

Autocuidado de Usuários Com Diabetes Mellitus: Perfil Sociodemográfico, Clínico e Terapêutico

The Self-Care of Users Bearing Diabetes Mellitus: Socio-Demographic, Clinical and Therapeutic Profiles

Auto-cuidado de los Pacientes con Diabetes Mellitus: Sociodemográfico, Clínico y Terapêutico

Emmanuela Mota Santos^{1*}, Valesca Patriota Souza², Isla Amaral Gonzaga Correio³, Ellen Barbosa Santos Correio⁴

Como citar este artigo:

Santos EMS, Souza VP, Correio IAG, *et al.* Autocuidado de Usuários com Diabetes Mellitus: Perfil Sociodemográfico, Clínico e Terapêutico. Rev Fund Care Online. 2018 jul./set.; 10(3):720-728. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.720-728>

ABSTRACT

Objective: The study's goal has been to describe the socio-demographic, clinical and therapeutic profiles and the self-care activities of users bearing diabetes mellitus in a basic care service. **Methods:** It is a descriptive and cohort study with quantitative approach, carried out in a Basic Health Unit from October 2015 to October 2016, in an urban area of the Vitória de Santo Antão city, Pernambuco, Brazil. It was surveyed 164 users bearing diabetes mellitus. Data collection has been done through an interview, using two structured questionnaires **Results:** The results point to a situation characterized by a higher female prevalence (53.7%), with average age of \pm 59.66 years old, satisfactory monitoring of capillary glycemia (87.8%) and higher score is observed for the medication practices. **Conclusion:** It was concluded that it is necessary to provide education programs by a multiprofessional team aimed at the users bearing diabetes mellitus in order to meet the care complexity.

Descriptors: Health profile, Diabetes mellitus, Self-care.

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Acadêmica de Enfermagem, Centro Acadêmico de Vitória.

² Enfermeira, Mestre em Saúde Humana e Meio Ambiente. Professora Assistente da Universidade Federal de Pernambuco, Brasil.

³ Universidade Federal de Pernambuco, Acadêmica de Enfermagem, Centro Acadêmico de Vitória.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal de Pernambuco, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil sociodemográfico clínico e terapêutico e as atividades de autocuidado de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica. **Métodos:** Estudo transversal, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde, entre outubro de 2015 e outubro de 2016, em uma área urbana do Município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil, com 164 usuários com diabetes mellitus. Os dados foram obtidos mediante entrevista, utilizando-se dois questionários estruturados. **Resultados:** Os resultados apontam para uma situação caracterizada pela prevalência de usuários do sexo feminino (53,7%), com média de idade de $\pm 59,66$ anos, monitorização da glicemia capilar satisfatória (87,8%) e com maior pontuação para as práticas medicamentosas. **Conclusão:** Conclui-se ser necessário o fornecimento de programas educativos por uma equipe multiprofissional, direcionados aos usuários com diabetes mellitus com o intuito de atender à complexidade do cuidado.

Descritores: Perfil de Saúde, Diabetes mellitus, Autocuidado.

RESUMEN

Objetivo: Describir el auto-cuidado sociodemográfico y clínico y terapéutico de los pacientes con diabetes mellitus en un servicio básico. **Métodos:** Estudio transversal de descriptivo, con enfoque cuantitativo, desarrollado en una Unidad Básica de Salud, entre octubre de 2015 y octubre de 2016, en un área urbana del municipio Santo Antao Victoria, Pernambuco, Brasil, con 164 los pacientes con diabetes mellitus. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas utilizando dos cuestionarios estructurados. **Resultados:** Los resultados apuntan a una situación que se caracteriza por una mayor prevalencia de mujeres (53,7%), usuarios con una edad media $\pm 59,66$, and la glucemia satisfactoria (87,8%) y una puntuación más alta para las prácticas médicas. **Conclusión:** Concluye que es necesario realizar programas de educación por un equipo multidisciplinar, dirigida a los pacientes con diabetes mellitus con el fin de atender la complejidad de la atención..

Descriptores: Perfil de salud, La diabetes mellitus, Autocuidado.

INTRODUÇÃO

As condições crônicas, caracterizadas pelo longo curso clínico e, na maioria das vezes, pela irreversibilidade, constituem problemas de saúde pública, cuja persistência ao longo tempo requer gerenciamento e administração do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma permanente e integral.¹ As transformações ocorridas na população mundial, no último século, como o aumento da morbimortalidade, a queda na taxa de doenças infecto-parasitárias, sedentarismo e sobrepeso, redirecionaram o perfil de suscetibilidade dessas patologias.² O encontro desses fatores associados à queda da taxa de mortalidade infantil e ao aumento da expectativa de vida, corroboram com a persistência de doenças crônicas como o diabetes.¹⁻²

O Diabetes Mellitus (DM), grupo de doenças metabólicas, caracteriza-se por hiperglicemia resultante da falha no metabolismo de lipídeos, carboidratos e proteínas, cujas causas estão associadas a defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina e/ou em ambos.³ A Organização Americana de Diabetes (ADA) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) classificam essa patologia, de

acordo com a etiologia, em quatro tipos clínicos: Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2, DM Gestacional e outros tipos específicos de Diabetes Mellitus.³⁻⁴

O DM destaca-se pela elevada prevalência mundial e por altos índices de morbimortalidade.² Estimativas sobre a prevalência mundial do DM, em 2013, observou que 387 milhões de pessoas possuíam DM, sendo 46% sem diagnóstico prévio.⁵ Na América Central e na América do Sul, essas estimativas eram de 24 milhões de indivíduos e em 2015, houve perspectivas de 38,5 milhões de pessoas.⁶ Destaca-se, ainda, que sua prevalência mundial entre adultos (20-79 anos) será de 7,7% com 439 milhões de adultos até 2030.³

As complicações causadas pelo DM, como nefropatia, neuropatia e retinopatia, são responsáveis pelos altos índices de morbimortalidade, tornando-a uma doença muito onerosa para o indivíduo, família e o sistema de saúde.² Gastos relacionados ao diabetes mundialmente, em 2014, foram estimados em 11% do total dos gastos com saúde de adultos.⁶ No Brasil, por exemplo, as estimativas para o custo direto oscilam em torno de 3,9 bilhões de dólares, em comparação com 0,8 bilhões para a Argentina e 2 bilhões para o México.³

Para o tratamento dos indivíduos, além do uso das medicações, as atividades de autocuidado são significantes, uma vez que, auxilia no controle metabólico, abrange um programa de educação continuada e modificações no estilo de vida (como a inserção de atividade física e reeducação alimentar, abolição do fumo e do álcool).³ O autocuidado, sendo assim, estimula o desenvolvimento da autonomia do usuário com diabetes, proporcionando maior alocação de recursos centrados em medidas educativas e preventivas.⁶

No campo da Enfermagem, a Enfermeira Dorothea Elizabeth Orem foi pioneira com reflexões sobre Autocuidado, cujos conceitos englobam o autocuidado, as atividades de autocuidado, as exigências terapêuticas de autocuidado e os preceitos do autocuidado. Em sua Teoria, Orem defende a responsabilidade dos indivíduos em cuidar de si e a importância do profissional Enfermeiro na identificação dos cuidados que satisfazem as necessidades dos clientes.⁷

Tendo em vista as complexidades do Diabetes Mellitus já discutidas, o desenvolvimento de estudos sobre diagnósticos situacionais dos usuários com essa patologia podem fomentar ações educativas com um foco em promoção e prevenção da saúde e a redução das complicações a longo prazo causadas pelo diabetes. Além de promover melhorias na qualidade de vida da população em estudo e reduzir os custos do sistema no tratamento dessa patologia.

Diante do exposto, esta pesquisa foi norteada pela seguinte questão: Qual o diagnóstico situacional dos usuários do Sistema Único de Saúde com Diabetes Mellitus? Tendo em vista a exiguidade de maiores estudos acerca

da caracterização desses usuários, este estudo objetiva descrever o perfil sociodemográfico clínico e terapêutico e as atividades de autocuidado de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde.

MÉTODOS

Estudo transversal, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco (PE), Brasil, entre os meses de outubro de 2015 e outubro de 2016. A UBS foi selecionada através de um sorteio aleatório realizado pela pesquisadora.

A população cadastrada com DM na Unidade Básica de Saúde correspondeu a 185 usuários. Todos os usuários cadastrados na UBS que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, possuir DM, apresentar capacidade de comunicação verbal foram convidados para participar do estudo. Foram excluídos os usuários: pacientes com déficit neurológico e cognitivo. Mesmo com o esforço deliberado pela pesquisadora em identificar as residências, houve uma perda de 21 usuários por estarem localizados em endereços desatualizados. Participaram, portanto, 164 usuários com diabetes mellitus.

O acesso aos pacientes deu-se por meio dos dados fornecidos pelo software do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e pela revisão do livro de registros dos casos de Diabetes Mellitus da Unidade. A coleta de dados foi realizada, através da busca-ativa com os Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), por intermédio de dois instrumentos compostos por questões fechadas. O primeiro questionário, elaborado por intermédio de estudo prévio, contemplou dimensões demográficas (sexo e idade), socioeconômicas (escolaridade, ocupação e renda), clínicas e relacionadas à monitorização da glicemia capilar (tipo de DM, tempo de doença, última consulta, tratamento atual, instituição de saúde para acompanhamento, medida da glicemia capilar, aquisição do monitor e tiras para avaliação da glicemia capilar, participação em programa educativo).

O segundo instrumento de pesquisa foi o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes, versão traduzida, adaptada e validada para a cultura brasileira (QAD).⁸ O QAD avalia as atividades de autocuidado a partir de 07 dimensões e 17 itens de avaliação: alimentação geral (dois itens), alimentação específica (três itens), atividade física (dois itens), monitorização da glicemia (dois itens), cuidado com os pés (três itens), uso da medicação (dois itens) e tabagismo (três itens).⁸

A avaliação é parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a 7, referente aos comportamentos dos últimos sete dias. Na escala, o zero corresponde à situação menos desejável e o sete a mais desejável, exceto na dimensão alimentação específica, em que os valores são invertidos. Os hábitos do tabagismo são considerados isoladamente, por

estarem codificados de forma diferente, com valorização da média de cigarros consumidos por dia.⁸

Os dados foram coletados nas residências dos sujeitos, no período compreendido entre junho a agosto de 2016. Para permitir a inserção das pessoas não alfabetizadas, o processo de coleta contou com o auxílio da pesquisadora no preenchimento dos instrumentos. As visitas duraram aproximadamente 25 minutos.

Após a coleta dos dados, foi construído um banco de dados em planilha do programa Excel for Windows-2010 e analisados através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS –versão 16). As variáveis contínuas foram tabeladas em valores de média e desvio-padrão; as variáveis categóricas, por meio de frequência absoluta e porcentagem. Os resultados estão apresentados em forma de tabela com suas respectivas frequências absoluta e relativa.

Conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, este projeto, com número do CAAE: 54265715.8.0000.5208, recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).⁹

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis demográficas e socioeconômicas dos usuários com DM da UBS estudada. Os dados relativos ao sexo apontam para 46,3% de participação do sexo masculino e 53,7% do sexo feminino e, com relação à idade, percebeu-se variância entre 19 e 98 anos ($59,66 \pm 16,96$).

Em relação ao estado civil, a maioria da população (50%) é casada, aposentada (34,8%) e com renda familiar média e mensal de 793,24 reais, variando de 200,00 a 2.640,00 reais. Quanto à escolaridade, 31,6% referiram ser analfabetos, 29,3% ter primeiro grau completo e 23,8% primeiro grau incompleto, circunstância que pode caracterizar a população de baixa escolaridade. Concerne à ocupação, percebe-se a prevalência de usuários aposentados (34,8%), seguidos de 15% de indivíduos desempregados e 14% do lar.

Tabela 1. Características da população estudada conforme variáveis demográficas e socioeconômicas. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2016. (n=164)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	76	46,3
Feminino	88	53,7
Estado Civil		
Solteiro	13	7,9
Casado	82	50,0
Mora com Companheiro	10	6,1
Separado	34	20,8
Viúvo	25	15,2
Escolaridade		
Analfabeto	52	31,6
Ensino Fundamental Completo	48	29,3
Ensino Fundamental Incompleto	39	23,8
Ensino Médio Completo	11	6,7
Ensino Médio Incompleto	6	3,7
Alfabetizado sem ter ido à escola	8	4,9
Ocupação		
Desempregado	26	15,9
Do Lar	23	14,0
Estudante	8	4,9
Aposentado	57	34,8
Trabalhador Assalariado	18	11,0
Empregado doméstico	3	1,8
Produtor Rural	7	4,3
Profissional Liberal Autônomo	17	10,4
Funcionário Público	5	3,0
	Média ± DP	(Mínimo; Máximo)
Idade	59,66 ± 16,96	(19; 98)
Renda	793,24 ± 328,20	(200; 2640)

A Tabela 2 descreve as características da população quanto às variáveis clínicas e relacionadas à monitorização da glicemia capilar. No tocante ao tempo da doença, verifica-se média e desvio-padrão de $7,37 \pm 7,56$ com tempo máximo de 41 anos. Com relação ao Tipo de Diabetes, 39% apresentaram Diabetes Mellitus Tipo 2 e 53% não sabiam informar. Sobre o tratamento, 86% fizeram uso de Antidiabéticos Orais e 15,9% de insulina. Destes, 92,7% declararam adquirir as medicações na própria Unidade. Dentro do tratamento não-medicamentoso, 72% afirmaram seguir dieta e 53% realizar exercícios físicos.

O Tempo da última consulta médica, variou ente 1 e 12 meses ($7,37 \pm 7,56$). Em relação à monitorização da glicemia capilar, foram identificados 87,8% com posse de glicosímetro. Contudo, 97% não ganhou as tiras para monitorização nos últimos meses. Relacionado aos Programas Educativos, 79,3% da população negaram participação.

Tabela 2. Características da população estudada conforme variáveis clínicas e relacionadas à monitorização da glicemia capilar. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2016. (n=164)

Variáveis	n	%
Tipo de DM		
Tipo I	11	6,7
Tipo II	64	39,0
Gestacional	2	1,2
Não sabe informar	87	53,0
Tratamento		
Antidiabéticos Orais	141	86,0
Insulina	26	15,9
Dieta	118	72,0
Exercício Físico	87	53,0
Medicação		
Particular	64	39,0
Popular	89	54,3
UBS	152	92,7
Outros	12	7,3
Instituição de saúde para acompanhamento		
Unidade Básica de Saúde	153	93,3
Ambulatório	14	8,5
Conveniada	3	1,8
Faz medidas da glicemia capilar ou ponta de dedo		
Sim	144	87,8
Não	20	12,2
Como obteve o monitor de Glicemia		
Comprou	34	20,7
Ganhou	113	68,9
Não tem	17	10,4
Ganhou as tiras do serviço público para a realização da glicemia capilar nos últimos meses		
Sim	5	3,0
Não	159	97,0
Participa de algum programa educativo		
Sim	34	20,7
Não	130	79,3
	Média ± DP	(Mínimo; Máxin
Tempo da Doença	7,37 ± 7,56	(0; 41)
Ultima Consulta	3,35 ± 2,19	(1; 12)

A Tabela 3 representa a avaliação dos itens do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD).8 As pessoas com Diabetes Mellitus que foram acompanhadas durante a pesquisa, alegaram “seguir uma dieta saudável” em média 3,69 ± 2,78 dias por semana. Já em relação ao item “seguir orientação alimentar, dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)”, essa média caiu para 2,29 ± 2,76 dias.

Quando questionados sobre o consumo de “cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais”, observou-se uma média de dias de 2,26 ± 2,60. O consumo de doces expressou uma média de 1,64 ± 1,80 dias. A ingestão de carnes vermelhas, contudo, subiu para 2,57 ± 2,64 dias. No domínio “Atividade Física”, averiguou-se que o item “realizar atividade física por pelo menos 30 minutos” obteve uma média de 0,54 dias, similar ao questionamento sobre “exercício físico específico”.

Os usuários relataram avaliar o açúcar do sangue em uma média de dias verificada em $1,15 \pm 1,52$ dias da semana. Esse valor, entretanto, diverge do item “avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro”, cuja quantificação foi de $0,24 \pm 0,89$ dias.

No tocante ao uso de medicações, os usuários tomam injeções de insulina em uma média de $0,95 \pm 2,28$ dias, e afirmaram usar os medicamentos recomendados em uma média de $4,80 \pm 2,77$ dias. Os usuários costumam observar os sapatos antes de calçá-los em $1,52 \pm 2,48$ dias. O hábito de examinar os pés e secar entre os dedos é constatado em médias de dias de $1,05 \pm 2,01$ e $1,20 \pm 2,18$, respectivamente.

Tabela 3. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD) na amostra estudada. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2016. (n=164)

Variáveis	Média ± DP
Seguir uma dieta saudável.	3,69 ± 2,78
Seguir a orientação alimentar.	2,29 ± 2,76
Ingerir cinco ou mais opções de frutas e vegetais.	2,26 ± 2,60
Ingerir alimentos ricos em gordura.	2,57 ± 2,64
Ingerir doces.	1,64 ± 1,80
Realizar atividade física por pelo menos 30 minutos diários.	0,54 ± 1,27
Realizar exercício físico específico (caminhar, nadar e etc).	0,54 ± 1,25
Avaliar o açúcar no sangue.	1,15 ± 1,52
Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado.	0,24 ± 0,89
Examinar os pés.	1,05 ± 2,01
Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los.	1,52 ± 2,48
Secar os sapatos entre os dedos dos pés depois de lavá-los.	1,20 ± 2,18
Tomar injeções de insulina conforme recomendado.	0,95 ± 2,28
Tomar número indicado de comprimidos do diabetes.	4,80 ± 2,77

Com relação ao tabagismo, 77,4% da população afirmaram não ter fumado cigarro nos sete dias anteriores. Os indivíduos fumantes utilizam, num dia, uma quantia média de $5,69 \pm 3,39$ cigarros. Quando indagados sobre “Quando fumou o seu último cigarro”, 17,7% das pessoas manifestaram nunca ter fumado e 52,4% fumaram há mais de dois anos.

DISCUSSÃO

Estudos demonstram que um maior número de pessoas do sexo feminino têm sido diagnosticadas com DM. Uma pesquisa realizada em uma Unidade básica distrital de saúde (UBDS) da cidade de Ribeirão Preto - SP, observou que 71,3% dos usuários com DM pertenciam ao sexo feminino.¹⁰ Em consonância com o estudo referido, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013 pelo Ministério da Saúde, detectou maior prevalência de DM em 5.433.262 mulheres comparado aos 3.688.369 homens¹¹. Dessa maneira, é possível observar uma convergência desses estudos com os resultados alcançados por essa pesquisa, cujos resultados também apontam para um maior quan-

titativo de mulheres (53,7%). Diante dos dados se faz necessária a atuação do profissional de enfermagem, assim como de toda a equipe, no estímulo a presença do sexo masculino neste espaço de atenção à saúde.

Quanto à ocupação, obteve-se predomínio dos aposentados (34,8%) e em relação ao estado civil, a maioria dos indivíduos são casados (50%). Estes dados são congruentes com o estudo de prevalência realizado no interior do estado de São Paulo, com 52 pessoas com DM, em 2006, cujos resultados apontaram uma proporção de 68,5% para os indevidos casados e 42,8 para os aposentados.¹²

O analfabetismo entre usuários com DM é um fator preocupante, uma vez que pode antecipar o desencadeamento de complicações crônicas, em decorrência da limitação do acesso às informações, devido ao possível comprometimento das habilidades de leitura, escrita e compreensão das atividades de educação para o autocuidado preventivo.¹² Observou-se que 31,6% das pessoas são analfabetas, concordando com uma pesquisa realizada no Maranhão, com 120 pessoas, foi visto que 49,2%

das pessoas eram analfabetos.¹³ Nesse sentido, torna-se imperioso reforçar que a escolaridade é um fator que contribui positivamente para um adequado tratamento, na medida em que facilita o acesso à informação o que pode resultar em um melhora no desempenho para o autocuidado. Entretanto, uma equipe de saúde preparada para a educação em DM deve criar estratégias que facilitem o aprendizado desses usuários, mesmo diante de condições precárias de escolaridade.

O aumento do número de indivíduos com DM está relacionado ao crescimento e ao envelhecimento populacional, à maior urbanização, à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como à maior sobrevivência da pessoa com DM, o que configura uma transição demográfica e, conseqüentemente, uma transição epidemiológica.¹⁴ No presente estudo, verificou-se a idade média dos usuários como 59,66 anos, com um desvio-padrão de $\pm 16,96$, com a idade variando de 19 à 98 anos. A esse respeito, um estudo multicêntrico nacional de prevalência de DM, relacionado ao envelhecimento populacional e ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, relata o aumento gradativo da doença após os 50 anos.¹⁵

Observou-se que a maioria dos sujeitos tem DM tipo 2 (39%). Chama atenção que, apesar de todos os pacientes conhecerem o seu diagnóstico, 53% não souberam referir o tipo de diabetes. Esta informação corrobora com o estudo realizado em São Paulo, com 357 usuários, cujos resultados demonstraram que 53,2% não sabiam informar qual o tipo de DM.¹⁶ O conhecimento do paciente acerca do tipo de diabetes mellitus pode colaborar para um melhor controle metabólico e adesão de práticas de autocuidado. O profissional enfermeiro, então, possui um papel diferenciado na educação em saúde, quando se propõe a estimular o usuário com DM enquanto protagonista dos seus cuidados com a saúde.

Com relação à automonitorização, verificou-se que grande parte da população (68,9%) possui o monitor de Glicemia Capilar, contudo, 97% dessa população não recebeu as tiras reagentes de monitorização nos últimos meses. Esta realidade está em discordância com a lei 11.347/2006, cujos pressupostos alega o dever do Sistema Único de Saúde em garantir os medicamentos e insumos necessários no tratamento do Diabetes, convido ao Ministério da Saúde a concessão de materiais e fiscalização das diversas instâncias de atenção à saúde.¹⁷

Concernente à educação em saúde, verificou-se que 79,3% da população pesquisada referiram não participar de programas educativos em diabetes mellitus. Como o conhecimento constitui a prontidão para a ação, a compressão sobre a doença obtida através de programas educativos pode contribuir para o autogerenciamento em saúde. A educação em saúde é, portanto, significativa para o redirecionamento das atitudes do autocuidado.¹⁸

No tocante ao tempo da doença, os usuários com DM apresentaram média de 7,37 anos de evolução.

Outro estudo realizado, em Minas Gerais, ao analisar 1320 indivíduos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, observou que 35,2% deles tinham DM entre 5 e 10 anos. Vale ressaltar que desses, 14,2% desenvolveram complicações relacionadas ao diabetes. O tempo da doença é uma variável relevante, visto que, quanto maior o tempo de diagnóstico, maior o risco de desenvolver complicações advindas de um controle metabólico insatisfatório.¹⁹

Observou-se uma média de 3,35 meses com relação a última consulta. De acordo com as recomendações da ADA e SBD, o intervalo entre consultas para acompanhamento dos usuários com DM deve ser de 3 a 4 meses para aqueles que encontram-se estáveis e, em menor espaço de tempo, para os usuários com controle insatisfatório.³⁻⁴

Ao analisar as atividades de autocuidado da população estudada, obteve-se uma maior pontuação para às práticas medicamentosas e uma menor pontuação para as ações de monitorização do nível de açúcar no sangue. Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada no município de Ribeirão Preto, utilizando o QAD, encontraram uma média de 7,0 dias relacionada às medicações e de 0,4 dias para as práticas de acompanhamento da glicemia sanguínea.²⁰ Estes dados também são semelhantes aos descritos em uma publicação sobre adesão ao tratamento do diabetes, cujos dados revelam altas taxas de adesão aos tratamentos medicamentosos. Um estudo realizado com 58 pacientes com DM, cujo objetivo foi avaliar a adesão geral das práticas de autocuidado, descreveu que houve maior adesão no item relacionado à utilização de medicamento conforme recomendado ($6,82 \pm 0,97$ dias).²¹ Este fato sugere relação com mudanças psicocomportamentais exigidas na adesão aos cuidados não-medicamentosos.

No domínio, composto por itens relacionados à alimentação geral, foi perceptível que a média de dias sobre “seguir uma dieta saudável” foi maior quando comparada ao item relacionado à participação do profissional de saúde nas orientações nutricionais. Tal achado é constatado em um estudo realizado em Ribeirão Preto (SP), 2013, no qual foi encontrada uma média de 5,0 dias de realização de dieta comparada a ao segundo item (3,74), que é seguir dieta com orientação profissional.²⁰ O estudo com o objetivo de traduzir e adaptar culturalmente o QAD para o Brasil revelou uma média de 5,4 dias de dieta saudável comparado a média de 5,45 dias concernente à orientação profissional.⁸

Para a dimensão alimentação específica, observou-se maior média no consumo de alimentos ricos em gorduras e menor média no consumo de doces. Estes dados divergem com o estudo realizado em Ribeirão Preto, cujos resultados apontaram para o maior consumo de doces.¹⁸ Os achados em relação à alimentação demonstra a necessidade das práticas de Educação Alimentar no equilíbrio do controle metabólico. Além disso, a mudança

de hábitos alimentares ainda é um desafio para o tratamento do DM.

Neste estudo, a prática de exercício físico específico obteve média de dias menor comparado ao item “seguir dieta saudável”, corroborando com o estudo de Gomides et al., 2012, no qual, verificou-se uma média de 1,0 dia por semana para a realização de exercícios físicos e de 5,6 para o seguimento de dieta saudável.²⁰ Sendo assim, verifica-se que as práticas não-farmacológicas, como as atividades físicas, precisam ser estimuladas pelas equipes da Atenção Básica. Ressalta-se, ainda, que os usuários avaliados eram adultos e idosos, sendo assim, podem haver dificuldade, por parte desses indivíduos, na prática de exercício físico. Dessa forma, ressalta-se a importância de uma equipe de profissionais especializados para essa atividade entre os usuários de maiores idades.

Quanto à automonitorização sanguínea em número de dias, essa medida essencial no controle do diabetes mellitus.²⁰ No presente estudo, essa atividade obteve média de 0,5, nos escores do questionário QAD, considerada distante do desejável, que é sete.

No que se refere aos cuidados com os pés, o item “examinar dentro dos sapatos” apresentou maior média comparado a “secar os espaços entre os dedos dos pés”. Este achado vai de encontro a um estudo realizado na região sudeste do Brasil, em 2012, no qual o item relacionado a secar os dedos também obteve menor média.²⁰ Outra pesquisa de avaliação do autocuidado em diabetes, contudo, realizada em 2013, observou que o item sobre secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los apresentou a maior média.¹⁸ Mesmo havendo diferenças entre as publicações, é de suma importância o estímulo ao cuidado com os pés como forma de prevenção das complicações do DM.

Dentro da dimensão “medicação”, o item relacionado à utilização de insulina obteve menor média de dias. Este fato sugere relação ao menor número de usuários autoreferidos DM tipo I.

Em relação ao tabagismo, o predomínio dos usuários que relataram ter fumado há mais de dois anos diverge com um estudo no qual observou-se predomínio (80%) entre as pessoas que referiram não ter fumado um cigarro, mesmo que uma tragada, durante os últimos sete dias.²² Mesmo com o baixo número de indivíduos que relataram não ter fumado nos sete dias anteriores, deve-se, fomentar ações que estimulem o combate ao tabagismo. Uma vez que, pesquisas afirmam relação entre o uso do tabaco e o aumento do número de amputações.²⁰

O fato de o estudo ter sido desenvolvido em uma realidade específica limita a generalização dos resultados e reforça a ideia de que realização da descrição deve ocorrer em diferentes regiões e populações brasileiras.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nesta investigação contribuem para ampliar os conhecimentos sobre os fatores sócio demográficos, clínicos e terapêuticos, além de verificar as atitudes de autocuidado dos usuários com diabetes mellitus. Sendo assim, o diagnóstico situacional da população estudada subsidiará a organização, planejamento e execução de ações extensionistas com foco na problematização da realidade local, prevenção de comorbidades, recuperação e promoção da saúde desses indivíduos.

As evidências relacionadas às variáveis estudadas possuem relevância clínica para os cuidados de Enfermagem, sugerindo que estratégias educacionais, pautadas em metodologias ativas, devem ser fomentadas no ambiente do doente crônico. A equipe multiprofissional, na Atenção Primária à Saúde, deve atentar para as especificidades dessa população, vislumbrando o autocuidado mesmo em situações limitantes do adoecimento.

Além disso, recomenda-se a realização de outros estudos que visem à identificação dos usuários com diabetes que têm acesso aos serviços de saúde, para que se possa desenvolver ações mais específicas referentes às possibilidades de prevenção e tratamento.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2014 Jan 27]. 55 p. Available from: <http://www.who.int/globalcoordination-mechanism/publications/globalaction-plan-ncds-eng.pdf?ua=1>
2. Campolina AG. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad Saúde Pública*. 2013. 29(6, p. 1217-29.
3. American Diabetes Association Economic costs of diabetes in the USA in 2012. *Diabetes Care*. 2013.
4. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus – Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Algoritmo para o tratamento do diabetes tipo 2 -atualização 2011. Posicionamento oficial SBD número 3 – 2011. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/attachments/posicionamento/posicionamento-sbd-n-03-2011.pdf>
5. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 6th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2014 [cited 2014 Jan 19]. Available from: <http://www.idf.org/diabetesatlas>
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013..
7. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6 th ed. St. Louis: Mosby, 2001
8. Michels MJ, Coral HC, Sakae TM, Damas TB, Furlanetto LM. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e valiação das propriedades psicométricas. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2010;54:644-51
9. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Diretrizes e Normas Regulamentadora de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012.
10. Katia OV. Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(3):296-03..
11. Iser BPM, Stopa SR, Chueiri SP. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde

2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [Internet]. 2015 [citado 2016 agos 26]; 24(2): 305-14. Disponível: <http://www.scielo.org/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00305.pdf>
12. Otero ML, Zanetti ML, Teixeira CRS. Características sociodemográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [internet]. 2007 [acesso em: 5 nov 2016];15:3. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_08.pdf
13. Ramos VKS, Noronha FMF. Caracterização dos usuários do Hiperdia em uma unidade básica de saúde em um município do Estado do Maranhão. *Rev Invest Bioméd*. [internet]. 2014 [acesso em: 9 nov 2016];6: 82-91. Disponível em: <file:///C:/Users/jefferson%20henrique/Downloads/60-115-1-SM.pdf>
14. Ferreira CLRA, Ferreira MG. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde - análise a partir do sistema HiperDia. *Arq Bras Endocrinol Metab*. [internet]. 2009 [acesso em: 10 nov 2016];53(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n1/v53n1a12.pdf>
15. Faria HTG, Vera VS, Xavier ATF, Teixeira CRS, Zanetti ML, Santos MA. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. *Rev Esc Enfermagem USP* [internet]. 2013 [citado 2016 Agost 04]; 47(2): 348-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n2/11.pdf>
16. Dias AFG, Vieira MF, Rezende MP, Oshima A, Muller MEW, Santos MEX, Serracarbassa, PD. Perfil epidemiológico e nível de conhecimento de pacientes diabéticos sobre diabetes e retinopatia diabética. *Arq Bras Oftalmol*. [internet]. 2010 [acesso em: 11 Out 2016]; 73(5):414-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v73n5/a05v73n5.pdf>
17. Resolução nº 11.347 do Ministério da Saúde, de 27 de setembro (BR) [internet]. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. *Diário Oficial da União*. 28 set 2006 [acesso em: 10 de novembro de 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11347.htm
18. Coelho, ACM. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em seguimento ambulatorial [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2013 [citado 2016 Set 20].
19. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. [internet]. 2012 [citado 2016 nov 22];25(2):284-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a20v25n2>
20. Gomides DS, Villas-Boas LCG, Coelho CM, Pace AE. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. *Acta paul. enferm*. 2013; 26(3):289-93.
21. Ferreira GPS, Peters AS, Morra LF, Pinto JK, Silva, AAN. A adesão ao autocuidado influencia parâmetros bioquímicos e antropométricos de pacientes diabéticos tipo 2 atendidos no programa hiperdia do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil *Nutr clín diet hosp*. 2014; 34(3):10-9.
22. Marques MB, Silva MJ, Coutinho JFV, Lopes MVO. Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado. *Rev esc enferm USP*. 2013; 47(2): 415-20.

Recebido em: 13/12/2016
Revisões requeridas: 07/02/2017
Aprovado em: 10/02/2017
Publicado em: 05/07/2018

***Autor Correspondente:**
Emmanuela Mota Santos
Rua Pânfilo Falcão de Melo, 77,
Centro, Pernambuco, PE, Brazil
E-mail: manukms@hotmail.com
Telefone: +55 81 99654 6818
CEP: 55 700 000