

AUTOCUIDADO DE USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS INSERIDOS EM UM PROGRAMA DE AUTOMONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR

Self-care of users with diabetes mellitus entered into a program of capillary blood glucose self-monitoring

Autocuidado de los usuarios con diabetes mellitus entrado en un programa de la sangre capilar automonitorización de la glucosa

Juliana de Oliveira de Pimentel¹; Ivânia Maria dos Santos²; Augusto César Barreto Neto³; Valesca Patriota de Souza^{4}*

Como citar este artigo:

Pimentel JO, Santos IM, Neto ACB, *et al.* AUTOCUIDADO DE USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS INSERIDOS EM UM PROGRAMA DE AUTOMONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR. Rev Fun Care Online.2021. jan./dez.; 13:737-743. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7985>

ABSTRACT

Objective: To evaluate the performance of self-care activities of users with diabetes mellitus entered into a program of capillary blood glucose self-monitoring at home. **Method:** cross-sectional study, descriptive, with a quantitative approach, held at the domicile of users with diabetes mellitus that perform capillary blood glucose self-monitoring, totaling a sample of 279 users. In the evaluation of the activities of self-care Questionnaire was used of Self-care activities with Diabetes, and to collect demographic and clinical data was applied a systematic roadmap. **Results:** the data revealed that the specific power supply dimensions, physical activity and monitoring Glycemic demonstrates behavior of self-care is not desirable, while drug membership presented the best self-care behavior desirable. **Conclusión:** users with diabetes mellitus that perform capillary blood glucose self-monitoring at home require a specific accompaniment, plus continuous educational practices that foster the effective participation in the activities of self-care.

Descriptors: Diabetes Mellitus, Self Care, Blood Glucose Self-Monitoring, Health Education, Quality of life.

¹ Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil.

² Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil.

³ Enfermeiro. Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente. Professor Adjunto II do Núcleo de Enfermagem na Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil.

⁴ 4Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora Assistente do Núcleo de Enfermagem na Universidade de Pernambuco. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o desempenho das atividades de autocuidado de usuários com diabetes mellitus inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. **Método:** estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no domicílio de usuários com diabetes mellitus que realizam a automonitorização da glicemia capilar, totalizando uma amostra de 279 usuários. Na avaliação das atividades de autocuidado utilizou-se o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes, e para coleta dos dados sociodemográficos e clínico foi aplicado um roteiro sistematizado. **Resultados:** os dados revelaram que as dimensões alimentação específica, atividade física e monitorização glicêmica demonstra comportamento de autocuidado não desejável, enquanto adesão medicamentosa apresentou o melhor comportamento de autocuidado desejável. **Conclusão:** os usuários com diabetes mellitus que realizam a automonitorização da glicemia capilar no domicílio necessitam de um acompanhamento específico, acrescido de práticas educativas contínuas que estimulem a participação efetiva nas atividades de autocuidado.

Descritores: Diabetes mellitus, Autocuidado, Automonitorização da glicemia, Educação em Saúde, Qualidade de Vida.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el desempeño de las actividades de autocuidado de los usuarios con diabetes mellitus entró en un programa de sangre capilar glucosa autocontrol en casa. **Método:** estudio transversal descriptivo con enfoque cuantitativo, celebrada en el domicilio de los usuarios con diabetes mellitus que realizan sangre capilar Self-monitoring de la glucosa, por un total de una muestra de 279 usuarios. En la evaluación de las actividades de autocuidado se utilizó cuestionario de actividades de autocuidado con Diabetes, y recopilar datos demográficos y clínicos se aplicó un plan sistemático. **Resultados:** Los datos revelaron que la alimentación específicos dimensiones, actividad física y control glicémico demuestra comportamiento de autocuidado no es deseable, mientras que miembros de drogas presentaron el mejor comportamiento de autocuidado deseable. **Conclusión:** los usuarios con diabetes mellitus que realizan sangre capilar glucosa autocontrol en casa requieren de un acompañamiento específico, además de continuas prácticas educativas que fomentan la participación efectiva en las actividades de cuidados personales.

Descriptor: Diabetes mellitus, Autocuidado, Automonitorización de la glucosa sanguínea, Educación en salud, Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é um problema de saúde pública de grande magnitude, em função da maior prevalência e morbimortalidade, cujo acometimento populacional independe da condição socioeconômica, idade e localização geográfica.¹⁻²

O Brasil, país em progressivo desenvolvimento ocupa a quarta posição entre os países com maior número de diabéticos.³⁻⁴ A crescente proporção da DM associada ao longo prazo de duração da doença, sem um controle glicêmico adequado, apresenta entre as principais complicações, a retinopatia diabética, doença vascular periférica, nefropatia e as cardiopatias.⁵ Tais complicações reduzem a qualidade de vida, limitam o desempenho social e profissional do indivíduo acometido, além de gerar altos encargos para o serviço público de saúde.⁶

No cenário mundial o principal obstáculo na prevenção das complicações agudas e crônicas é a dificuldade de adesão ao tratamento, em especial, nos países em desenvolvimento, no qual a adesão pode ser menor que 50%.⁶⁻⁷ O tratamento para o DM está fundamentado na terapia nutricional, atividade física regular, esquemas terapêuticos farmacológicos, automonitoramento glicêmico e educação em saúde.² Diante desse contexto, em que o indivíduo acometido é responsável por mais de 95% da terapêutica estabelecida, é fundamental reconhecer o papel central do indivíduo no gerenciamento de sua doença e na prática das atividades de autocuidado.⁸⁻⁹

O autocuidado refere-se ao comportamento aprendido e desenvolvido pelo próprio indivíduo, em função de manter a vida, a saúde e o bem-estar. O ser humano possui potencial para desenvolver habilidades intelectuais e práticas, integrado com o todo e motivado a atingir o autocuidado.¹⁰ A capacidade do indivíduo para aderir às atividades de vida diária é afetada por condicionantes básicos, dessa forma, torna-se relevante o acompanhamento contínuo dos usuários com DM que realizam a automonitorização glicêmica.¹¹

A Automonitorização da Glicemia Capilar (AMGC) é parte integrante do conjunto de intervenções do DM e ferramenta essencial para o direcionamento de ações, que permitem ao indivíduo avaliar o seguimento individual das metas estabelecidas no tratamento.¹² Para que o programa de AMGC no domicílio seja eficaz e proporcione resultados favoráveis, o usuário participante desse projeto deve associar seu tratamento à educação continuada, para aquisição de conhecimentos e habilidades básicas para realização das atividades de autocuidado, especialmente, para a prática da automonitorização glicêmica.¹³⁻¹⁴

Considerando a complexidade do DM e a importância das atividades de autocuidado para o controle glicêmico efetivo dos usuários que estão inseridos no programa AMGC no domicílio, estudos dessa natureza podem fornecer subsídios importantes para direcionar atividades de cuidados e planejamento de ações de saúde determinantes no controle da doença e redução dos agravos. Nessa direção, o presente estudo teve como objetivo avaliar o desempenho de atividades de autocuidado de usuários com DM inseridos em um programa de AMGC no domicílio.

MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no domicílio de usuários com diabetes mellitus que realizam a automonitorização da glicemia capilar, cadastrados no período de 2011 a 2016, pela Secretária Municipal de Saúde do município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

A população base do estudo foi de 1931 usuários cadastrados no período de 2011 a 2016, desta forma, a amostra do estudo foi obtida pelo sorteio aleatório dos

participantes do estudo. Para isto, foi realizado previamente um cálculo amostral, considerando como variável de desfecho o autocuidado dos usuários com diabetes mellitus que realizam a automonitorização da glicemia capilar no domicílio, constituindo uma amostra inicial de 297 usuários. A amostragem teve como critérios de seleção dos participantes: usuários com diabetes mellitus tipo 1 e 2, cadastrados no programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio, com idade igual ou superior a 18 anos. Os critérios de exclusão foram usuários cadastrados com dados insuficientes para localização ou com déficit cognitivo inviabilizando o preenchimento do questionário. Dessa forma, seis usuários foram excluídos por estarem localizados em endereços desatualizados, oito usuários haviam falecidos e quatro usuários se recusaram a participar da pesquisa. Portanto, participaram do estudo 279 usuários, considerando intervalo de confiança de 95% e o erro amostral de 5%.

A coleta de dados ocorreu em Setembro de 2017, mediante a entrevista individualizada, conduzida por uma equipe previamente treinada sendo estabelecido um procedimento operacional padrão para coleta de dados no domicílio do usuário, no intuito de uniformizar a arrecadação desses dados, o tempo estimado de cada entrevista foi entre 10 a 15 minutos.

Inicialmente foi aplicado um roteiro sistematizado para obter as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda familiar, ocupação e clínicas: diagnóstico, tempo de doença, consulta médica, tipo de tratamento, medicação e instituição de medicamento. Esse instrumento contém 12 questões fechadas e semi-abertas.

Para coleta de dados referente ao autocuidado foi utilizado o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes, versão traduzida, adaptada e validada para a cultura brasileira a partir do The Summary of Diabetes Self Care Activities Measure (SDSCA). O questionário de atividades de autocuidado com diabetes (QAD) foi construído para avaliar de maneira sistematizada a aderência às atividades de autocuidado no paciente diabético. O QAD investiga as atividades realizadas pelos usuários com diabetes mellitus e sua concordância com a prescrição médica ou profissional de saúde.¹⁵

A versão brasileira possui seis dimensões e 15 itens de avaliação do autocuidado para com o diabetes, para esta pesquisa foram analisados os seguintes itens: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidado com os pés, uso do medicamento.¹⁵

A análise da aderência aos itens do questionário são parametrizados em dias da semana, de zero a sete, sendo zero a situação menos desejável e sete a mais favorável. Na dimensão alimentação específica, quando se questiona sobre o consumo de alimentos ricos em gordura e doces, os valores são invertidos, conforme preconizado no instrumento original.¹⁵ A avaliação do tabagismo é

codificada, considerando-se a proporção de fumantes, a média de cigarros consumidos e a última vez que fumou. Um valor médio de aderência é gerado para cada item do autocuidado realizado durante a semana anterior, obtendo-se a aderência a determinado cuidado.¹⁵

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 13.0). Considerando que a escala é do tipo *Likert* de sete pontos, tendo em vista a amplitude de respostas, considerou-se média superior a 4 para comportamento de autocuidado desejável. Essa escolha foi adotada também para os itens cujos valores são invertidos e está relacionado ao número de dias da semana em que a atividades de autocuidado foi desempenhada. As variáveis contínuas estão tabeladas em valores de média e desvio-padrão; as variáveis numéricas estão representadas pela medida de tendência central e medida de dispersão. Os resultados estão apresentados em forma de tabelas com suas respectivas frequências absoluta e relativa.

Conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados e o projeto com número do CAAE: 71260517.5.0000.5208 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).¹⁶

RESULTADOS

A **Tabela 1** apresenta a distribuição das variáveis demográficas e socioeconômicas dos usuários que participaram do estudo. Dos 279 participantes avaliados, houve um predomínio do sexo feminino com (61,6%) na faixa etária de 18 a 91 anos, com média de 58 anos e (65,7%) referiram 9 anos ou menos de estudos.

Tabela 1 – Características da população estudada conforme variáveis demográficas e socioeconômicas. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2017. (n=279)

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	172	61,6
Masculino	107	38,4
Escolaridade		
Analfabeto	29	10,4
Ensino Fundamental incompleto	144	51,6
Ensino Fundamental completo	24	8,6
Ensino Médio incompleto	13	4,7
Ensino Médio completo	37	13,3
Ensino Superior incompleto	5	1,8
Ensino Superior Completo	11	3,9
Alfabetizado sem ter frequentado a escola	16	5,7
Renda Familiar		

Até 2 salários mínimos	257	92,1
3 a 6 salários mínimos	19	6,8
Mais de 7 salários mínimos	3	1,1
	Média ± DP	Mínimo - Máximo
Idade (anos completos)	58,4 ± 12,3	18,0 - 91,0

Fonte: Dados da pesquisa / Legenda: DP - Desvio padrão

A **Tabela 2** demonstra as características dos usuários quanto as variáveis clínicas. Com relação às opções de escolha no questionário para tratamento medicamentoso e tratamento não-medicamentoso, o usuário poderia marcar mais de uma opção, estando essa de acordo com sua terapêutica instituída.

Tabela 2 – Características da população estudada conforme variáveis clínicas e relacionadas. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2017. (n=279)

Tipo de Diabetes		
Tipo 1	27	9,7
Tipo 2	98	35,1
Não sabe informar	154	55,2
Tratamento atual*		
Antidiabético Oral	201	72,0
Insulina	190	68,1
Dieta	179	64,2
Exercício Físico	92	33,0
Instituição de saúde para acompanhamento*		
Unidade Básica de Saúde	207	74,2
Unidade Básica Distrital de Saúde	4	1,4
Ambulatório	2	0,7
Conveniada	2	0,7
Consultório particular	27	9,7
Estratégia de Saúde da Família	2	0,7
	Média ± DP	Mínimo - Máximo
Tempo da doença	12,1 ± 9,3	1,0 - 50,0
Última consulta médica (meses)	5,7 ± 9,3	1,0 - 60,0

Fonte: Dados da pesquisa / Legenda: DP - Desvio padrão

*O usuário pode optar por mais de uma opção de escolha nessas dimensões

A **Tabela 3** demonstra a avaliação dos itens do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD).¹⁵

Tabela 3 – Atividades de autocuidado de usuários com DM inseridos em um programa de AMGC no domicílio, avaliados pelo QAD. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2017. (n=279)

QAD	Frequência (dias da semana)		Média ± DP
	0 a 4 n (%)	5 a 7 n (%)	
Alimentação Geral			
1. Seguir uma dieta saudável (D)	86 (30,8)	193 (69,2)	5,0 ± 2,8
2. Seguir a orientação alimentar (D)	173 (62,0)	106 (38,0)	2,8 ± 3,3
Alimentação Específica			
3. Ingerir cinco ou mais porções de frutas/e ou vegetais (ND)****	136 (48,7)	143 (51,3)	3,9 ± 3,1
4. Ingerir carnes vermelhas e/ou derivados do leite integral (ND)****	166 (59,5)	113 (40,5)	3,5 ± 2,5
5. Ingerir doces (ND)****	15 (5,4)	264 (94,6)	6,4 ± 1,2
Atividade Física			
6. Realizar atividade física por pelo menos 30 minutos (D)	214 (76,7)	65 (23,3)	2,1 ± 2,6
7. Realizar exercício físico específico (D)	246 (88,2)	33 (11,8)	1,1 ± 2,1
Monitorização da glicemia			
8. Avaliar o açúcar no sangue (D)	238 (85,3)	41 (14,7)	1,9 ± 2,3
9. Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado (D)	243 (87,1)	36 (12,9)	1,6 ± 2,3
Cuidado com os pés			
10. Examinar os pés (D)	90 (32,3)	189 (67,7)	4,8 ± 3,2
11. Examinar o interior dos sapatos antes de calçá-los (D)	92 (33,0)	187 (67,0)	4,8 ± 3,2
12. Secar os espaços interdigitais depois de lavar os pés (D)	74 (26,5)	205 (73,5)	5,2 ± 3,0
Medicação*****			
13. Tomar os medicamentos conforme recomendado (D)*	15 (5,5)	258 (94,5)	6,6 ± 1,2
14. Tomar injeções de insulina conforme recomendado (D)**	15 (7,9)	175 (92,1)	6,5 ± 1,4
15. Tomar o número indicado de comprimidos de diabetes (D)***	10 (5,0)	191 (95,0)	6,6 ± 1,3

Fonte: Dados da pesquisa

*6 usuários não faziam nenhum tratamento medicamentoso **83 não faziam uso de insulina
72 não faziam uso de antidiabéticos orais *Escore reverso
*****Tamanho amostral diferente de 279, porque alguns usuários não faziam uso da medicação.

Legenda: DP - Desvio padrão; D - desejável; ND - não desejável

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados do estudo, a maior frequência do DM foi associada ao sexo feminino, corroborando com os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, que referiu o maior número de diagnósticos de DM para as mulheres.¹⁷ A elevada prevalência do gênero feminino

pode estar associada à maior procura pelos serviços de saúde por parte das mulheres, o que amplia as chances de diagnóstico precoce dessa população, enquanto os homens por fatores psicossociais e culturais restringem a busca pela assistência médica.¹⁸

O menor nível educacional é uma condição determinante para o seguimento das atividades de autocuidado, pois podem dificultar a percepção dos usuários com DM sobre a terapêutica instituída para o controle da doença.¹⁹ Usuários com menos anos de estudo podem apresentar dificuldades para o acesso individual aos cuidados de saúde, assim como o uso adequado dos recursos que são disponibilizados pelos serviços públicos de saúde.²⁰⁻²² A precariedade na formação escolar dos usuários que fizeram parte da amostra desse estudo e realizam a AMGC, pode justificar a baixa adesão desses usuários ao tratamento, no entanto essa característica sociodemográfica é um fator modulável, que pode ser incrementado por meio dos programas de educação em saúde, o que reflete a importância do suporte ao conhecimento para essa população.

Os usuários com DM tipo 2, que têm maior tempo de diagnóstico podem apresentar maior conhecimento sobre a doença, assim como melhor compreensão e manejo do esquema terapêutico, resultando na maior adesão ao tratamento.²³ Teston et al.,⁹ acrescenta ainda que usuários com tempo de diagnóstico de DM ≥ 10 anos, reconhecem o seu papel no controle da doença, mas não conseguem ter um comportamento pró-ativo e os que tem comportamento ativo para as práticas de autocuidado não são perseverantes ao longo do tempo e desistem por não verem resultados a curto prazo. Possivelmente, usuários inseridos no programa de AMGC que apresentam mais tempo de doença e baixa adesão ao tratamento podem ter passado por tentativas frustrantes de adaptação com as mudanças de vida diária e se sintam desmotivados pela ausência de resultados imediatos.

Os resultados do estudo reforçam a importância da introdução de um programa de educação em saúde, específico para o acompanhamento desses usuários inseridos no programa de AMGC no domicílio. Sendo visto que a educação em saúde é necessária para que estes usuários que realizam AMGC possam dar continuidade para o autocuidado, uma vez que eles param o tratamento por conta própria, porque não entendem a importância das práticas de autocuidado, não se sentem apoiados pelos serviços de saúde ou desconhecem técnicas que minimizam o desconforto da terapêutica instituída, como por exemplo, da aplicação de insulina.

Nessa perspectiva, destaca-se a importância de fortalecer as recomendações de autocuidado que são preconizadas pela literatura,^{4,7,9,11,24} por meio da educação direcionada para os cuidados com a doença, considerando o contexto de vida de cada usuário e as expectativas relacionadas ao manejo da doença. O planejamento do cuidado fundamentado em estratégias educativas fortalece a responsabilidade do

indivíduo com sua própria saúde e o torna um participante ativo capaz de modular os estados biológicos através do comportamento humano.

Vieria et al.,²⁵ concluiu que os usuários antes de serem diagnosticados com DM já tem hábitos de vida bastante consolidados, o que dificulta a adoção de novos hábitos alimentares, especialmente por estarem ligados a fatores culturais e sociais do usuário. Além disso, estudos^{9,24-26} evidenciaram que quando os profissionais de saúde não consideram as condições financeiras dos usuários ou estabelecem um regime alimentar muito difícil de ser seguido, gera um empecilho para adoção de hábitos saudáveis. Um acompanhamento continuado favorece conhecer a realidade de vida do usuário que realiza a AMGC no domicílio e estabelece a formação de um vínculo, que permite tornar as orientações alimentares menos restritivas e estimula os cumprimentos das metas a serem atingidas.

Os usuários que realizam a AMGC não reconhecem os hábitos de atividade física como recurso terapêutico importante no prosseguimento do autocuidado e essa circunstância ocorre devido a falta de recomendações pelos profissionais de saúde sobre essa modalidade de tratamento.²⁷ Estudo²⁶ constatou que fatores como: desânimo, desconforto, desconhecimento e restrição médica são indicados pelos usuários como barreira para o desenvolvimento da atividade física.

A automonitorização dos valores glicêmicos é uma medida de autocuidado que deve ser exercida por todos os pacientes com DM.²⁶ Para garantir a efetividade do procedimento da AMGC realizado pelos usuários inseridos em um programa de AMGC no domicílio devem ser consideradas as dificuldades enfrentadas por esses usuários durante a leitura e interpretação dos resultados da verificação glicêmica, assim como a capacitação dos profissionais de saúde para orientação adequada sobre a utilização dos recursos disponibilizados pelo programa.²⁷ É perceptível que a simples distribuição dos insumos para verificação glicêmica sem orientações apropriadas para direcionar os usuários durante a prática da AMGC desencoraja a prática efetiva dessa atividade.

Nesse contexto, cabe ressaltar também que o programa de AMGC na qual os usuários que fizeram parte da amostra não estão associados a um programa educativo para o acompanhamento desses usuários, portanto essa realidade possivelmente está atribuída à subutilização ou utilização de maneira inadequada dos recursos que são disponibilizados pelo programa de AMGC no domicílio.

Estudos^{24,26} em que foram utilizados o QAD para avaliação do autocuidado com os pés relacionam a alta adesão de comportamentos necessários com os pés a orientações repassadas pelos profissionais de saúde para prevenção de complicações crônicas. Apesar dos altos escores apresentados para as atividades de cuidado com os pés, é necessário que as orientações repassadas a esses usuários que desenvolvem práticas de autocuidado, sejam

reforçadas continuamente através de intervenções educativas.

Com relação à adesão medicamentosa, vários estudos^{24,26-27} apresentam que os usuários com DM consideram a adesão medicamentosa importante, mantendo a prática adequada do esquema terapêutico estabelecido. Esses dados corroboram com o presente estudo, em que a prática medicamentosa foi considerada pertinente aos usuários que realizam a AMGC no domicílio. No entanto, deve-se atentar para o número de usuários que não fazem o uso adequado de insulina, uma vez que esse resultado pode ser explicado pela falta de habilidade, desconforto e medo durante a aplicação da insulina.

Para Corrêia et al.,²⁸ a educação em saúde é um componente fundamental para o manejo e controle do DM. Souza et al.,²⁴ acrescenta que os usuários com DM que realizam a AMGC podem ter adesão a uma atividade de autocuidado e outras não, ressaltando que essa realidade pode ser invertida por meio da educação que enfatiza o usuário como protagonista do seu próprio cuidado, contribuindo no melhor controle glicêmico.

Assim, conforme as atividades de autocuidado analisadas, algumas medidas consideradas essenciais para manutenção e controle da doença ficaram a desejar, por apresentar uma média abaixo da esperada, comportando-se como medidas de autocuidado não desejáveis. Todavia, destaca-se que a amostra do estudo foi composta por usuários cadastrados em um Programa de AMGC no domicílio que não tinham o apoio de um grupo educativo para o acompanhamento das atividades de autocuidado que os mesmos desenvolviam, portanto, fica claro a necessidade de estratégias educativas para o fortalecimento dessa política pública que objetiva a adesão para as práticas de autocuidado e o melhor controle glicêmico.

Como limitação do presente estudo destaca-se que no município em questão não consta um programa de educação que atente para os usuários inseridos no programa de AMGC no domicílio, gerando diferentes interpretações dos resultados por parte dessa população. Por outro lado, acrescenta-se a incipiência de estudos no contexto brasileiro que utilizam instrumento específico, para avaliação do autocuidado de usuários cadastrados em um programa de AMGC no domicílio. Sugere-se por isso, o desenvolvimento de outros estudos que busquem avaliar o autocuidado em usuários cadastrados no referido Programa.

CONCLUSÕES

Os resultados demonstraram que entre as atividades de autocuidado desenvolvidas pelos usuários com DM que realizam AMGC, a alimentação específica, atividade física e monitorização glicêmica apresentaram um comportamento de autocuidado não desejável para os usuários cadastrados

no programa de AMGC. Portanto, conclui-se que o déficit no desenvolvimento do autocuidado dos usuários que realizam a AMGC esteja relacionado à ausência de um programa de educação em saúde específico para o acompanhamento desses usuários, uma vez que práticas educativas contínuas e estratégias inovadoras estimulam a participação efetiva de usuários com DM nas atividades de autocuidado.

REFERÊNCIAS

1. Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. *Rev Latino-Am Enferm* [internet] 2017 [acesso em 20 set 2017]; 25:1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882>
2. Teixeira CRS, Zanetti ML, Landim CAP, Becker TAC, Santos ECB, Franco RC, et al. Automonitorização da glicemia capilar no domicílio: revisão integrativa da literatura. *Rev Eletr Enf* [internet] 2009 [acesso em 25 abr 2016]; 11(4):1006-17. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a27.htm>
3. Costa AF, Flor LS, Campos MR, Oliveira AF, Costa MFS, Silva RS, et al. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. *Cad Saúde Pública* [internet] 2017 [acesso em 14 maio 2017]; 33(2):1-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00197915>
4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2016 [acesso em: 10 jan 2017]. Disponível em: <http://bibliofarma.com/diretrizes-sbd-2015-2016/>
5. Lopes IM, Apolinario PP, Lima MHM. Tradução e adaptação do "Perception of Severity of Chronic Illness" à cultura brasileira em adolescentes. *Rev Gaúcha Enferm* [internet] 2017 [acesso em 10 out 2017];38(1):1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.59770>
6. Silva JV, Machado DR, Ribeiro AC, Coelho MCS. Avaliação das capacidades de autocuidado das pessoas portadoras de diabetes mellitus tipo 2 cadastradas em Estratégia de Saúde da Família. *Rev Enferm Brasil*. 2016; 15(5):238-244
7. Figueira ALG, Boas LCGV, Coelho ACM, Freitas MCF, Pace AE. Intervenções educativas para o conhecimento da doença, adesão ao tratamento e controle do diabetes mellitus. *Rev Latino-Am Enferm* [internet] 2017 [acesso em 12 maio 2017]; 25(1):1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1648.2863>
8. Oliveira PS, Costa MML, Ferreira JDL, Lima CLJ. Autocuidado em Diabetes Mellitus: estudo bibliométrico. *Rev Enfermería Global* [internet] 2017 [acesso em 20 maio 2017]; 16(1):653-669. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.249911>
9. Teston EF, Sales CA, Marcon SS. Perspectivas de indivíduos com diabetes sobre autocuidado: contribuições para assistência. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [internet] 2017 [acesso em 02 jun 2017]; 21(2):1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170043>
10. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. 6 th ed. St. Louis: Mosby, 2001.
11. IGeorge JB. *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4 ed. cap. 7. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
12. Veras VS, Teixeira CRS, Santos MA, Torquato MTCG, Rodrigues FFL, Zanetti ML. Perfil glicêmico de pessoas com diabetes mellitus em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. *Rev Texto e Contexto Enferm* [internet] 2014 [acesso em 20 maio 2017]; 23(3):609-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002610012>
13. Ferro D, Veras VS, Rodrigues FFL, Martins TA, Teixeira CRS, Santos MA, et al. Satisfação do paciente em um programa educativo para automonitorização da glicemia capilar no domicílio. *Rev Eletr Enferm* [internet] 2015 [acesso em 25 jul 2017]; 17(1):37-42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.25718>
14. Pimazzoni NA, Rodbard D, Zanella MT. Rapid improvement of glycemic control in type 2 diabetes using weekly intensive multifactorial interventions: structured glucose monitoring, patient education, and adjustment of therapy – a randomized controlled trial. *Diabetes Technology & Therapeutics* [internet] 2011 [acesso em 20 maio 2017]; 13(10):997-1004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3182678/>

15. 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* [internet] 2010 [acesso em 02 mar 2016]; 54:644-51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302010000700009>
16. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Diretrizes e Normas Regulamentadora de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012 [acesso em 02 mar 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
17. Iser BPM, Stopa SR, Chueiri PS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HOC, et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Epidemiol Serv Saúde* [internet] 2015 [acesso em 26 abr 2017]; 24(2):305-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200013>
18. Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AGB, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Rev Psicologia teoria e prática* [internet] 2011 [acesso em: 30 maio 2017]; 13(3):152-166. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300012
19. Cortez DN, Reis IA, Souza DA, Macedo MM, Torres HC. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. *Acta Paul Enferm* [internet] 2015 [acesso em 02 jun 2017]; 28(3):250-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500042>
20. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. *Rev Interface* [internet] 2017 [acesso em 10 jun 2017]; 21(61):309-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0136>
21. Sacerdote C, Ricceri F, Rolandsson O, Baldi I, Chirlaque MD, Feskens E. Lower educational level is a predictor of incident type 2 diabetes in European countries: the EPIC-Inter Act study. *Int J Epidemiol* [internet] 2012 [acesso em 20 jul 2017]; 41(4):1162-73. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22736421>
22. Santos ECB, Teixeira CRS, Zanetti ML, Santos MA. A efetivação dos direitos dos usuários de saúde com diabetes mellitus: co-responsabilidades entre poder público, profissionais de saúde e usuários. *Rev Texto Contexto enferm* [internet] 2011 [acesso em 14 abr 2017]; 20(3):461-70. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71421157006>
23. Faria HTG, Rodrigues FFL, Zanetti ML, Araújo MFM, Damasceno MMC. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm* [internet] 2013 [acesso em 15 maio 2017]; 26(3):231-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000300005>
24. Souza JD, Baptista MHB, Gomides DS, Pace AE. Adesão ao cuidado em diabetes mellitus nos três níveis de atenção à saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [internet] 2017 [acesso em 10 out 2017]; 21(4):1-8. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127752022033>
25. Vieira GLC, Cecílio SG, Torres HC. A percepção dos usuários com diabetes sobre a estratégia de educação em grupos na promoção do autocuidado. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [internet] 2017 [acesso em 20 out 2017]; 21(1):1-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170017>
26. Gomides DS, Villas-Boas LC, Coelho AC, Pace AE. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. *Acta Paul Enferm* [internet] 2013 [acesso em 05 nov 2017]; 26(3):289-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000300014>
27. Veras VS, Santos MA, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Pedersoli TAM, Zanetti ML. Autocuidado de pacientes inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. *Rev Gaúcha Enferm* [internet] 2014 [acesso em 20 abr 2017]; 35(4):42-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.47820>
28. Corrêa k, Gouveia GR, Silva MAV, Possobon RF, Barbosa LFLN, Pereira AC, et al. Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. *Rev Ciência & Saúde Coletiva* [internet] 2017 [acesso em 02 dez 2017]; 22(3):921-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.24452015>

Recebido em: 25/07/2019

Revisões requeridas: 14/02/2019

Aprovado em: 15/02/2019

Publicado em: 27/04/2021

***Autor Correspondente:**

Valesca Patriota de Souza

Rua do Alto do Reservatório, S/N,

Bela vista, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil

E-mail: valesca_patriota@hotmail.com

Telefone: +55 3114-4101

CEP: 55.608-680