 25 jul. 2019.

ALMEIDA, Edmar Rocha et al. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde debate**, v. 38, n. 101, abr.-jun. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2014.v38n101/328-337/>>. Acesso em: 31 jul. 2019.

ARAGÃO, Ellen Ingrid Souza et al. Distintos padrões de apoio social percebido e sua associação com doenças físicas (hipertensão, diabetes) ou mentais no contexto da atenção primária. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 7, n. 22, jul. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n7/2367-2374/>>. Acesso em: 31 jul. 2019.

ARAÚJO, Eliane Saraiva Silveira et al. Cuidado de enfermagem ao paciente com diabetes fundamentado na Teoria de King. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v.3, n.71, p. 1157-63, maio/jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0034-716720180003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 nov. 2018.

ARAÚJO, M.H.P.O; NASCIMENTO, W.G. Assistência aos usuários diabéticos atendidos na região do semiárido à luz da teoria das relações interpessoais. **CONIDIS. I congresso internacional da diversidade do seminário**. Paraíba, 2016. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conidis/trabalhos/TRABALHO_EV064_MD4_SA10_ID409_20102016030709.pdf> Acesso em: 31 jul. 2019.

BARRETO, Tarcia Millene de Almeida Costa et al. Prevalência de Adesão ao tratamento medicamentoso por diabéticos no norte do Brasil. **SANARE**, Sobral, CE, v.2, n. 16, p. 22-30, jul. /dez. 2017. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1174>>. Acesso em: 31 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Assunto: Política Nacional de Atenção Básica.

BRAGA, Denis Conci et al. Fatores associados à depressão e indivíduos com diabetes mellitus. **Arq. Catarin Med**, Santa Catarina, v. 3, n. 46, p. 118-128, jul. /set. 2017. Disponível em: <Www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/313>. Acesso em: 22 jul. 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2012. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/RonanTocafundo/bardin-laurence-anlise-de-contedo>> . Acesso em 12 out. 2018.

BATISTA, Joana Veiga Anjos. **Adaptação à doença crônica: o caso das doenças autoimunes**. 2016. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Porto, 2016. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/88103/2/168724.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2019

BECKER, Nathália Brandolim; HELENO, Maria Geralda Viana. A eficácia adaptativa em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Boletim de Psicologia**, v. 69, n. 145, p. 159-170, 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v66n145/v66n145a05.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2018.

BERNARDINO, Maria Piassa Lorenço et al. A teoria de Callista Roy e sua aplicabilidade em intervenção com o uso da música na unidade de terapia intensiva neonatal: uma reflexão. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, vol. 1, n. 10, p. 1893-1897, 2018. Disponível em: <<https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS281.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2018.

BERNINI, Luciana Sabadini et al. O impacto do diabetes mellitus na qualidade de vida de pacientes da Unidade Básica de Saúde. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 3, n. 25, p. 533-541, 2017. Disponível em: <www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/.../880>. Acesso em: 22 jul. 2019.

BERTOLIN, Daniela Comelis et al. Adaptação psicológica e aceitação do diabetes mellitus tipo 2. **Acta Paul Enferm**, v. 5, n. 28, p. 440-6, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n5/1982-0194-ape-28-05-0440.pdf>> Acesso em: 4 nov. 2018.

BERTONHI, L.G; DIAS, J.C.R. Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica. **Revista Ciências Nutricionais Online**, Bebedouro, SP, v.2, n.2, p.1-10, 2018. Disponível em: <<http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/cienciasnutricionaisonline/sumario/62/18042018212025.pdf>> Acesso em: 12 jul. 2019.

BOAVENTURA, Ana Paula; SANTOS, Pedro Alves; DURAN, Erika Christiane Marocco. Conhecimento teórico-prático do Enfermeiro sobre Processo de Enfermagem e Sistematização de Enfermagem. **Enfermería global**, [Murcia, Espanha], v. 16, n. 46, p. 194-205, 2017.

Disponível em: < http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00182.pdf > . Acesso em: 4 nov. 2018.

BOSCARIOL, Rodrigo et al. Diabetes Mellitus tipo 2: Educação, Prática de Exercícios e Dieta no controle glicêmico. **Revista Saúde em Foco**, [Rio de Janeiro], nº 10, 2018.

Disponível em:

<www.unifia.edu.br/.../016_DIABETES_MELLITUS_TIPO_2_EDUCAÇÃO.pdf> Acesso em: 3 jul.2019

BORBA, A. K. O. T. et al. Conhecimento sobre diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 1, n.24, p. 125 -136, 2019. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/.../330896460_Conhecimento_sobre_o_diabetes_e_atitude...>. Acesso em: 16 jul. 2019.

CAPELETTI, André Pozzobon; SALLA, Lilian Fenalti. Relação entre hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. **13º Congresso Gaúcho de Clínica Médica**, v. 7, n. 2, p. 171-179, julho 2016. Disponível em: <<http://pdf.blucher.com.br.s3-sa-east-1.amazonaws.com/medicalproceedings/xiii-cgcm/1457142812.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2018.

CARVALHO, Cibele Valvassori et al. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 11, p. 3402-9, set. 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/.../22173>>. Acesso em: 11 de jul. 2019.

CHACRA, Antônio et al. Diabetes é mais comum nas mulheres do que nos homens. 2017.

Disponível em: < <https://hospitalsiriolibanes.org.br/sua-saude/Paginas/diabetes-mais-comum-nas-mulheres-que-nos-homens.aspx> >. Acesso em: 13 out. 2018.

COELHO, Sônia Margarida Santos Coelho; MENDES, Isabel Margarida Dias Monteiro. Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. **Esc Anna Nery**, [Rio de Janeiro], v.4, n. 15, p. 845-850, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a26v15n4.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2018.

CORRÊA, Karina et al. Quality of life and characteristics of diabetic patients. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v.3, n. 22, p. 921 – 930, 2017. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0921.pdf> >. Acesso em: 13 out. 2018.

COSTA, Cecília Passos Vaz et al. Aplicação da Teoria de Enfermagem de Callista Roy ao paciente com acidente vascular cerebral. **Rev enferm UFPE online**, [Pernambuco], v. 10, p.

352-60, 2016. Suplemento. Disponível em:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10960/12282> >.
 Acesso em: 13 out. 2018.

CORTEZ, Daniel Nogueira et al. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paul Enferm**, [São Paulo], v. 3, n.28, p. 250 – 5, 2015.
 Disponível em:
www.scielo.br/pdf/apv/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0250.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2019.

DARWISH, Lina et al. Depression in people with type 2 diabetes: current perspectives. **Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy**, v.11, p. 333- 343, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows/Downloads/dms0-106797-depression-in-people-with-type-2-diabetes-current-perspecti-070918.pdf>. Acesso em: 13 out. 2018.

DAYA, R.; BAYAT, Z.; RAAL, F.J. Effects of diabetes mellitus on health-related quality of life at a tertiary hospital in South Africa: A cross-sectional study. **Afr Med J.**, v. 9, n. 106, p. 918-28, 2016. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27601120>>. Acesso em: 13 out. 2018.

DIAZ, Leidy Johanna Rueda; CRUZ, Diná Almeida Lopes Monteiro. Modelo de adaptação em um ensaio clínico controlado com cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas. **Texto Contexto Enferm.**, [Florianópolis, SC], v. 4, n.26, p. 2-10, 2017. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e0970017.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2018.

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes et al. Quality of life in patients with diabetes mellitus before and after their participation in an educational program. **Rev Esc Enferm. USP**. [São Paulo], v. 2, n.47, p. 348-54, 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/11.pdf> >. Acesso em: 13 out. 2018.

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, [São Paulo], v. 2, n. 48, p. 257-63, 2014. Disponível em:
www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-257.pdf >. Acesso em: 11 jul. 2019.

FELISBERTO, Vera et al. Depressão na Diabetes Mellitus Tipo 2 ou Diabetes Mellitus Tipo 2 na Depressão? – Uma Revisão. **Revista Portuguesa de Diabetes**. [Portugal], v. 3, n. 12, p. 112-117, 2017. Disponível em: <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-12-n%C2%BA-3-Setembro-2017-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%A1gs-112-117.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2018.

FLOR, Luisa Sorio; CAMPOS, Monica Rodrigues Campos. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev Bras Epidemiol**, v. 1, n. 20, p. 16-29, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n1/1980-5497-rbepid-20-01-00016.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2018.

GERONASSO, Martha Caroline Henning; MORE, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. Influência da Religiosidade/Espiritualidade no Contexto Psicoterapêutico. **Psicol. cienc. prof.**, v. 35, n.3, Brasília, jul./set. 2015. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300711>. Acesso em: 25 jul. 2019.

GIRARDI, D.R.; TAKAHARA, A.L. Autoestima em portadores de Hanseníase e Diabetes: Variáveis das escalas Salsa e participação com o apoio das redes Bayesianas. **Programa de apoio a Iniciação Científica (PAIC)** 2013 -2014. Curitiba. Disponível em: <<https://cadernopaic.fae.edu/cadernopaic/article/view/76>>. Acesso em: 21 jul. 2019.

GUERRA, E. L. A. **Manual pesquisa qualitativa**. Belo Horizonte. 2014.

GOMIDES, D.S. et al. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. **Acta Paul Enferm**, v.3, n. 26, p. 289- 93, 2013. Disponível em: <<https://www2.unifesp.br/acta/pdf/v26/n3/v26n3a14.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2019.

GOYAL, Rajeev; JIALAL, Ishwarlal. Diabetes Mellitus, Type 2. **Stat Pearls Publising**, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513253/>>. Acesso em: 16 out. 2018.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi; (Org.) **North American Nursing Diagnosis Association**. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020. Porto Alegre: Artmed, 2018.

JOHNSON, Marion et al. **Ligações NANDA – NOC- NIC**: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

JOHNSON, Marion. **Ligações entre NANDA, NOC e NIC**: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LESSMANN, Juliana Cristina; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira; NASSAR, Sílvia Modesto. Mulheres com Diabetes *mellitus* tipo 2: perfil sociodemográfico, biométrico e de saúde. **Acta Paul Enferm.** v. 25, n., p. 81-6, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v25nspe1/pt_13.pdf>. Acesso em 16 out. 2018.

LUENGO, Camila de Moura Leite; MENDONÇA, Adriana Rodrigues dos Anjos. Espiritualidade e qualidade de vida em pacientes com diabetes. **Rev. Bioét**, Brasília, v.22, n.2, mai./ag. 2014. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200021>. Acesso em: 25 jul. 2019

MESQUITA, Alex Andrade. et al. Estresse, enfretamento e sua influência sobre a pressão arterial. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 48 -55, jan. / jun. 2014. Disponível em: <pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177>. Acesso em: 25 jul. 2019.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONTEIRO, A.K.C. et al. Aplicabilidade da teoria de Callista Roy no cuidado de enfermagem ao estomizado. **Rev. enferm. Atenção Saúde** [online], v.5, n. 1, p. 84-92, 2016. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/viewFile/1625/pdf>>. Acesso em: 16 out. 2018.

MOLA, Raquel et al. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. **J. res.: fundam. Care**, v.11, n.4, p. 887-893, jul./set. 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-977590>>. Acesso em: 18 de set. de 2019.

MOTA, Jessica Maires Severino. et al. Redução da Ansiedade com grupos de diabéticos: Interfaces físicas e psicológicas de uma intervenção. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v.9, n. 2, p. 312/323, jul/dez. 2016. Disponível em: <pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983>. Acesso em: 31 jul. 2019.

NASCIMENTO, O. J.M. et al. Neuropatia diabética. **Ver Dor**. São Paulo, 2016. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132016000500046&script=sci...tlnng>. Acesso em: 15 jul. 2019.

NETA, Dinah Sá Rezende et al. Adesão das pessoas com diabetes ao autocuidado com os pés. **Rev Bras Enferm.** v. 68, n. 1, p. 111 -6, jan.-fev. 2015. Disponível em:

<www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000100111&script=sci...tlnng...>. Acesso em: 31 jul. 2019.

OLIVEIRA, M.F. **Metodologia Científica**: um manual para a realização de pesquisas de administração. Universidade Federal de Goiás. Catalão, 2011.

OROZCO, L.B; ALVES, S.H.S. Diferenças do autocuidado entre pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1 e 2. **Psicologia, Saúde & Doenças** [online], v.18, n.1, p.234-247, 2017.

Disponível em:

<www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645>. Acesso em: 16 jul. 2019.

PANISCH, Sigrid et al. The impact of a disease management programme for type 2 diabetes on health – related quality of life: multilevel analysis of a cluster- randomized controlled trial. **Diabetol Metab Syndr**, v.10, n. 2, 2018. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5892002/>>. Acesso em: 16 out. 2018.

PEREIRA, Joseane; FRIZON, Eliani. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**, São Paulo, SP, Ano 8, n. 2, p. 58-66, jul-dez. 2017. Disponível em:

<<https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/download/330/180>>. Acesso em: 03 jul. 2019.

RAMOS, Flavia Regina Souza; PADILHA, Maria Itayra; BRUGGEMANN, Odaléa Maria. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem**: Metodologia do trabalho científico. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

RECKZIEGEL, Juliana Cristina Lessmann. **Resiliência e Adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus em Mulheres**. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

RIBEIRO, Job Antonio Garcia; CAVASSAN, Osmar. **Os conceitos de ambiente, meio ambiente e natureza no contexto da temática ambiental**: definindo significados.

GÓNDOLA, Enseñanza y Aprendizaje de las Ciencias, v. 8, n. 2, p. 61-76, 2013.

Disponível em:

<<https://revistas.udistrital.edu.co/ojs/index.php/GDLA/article/download/5149/6768>>. Acesso em: 16 out. 2018.

ROY, Callista; ANDREWS, Heather A. **Teoria da enfermagem: o modelo de adaptação de Roy**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

ROY, Callista; ANWAY, J. O Modelo de Adaptação de Roy: Teorias e propostas para a administração. In HENRY, B., DI VICENTI, A. C.; MARRINER, J. **Dimensions and Issues in Administration**. St. Louis: Mosby, 1989.

ROSSI, V.E.C; SILVA, A.L; FONSECA, G.S.S. Adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 5, n. 3, p. 1820-1830, set/dez. 2015. Disponível em:
<seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/890>. Acesso em: 11 jul.2019.

SALOMÉ, Geraldo Magela; FERREIRA, Lydia Masako. Locus de controle da saúde, imagem corporal e autoimagem em indivíduos diabéticos com pés ulcerados. **Rev enferm UFPE** [online], Recife, v.11, n. 9, p. 3419-28, set. 2017. Disponível em :
<bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/.>.
Acesso em 22 jul. 2019.

SANTOS, Thássia Perreira dos. Suporte familiar no cuidado de pessoas com diabetes mellitus em uma cidade do interior da Bahia. **InterScientia**, João Pessoa, v.2, n.2, p.16-24, maio/ago. 2014. Disponível em:
<<https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/68> >.Acesso em: 29 jul. 2019.

SANTOS, E. M. et al. Autocuidado de Usuários com Diabetes Mellitus: Perfil Sociodemográfico, Clínico e Terapêutico. **Rev Fund Care online**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, 2018. Disponível em:
<www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6180/pdf_1 >. Acesso em 16 jul. 2019.

SANTOS, Raíssa Passos; NEVES, Eliane Tatsch; CARNEVALE, Franco. Metodologias qualitativas em pesquisa na saúde: referencial interpretativo de Patrícia Benner. **Rev Bras Enferm** [online], v. 69, n. 1, p. 192-6, 2016. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0192.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2018.

SANTOS, Aline de Lima et al. Complicações microvasculares em diabéticos Tipo 2 e fatores associados: inquérito telefônico de morbidade autorreferida. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 20, n. 3, p. 761 – 770, 2015. Disponível em:
<www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00761.pdf >. Acesso em: 12 jul. 2019.

SANTOS, Aliny de Silva et al. Viver e conviver com diabetes: dificuldades experienciadas no enfrentamento e manejo da doença. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, 2018. Disponível em:
<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/18221>>
Acesso em: 25 jul. 2019.

SARDINHA, Ana Helia de Lima; SOUZA, Aline Santos; CAVALCANTES, Marcos Ronad Mota. Atitudes relacionadas ao Diabetes Mellitus: uma revisão integrativa. **Revista Nursing**, v. 2, n. 238, p. 2080-2084, 2018. Disponível em: [_http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=32908&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=32908&indexSearch=ID)>. Acesso em: 25 jul. 2019.

SILVA, Silvana de Oliveira et al. Consulta de enfermagem para pessoas com diabetes mellitus: experiência com metodologia ativa. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.7, n.6, nov./ dez. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-977590>>. Acesso em: 18 de Setembro de 2019.

SILVA, José Adailton et al. Diagnosis of diabetes mellitus and living with a chronic condition: participatory study. **BMC Public Health**, v. 18, n. 699, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-018-5637-9>>. Acesso em: 20 out. 2018.

SILVA, Antônio João Hocayen. **Metodologia de pesquisa**: Conceitos gerais. Paraná: Unicentro. 2014. Disponível em: <http://repositorio.unicentro.br:8080/jspui/bitstream/123456789/841/1/Metodologia-da-pesquisa-cient%C3%ADfica-conceitos-gerais.pdf>>. Acesso em: 19/10/2019

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2017-2018. São Paulo: Clannad, 2017.

SOUSA, Mariana Campos; DIAS, Flavia APARECIDA; NASCIMENTO S. Janaína Santos; TAVARES, Darlene Mara Santos. Correlation of quality of life with knowledge and attitude of diabetic elderly. **Invest Educ Enferm**., v. 34, n.1, p. 180-88, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/revistas/iee/paboutj.htm>>. Acesso em 20 out. 2018.

TRINDADE, Liliane Ribeiro et al. PROCESSO DE ENFERMAGEM: desafios e estratégias para sua implementação sob a ótica de enfermeiros. **Saúde (Santa Maria)**. v. 42, n. 1, p. 75-82, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/viewFile/19805/pdf>>. Acesso em: 20 out. 2018.

VERAS, Tiago Camilo et al. Associação entre força muscular e sensibilidade plantar em pacientes diabéticos: um estudo transversal. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 8, n. 3, p. 525-532, set./dez. 2015. Disponível em: <[fi-admin.bvsalud.org/document/view/w4sgz](http://admin.bvsalud.org/document/view/w4sgz)>. Acesso em 15 jul. 2019

VIBHA, S. P. et al. Community based study to assess the prevalence of diabetic foot syndrome and associated risk factors among people with diabetes mellitus. **BMC Endocrine Disorders**, v.18, n 43, p. 1-9, 2018. Disponível em: <<https://bmccendocrdisord.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12902-018-0270-2>>. Acesso em: 20 out. 2018.

VICENTE, M.C. et al. Resiliência e autocuidado de pessoas idosas com diabetes mellitus. **Rev Rene** [online], v. 20, 2019. Disponível em: <periodicos.ufc.br/rene/article/view/33947/pdf>. Acesso em: 19 jul. 2019.

ANEXO A
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UFPA - NÚCLEO DE MEDICINA
TROPICAL-NMT



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS À LUZ DA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE ROY

Pesquisador: JESSICA STEPHANIE DA SILVA VASQUES

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 73013817.7.0000.5172

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.514.729

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto que se propõem a avaliar a Qualidade de Vida de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus acima de 60 anos e que não possuem complicações oriundas da doença, utilizando um modelo teórico proposto por um pesquisador no início dos anos 1980 chamado Callista Roy.

Objetivo da Pesquisa:

Este Projeto tem como Objetivo Geral: Avaliar a qualidade vida das pessoas com diabetes mellitus a luz da teoria de Callista Roy.

E como Objetivos Específicos: 1-Identificar os fatores que interferem na adaptação e na qualidade vida da pessoa com diabetes mellitus; 2 - Elencar as categorias adaptáveis a luz da teoria de Roy em relação a qualidade de vida; 3 - Propor medidas adaptáveis que influenciem na melhoria da qualidade de vida da com pessoas com diabetes mellitus a luz da teoria de Roy.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos, pois trata-se de um estudo que usa como ferramenta de análise um questionário sócio-demográfico com base na Teoria de Callista Roy. O único risco é a exposição do participante da pesquisa o que a pesquisadora sanou através de um código alfa-numérico que protegerá a identidade do participante da pesquisa.

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92
Bairro: Umarizal
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-0961

CEP: 66.065-240

E-mail: cepbel@ufpa.br



UFPA - NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL-NMT



Continuação do Parecer: 2.514.729

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto inédito e que trará muitos benefícios para os usuários do Programa HiperDia da US3 do Bairro do Guamá, que será o cenário de Prática e desenvolvimento do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos solicitados foram todos apresentados.

Recomendações:

Todas as recomendações foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há mais pendências e/ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PIB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_329039.pdf	19/12/2017 09:47:26		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_CORRIGIDO_16_12_17.pdf	19/12/2017 09:46:42	JESSICA STEPHANIE DA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO_16_12_17.pdf	19/12/2017 09:46:19	JESSICA STEPHANIE DA SILVA VASQUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_REVISADO.pdf	01/11/2017 19:26:23	JESSICA STEPHANIE DA SILVA VASQUES	Aceito
Outros	declaracao_SESMA.pdf	18/09/2017 17:03:49	JESSICA STEPHANIE DA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_JCS.pdf	05/07/2017 17:32:04	JESSICA STEPHANIE DA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	31/05/2017 15:57:30	JESSICA STEPHANIE DA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92

Bairro: Umarizal

CEP: 66.065-240

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91) 3201-0061

E-mail: cepbel@ufpa.br

ANEXO B
AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA PARA PESQUISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- SESMA, aceita a realização do Projeto de Pesquisa de Pós Graduação em Enfermagem Mestrado Instituto de Ciências em Saúde da Universidade Federal do Pará - UFPA, intitulado: "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS À LUZ DA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE ROY", de autoria da discente JÉSSYCA STÉPHANIE DA SILVA VASQUES, sob orientação da Prof. Dra. Mary Elizabeth de Santana.

Entretanto é pertinente enfatizar que o Núcleo de Educação Permanente NEP/SESMA, emitiu a AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA mediante parecer de aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da instituição de origem.

Belém, 17de agosto de 2017.

 Selenide Sales Rodrigues
 Núcleo de Educação Permanente – NEP/SESMA



Te: Ciano, 2085, (Almirante Barroso e 28 de setembro)
 Marco, CEP. 66085-543
 E-mail: espacedeniasaobelém@outlook.com.br
 Tel: (91) 98413-1388

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) a participar da pesquisa para a conclusão do curso de Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, que tem por título “O processo adaptativo de mulheres ao diabetes na perspectiva da teoria de Callista Roy”. O objetivo é conhecer o processo adaptativo das mulheres ao diabetes em acompanhamento ambulatorial com base na teoria de Callista Roy. Esta teoria trata da habilidade que as pessoas têm de se ajustar a situações enfrentadas e dessa forma serem afetadas e consequentemente afetarmos o meio em que fazemos parte. Assim, este estudo justifica-se pela observação do avanço da doença e de suas complicações, pois mesmo sendo algo fortemente divulgado, com medicações e tratamento gratuito disponibilizado pelo governo, ainda observamos uma prevalência alta. Portanto, devemos atentar para o que afasta ou dificulta o acesso das pessoas na busca de uma melhor qualidade de vida e consequentemente a participação efetiva do usuário na gestão do seu cuidar. Mediante isto convidamos você a participar dessa pesquisa preenchendo um questionário e em seguida respondendo as perguntas da entrevista sobre a adaptação de mulheres ao diabetes. Caso não saiba alguma pergunta ou lhe provoque constrangimento, você tem a liberdade para não responder. Nesta pesquisa não será realizado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco a sua vida, porém tem o risco mínimo de perda do sigilo da sua identidade, ou seja, o seu nome vir a ser conhecido, porém para evitar esse risco, deixamos claro que o seu nome será conhecido somente pelos pesquisadores e que na divulgação dos resultados do estudo, ele não irá aparecer, pois usaremos o código alfanumérico “M” que significa Mulher (M1; M2; M3; ...). O estudo proporcionará um entendimento melhor por parte dos participantes sobre o diabetes e ajudará adaptação a nova condição de vida, ou seja, pessoa com diabetes. Além de contribuir para minimizar as complicações advindas do diabetes e subsidiar o aprofundamento do conhecimento da enfermagem sobre o tema. A participante poderá afastar-se da pesquisa e não permitir o uso das informações, de acordo com sua vontade e a qualquer momento que desejar. Deste modo, as informações coletadas serão devolvidas e não haverá perda ou custo algum. As informações obtidas serão utilizadas somente nesta pesquisa, sob a guarda do pesquisador, arquivadas, e serão incineradas após cinco anos. Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em eventos e publicados em revistas de cunho científico. A qualquer momento você poderá afastar-se da pesquisa e retirar

seu consentimento, não permitindo o uso das informações obtidas as quais serão destruídas. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Este trabalho será realizado com recursos do pesquisador e não haverá nenhum pagamento por sua participação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, caso surja alguma dúvida posteriormente, você poderá ser esclarecido entrando em contato por fone: (91) 989741743 ou e-mail: eliza_17msn@hotmail.com. Caso não queira falar com a pesquisadora, poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical, situado a Av. Generalíssimo Deodoro, 92 – Umarizal, primeiro andar, ou ainda pelo telefone: (91) 3201-0961 e pelo e-mail: cepbel@ufpa.br.

Elizama Nascimento Pastana
Pesquisadora Responsável

MSc. Jéssica Stephanie da Silva Vasques
Pesquisadora Responsável

Profa. Dra. Mary Elizabeth de Santana
Pesquisadora Responsável

Termo de Consentimento

Declaro que eu fui informado sobre os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e porque o pesquisador precisa da minha colaboração, tendo entendido a explicação. Por isso, eu concordo em participar, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Belém, _____ / _____ / _____

Assinatura do participante

APÊNDICE-B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1ª Parte: Identificação

Código: _____

Idade: _____ **Sexo:** () F () M

Município: _____ **Proveniente de:** _____

Escolaridade/anos de estudo: Analfabeto () Alfabetizado () Ens. Fund. Incomp. ()
Ens. Fund. Comp. () Ens. Médio incomp. () Ens. Médio comp. () Ens. Sup. Incomp.
() Ens. Sup. Comp. () Pós graduação () Mestrado () Doutorado () Pós
Doutorado ()

Profissão/Ocupação: _____

Religião: _____

Cor/Raça: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena () Outros: _____

Estado civil: Solteiro () Casado () Divorciado () União estável () Viúvo ()
Outros: _____

Filhos: Sim () Não () quantos: _____

Número de pessoas residentes no domicílio: () residentes

Renda familiar (em salários mínimos): < 1 salário mínimo () > 1 salário mínimo () 1
salário e ½ mínimo () 2 salários mínimos () mais de 2 salários mínimos ()

Mulher: N° de gestações (); N° de partos (); N° de abortos (); N° de filhos ()

Antecedentes familiares: HAS (), DM (), DRC (), Cardiopatia (), outros: _____

HISTÓRIA DA DOENÇA

Tempo de diagnóstico: _____

Tipo de DM: _____

Como descobriu a doença? Exames () sinais clínicos () sintomas () teste de
glicemia () outros: _____

Possui outras doenças associadas? Quais?

Hipertensão Arterial Sistêmica ()

Se HAS, Diagnósticos de HAS anterior ou posterior ao diagnóstico do DM?

Cardiovasculares ()

Outras: _____

Tempo de diagnóstico: _____

Possui fatores de risco? Quais?

Sedentarismo ()

Obesidade ()

Tabagismo ()

Alcoolismo ()

Outras: _____

Teve complicações? Quais?

AVC ()

Doença renal crônica ()

Pé diabético ()

Amputação ()

Depressão ()

Outras: _____

Já foi internado? Sim () Não ()

Número de internações: _____ Motivos: _____

2ª Parte - Entrevista

Modo Fisiológico

1. Como você se sente em relação a sua disposição para realização das atividades diárias? Como está sua pressão arterial desde o diagnóstico de diabetes (DM), alguma alteração cardíaca? Os últimos exames laboratoriais apontaram anemia ou alguma outra alteração?

2. Qual a quantidade de suas refeições diárias? Quais os alimentos que você geralmente consome em um dia? Você sente sede? Quantos copos de água você ingere em um dia?

3. Deixou de ingerir algum alimento após o diagnóstico de DM? Passou a ingerir algum alimento específico após o diagnóstico de DM?

4. Qual a sua altura e peso? Sente-se confortável com seu peso? Gostaria de ganhar ou perder peso? Seu peso aumentou ou diminuiu sem você ter diminuído ou aumentado a ingesta de calorias? em relação ao tato e paladar, houve alguma alteração após o diagnóstico de DM? Descreva. Como você tem lidado com isso?

5. Houve alguma alteração em seus hábitos intestinais após o diagnóstico de DM? Descreva a frequência e aspecto de suas fezes. Houve alguma alteração em seus hábitos urinários após o diagnóstico de DM? Quantas vezes você urina ao dia, qual a quantidade, aspecto, cor, odor, há presença de sangue, há presença de espuma, dói ou arde ao urinar?

6. Você sente seu corpo edemaciado? Teve episódios de náuseas, vômitos ou diarreia frequentes após o diagnóstico de DM? Sente desconforto abdominal ou constipação?

7. Você desenvolve alguma atividade física? Com que frequência você pratica atividade física? Você praticava alguma atividade física antes do diagnóstico de DM? Você começou a praticar atividade física devido ao DM? Qual a importância da prática de atividade física, para você?

8. Você tem períodos de descanso durante o dia? Quantos? Após o diagnóstico de DM, o seu repouso foi alterado em algum sentido? Considere os períodos de descanso do dia e da noite (sono e repouso).

9. Como era sua pele antes do diagnóstico de DM? Como está agora, algo mudou? Apresenta lesões no corpo? Apresenta lesões nos pés? As lesões que você apresenta, demoram quanto tempo para cicatrizar?

10. Em relação à sensibilidade da sua pele? Você sente formigamento, choque, pontadas? Sente que está mais sensível ou menos sensível? Em relação a sensibilidade de seus membros

superiores e inferiores, você sente diminuída, aumentada ou normal? Houve alguma alteração após o diagnóstico de DM? Como você está convivendo com essas mudanças?

11. Em relação à sua força muscular dos membros superiores e membros inferiores, desde o diagnóstico de DM, sente que está normal, diminuída ou aumentada?

12. Como era sua visão antes do diagnóstico de DM? Utilizava óculos, lente, havia alguma dificuldade visual? Como está sua visão após o diagnóstico de DM? Sente mais dificuldades visuais? Como você está convivendo com isso?

13. Você sente dores regularmente? Quais partes do seu corpo são afetadas pela dor? Essas dores iniciaram após o diagnóstico de DM? Você consegue desenvolver suas atividades diárias apesar das dores? Como você está convivendo com isso?

14. Em relação ao tratamento medicamentoso, você segue a prescrição médica? Consome regularmente? Fale mais sobre seu tratamento medicamentoso, alguma dificuldade ou dúvida.

2 Modo de autoconceito

1. Você saberia se descrever, quem é você? Como você se sente em relação à sua aparência após o diagnóstico do DM e em relação a doença? Quais são os aspectos da sua aparência física que gosta? O que, se existir algo, que gostaria de mudar na sua aparência física? Como você se vê a si própria em relação as complicações causadas pelo DM? (se tiver).

2. O DM influencia em suas relações sexuais? Como você lida geralmente com as relações sexuais após o diagnóstico de DM? Está satisfeito com os seus métodos de lidar com os seus sentimentos sexuais?

3. O que mudou na sua vida após o diagnóstico de DM? Como você acha que está lidando com essa situação de ser diabética?

4. Como você gostaria de reagir/ ser à esta situação que enfrenta devido DM? O que você mudaria em relação as suas atitudes para enfrentar o DM?

5. O que você acredita em relação a ter DM? Suas crenças espirituais e religiosas influenciam no seu modo de enfrentar o DM? De que maneira?

3 Modo de função na vida real

1. Quais os papéis que você desempenha? (Exemplo: mãe, esposa, irmã, amiga, dona de casa, profissional, membro de alguma associação).

2. Como mãe, como você tem desempenhado esse papel da mesma forma que antes do diagnóstico de DM? Algo mudou? O que? Quais suas dificuldades? Considere esta mesma pergunta para os demais papéis citados acima, ou outro que não conste aqui.

3. Após o diagnóstico de DM, em relação aos papéis que você desempenha, consegue cumprir suas obrigações, consegue se relacionar/comunicar adequadamente com todas as pessoas

envolvidas nesse processo? As pessoas as quais convivem conseguem se relacionar com você satisfatoriamente após o diagnóstico de DM?

4. Você sente que o DM atrapalha/prejudica o desempenho de suas funções? Por que?

4 Modo de interdependência

1. Quem é a pessoa mais importante na sua vida? Como você expressa carinho por essa pessoa? Quanto do seu tempo você dedica para estar com as pessoas que ama? Você acha que é suficiente? Por quê?

2. Você frequenta grupos de apoio como: grupos da igreja, trabalho, comunidade, mulheres)? Para você, qual a importância de participar destes grupos?

3. Como é sua relação com os profissionais de saúde? consegue esclarecer dúvidas em relação ao DM, mantém um bom relacionamento com a equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, nutricionista, psicólogo, assistente social)?

Caso deseje fazer algum comentário, expressar alguma opinião a respeito do que foi discutido, sinta-se à vontade.