

Conhecimento e autocuidado de indivíduos com diabetes na Atenção Primária à Saúde

Knowledge and self care of individuals with diabetes in Primary Health Care

Anna Karla Oliveira Tito Borba¹, Monique Cristine da Silva², Scarlet Bianca Santana dos Santos³, Mayara Crystina Rodrigues Gomes⁴

RESUMO

Este artigo objetivou avaliar o grau de conhecimento e a aderência às atividades de autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus tipo 2. Trata-se de estudo exploratório, quantitativo, com 176 indivíduos com diabetes assistidos na atenção primária à saúde e selecionados por amostragem não probabilística. Foi utilizada a versão brasileira dos questionários de Conhecimento sobre o Diabetes (DKN-A) e de Autocuidado em Diabetes (QAD). Na análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva, por meio das medidas de tendência central e dispersão e, na análise bivariada, os testes Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. Observou-se que os entrevistados possuem conhecimento sobre o diabetes, sendo influenciados pela idade e renda. Nas atividades de autocuidado, a maior aderência foi ao uso de medicação e a menor a monitorização da glicemia. Conclui-se que o conhecimento não foi traduzido na prática do autocuidado, sendo necessário o fortalecimento de programas educativos com metodologias ativas.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus. Conhecimento. Autocuidado. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This article aimed to evaluate the degree of knowledge and adherence to self-care of individuals with type 2 diabetes mellitus. It is an exploratory, quantitative study with 176 individuals with diabetes assisted in primary health care and selected by non-probability sampling. The Brazilian version of the Diabetes Mellitus Knowledge

¹ Enfermeira. Doutora em Nutrição. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: anninhatito@gmail.com

² Universidade Federal de Pernambuco.

³ Universidade Federal de Pernambuco.

⁴ Universidade Federal de Pernambuco.

(DKN-A) and Diabetes Self-Care (PAF) questionnaires was used. Data analysis used descriptive statistics through measures of central tendency and dispersion and bivariate analysis used Pearson's chi-square or Fisher's exact tests. It was observed that the respondents have knowledge about diabetes, being influenced by age and income. In self-care activities, greater adherence was to the use of medication and the lower was glucose monitoring. It was concluded that the knowledge was not translated into self-care practice, requiring the strengthening of educational programs with active methodologies.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus. Knowledge. Self Care. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) destaca-se pela sua alta incidência e prevalência. Espera-se que, até 2030, o quantitativo de indivíduos com a doença chegue a 300 milhões no mundo. As causas atribuídas a esse aumento são o crescimento e o envelhecimento populacional, a urbanização, a crescente prevalência de obesidade e o sedentarismo, bem como a maior sobrevivência de indivíduos com a doença.¹

Na convivência com o diabetes, o indivíduo necessita de informações acerca da etiologia, fisiopatologia, tratamento e prevenção de complicações da doença, a fim de adquirir conhecimento e suprir a importância das necessidades de mudanças comportamentais, nutricionais e de cuidado continuado.²

O cuidado continuado ou autocuidado pode ser definido como as atividades que o indivíduo realiza de forma satisfatória e com responsabilidade em seu próprio benefício, buscando a manutenção da qualidade de vida, saúde e bem-estar.³ O autocuidado em diabetes pode ser influenciado pelo maior grau de conhecimento sobre a doença, proporcionando maior controle glicêmico e prevenção das complicações do diabetes a curto e longo prazo.⁴

Na assistência de enfermagem realizada na Atenção Básica, é de competência do enfermeiro realizar consulta de enfermagem, que tem o objetivo de conhecer a história pregressa do indivíduo, seu contexto social e econômico, grau de escolaridade, avaliar o potencial para o autocuidado e as condições de saúde, bem como identificar fatores de risco, estratificar o risco cardiovascular e orientar para a necessidade da mudança no estilo de vida.⁵

Desse modo, a avaliação do conhecimento sobre o diabetes e a aderência às atividades de autocuidado poderão servir de subsídios para a elaboração de estratégias, que possibilitem um melhor controle glicêmico e minimizem a ocorrência de

complicações a longo prazo. Diante do exposto, este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento e a aderência às atividades de autocuidado dos indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 assistidos na atenção primária à saúde.

MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório com abordagem quantitativa, realizado na Unidade de Saúde da Família Campo do Banco, localizada na cidade do Recife/PE, nordeste do Brasil. Foram incluídas pessoas maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 assistidas no Programa Hiperdia. Foram excluídos os indivíduos com dificuldade de locomoção, comunicação e/ou cognição, que pudessem interferir na coleta de dados durante a aplicação dos instrumentos. A amostra do tipo não-probabilística, por conveniência foi obtida, a partir de cálculo amostral, por meio da fórmula $[z^2p(100-p)/d^2]$,⁶ sendo considerada um erro alfa de 5% (z), uma prevalência do conhecimento insuficiente sobre o diabetes e autocuidado insatisfatório de 50% (p), com a margem de erro de 5% (d). O tamanho amostral mínimo resultante foi de 160 indivíduos com diabetes. No sentido de corrigir eventuais perdas, procedeu-se a um acréscimo de 10% (x), por meio da fórmula $[100/(100-x)]$, perfazendo um total 176 indivíduos com diabetes.

A coleta de dados ocorreu, no período de março a maio de 2014, e as informações foram obtidas, por meio de roteiros semiestruturados aplicados por entrevistadores treinados. As variáveis socioeconômicas e demográficas incluídas foram: sexo, cor, idade, situação conjugal, possuir filhos, anos de estudo, situação previdenciária e rendimento mensal, e ainda tempo de doença e tipo de tratamento como variáveis clínicas. O conhecimento foi mensurado pelo questionário Conhecimento sobre o DM (DKN-A) e as atividades de autocuidado foram avaliadas pelo Questionário de Autocuidado em Diabetes (QAD).

O Questionário de Conhecimento em Diabetes (DKN-A) é um instrumento traduzido e validado para a cultura brasileira para avaliar o conhecimento sobre o gerenciamento do diabetes. É composto por 15 itens sobre diferentes aspectos relacionados ao conhecimento geral sobre a doença. Apresenta cinco dimensões: 1) fisiologia básica; 2) hipoglicemia; 3) grupos de alimentos e suas substituições; 4)

gerenciamento do diabetes na intercorrência de alguma outra doença e 5) princípios gerais dos cuidados da doença. Um escore igual ou maior a oito (8) pontos indica conhecimento suficiente sobre o diabetes.⁴

O Questionário de Atividades de Autocuidado em Diabetes (QAD) avalia a aderência de atividades de autocuidado pelos indivíduos e sua concordância com a prescrição médica ou outro profissional de saúde nos últimos sete dias. Possui 15 itens de avaliação divididos em 6 dimensões: Alimentação Geral, Alimentação Específica, Atividade Física, Monitorização da Glicemia, Cuidados com os pés e Uso da medicação. Ainda existem 3 itens sobre tabagismo. Foi considerada zero a condição menos desejável e sete, a mais desejável. Houve exceção para os itens “Ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral” e “ingerir doces”, nos quais os valores foram invertidos, sendo zero (0) a condição mais desejável e sete (7) a menos desejável.⁷

Após a coleta, os dados foram tabulados por dupla entrada no Programa Excel versão 2007 e analisados no Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. As frequências, absoluta e relativa, foram calculadas para as variáveis qualitativas e as variáveis numéricas representadas pelas medidas de tendência central e dispersão. A associação entre as variáveis independentes, conhecimento e autocuidado foi examinada por meio da análise bivariada pelos testes Qui-Quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher, com nível de significância de 5% e intervalo de 95% de confiança.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o CAAE 23226013.9.0000.5208, em cumprimento a Resolução 466/12.⁸

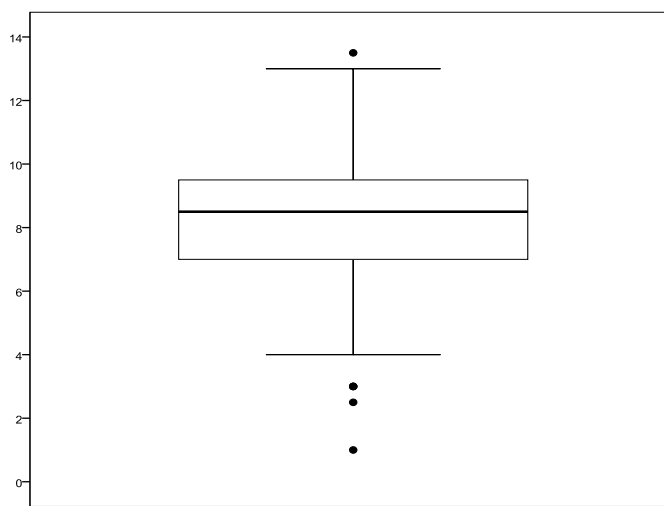
RESULTADOS

Dos 176 indivíduos com diabetes tipo 2, 76,1% (134) eram do sexo feminino, média de idade de 60,3 anos (DP± 13,5), 61,4% (108) de cor parda, 52,3% (92) casados ou em união estável, 63,6% (112) tinham de um a oito anos de estudo, 88,1% (155) possuíam filhos, 80,1% (141) não trabalhavam, 47,2% (83) ganhavam menos de 2 salários mínimos e 41,5%, (73) contribuíam totalmente para o sustento da casa. Quanto ao tempo de diagnóstico de diabetes, 38,6% (68) tinham a doença há menos de 5 anos

e 76,7% (135) utilizavam dieta e hipoglicemiante oral.

No que diz respeito ao nível de conhecimento sobre o diabetes, os indivíduos apresentaram, em média, escore de 8,4 dos 15 pontos possíveis ($DP \pm 2,1$). Conforme a figura 1, verifica-se que a dispersão foi pequena, podendo-se inferir que o grupo é homogêneo acerca do conhecimento. No entanto, a mediana é alta (8,5), indicando que o conhecimento dos participantes é alto e homogêneo.

Figura 1 - Box-plot do escore de conhecimento sobre o diabetes de indivíduos assistidos na atenção primária à saúde. Recife-PE, 2014.



Fonte: elaborada pelas autoras

No que se refere à caracterização dos indivíduos que apresentaram o conhecimento suficiente sobre o diabetes, verifica-se que a maioria era do sexo masculino (73,8%), idade entre 18 e 30 anos (100,0%), cor negra (85,7%), separados/divorciados (88,2%), com mais de doze anos de estudo (100,0%), possuíam filhos (69,7%), trabalhavam (82,9%), com renda familiar mensal menor que 1 salário mínimo (83,3%), contribuíam parcialmente para o sustento da casa (74,6%) e possuíam menos de 5 anos de diagnóstico do diabetes (72,1%).

Ainda, mesmo sendo observada maior prevalência de indivíduos com o conhecimento suficiente, o teste de independência foi significativo apenas para a idade ($p = 0,010$), com os indivíduos entre 18 e 30 anos, possuindo 1,7 chances a mais (RP 1,70; IC 95% 1,46-2,01) de ter conhecimento sobre o diabetes do que os indivíduos acima de 60 anos. Além desse fator, a renda familiar também foi significativa ($p = 0,045$), indicando que os indivíduos que ganhavam menos de 1 salário mínimo possuíam 1,41

chances a mais de ter conhecimento suficiente sobre diabetes do que os indivíduos que ganhavam de 1 a 2 salários mínimos (Tabela 1). Mesmo sendo observado esse valor da renda para a razão de prevalência, o intervalo de confiança inclui o valor unitário, indicando que o nível de conhecimento acerca da diabetes do grupo com renda de 1 SM e o grupo com 1 a menos de 2 SM é igual.

Tabela 1 – Nível de conhecimento sobre o diabetes segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas de indivíduos com diabetes assistidos na atenção primária à saúde. Recife-PE, 2014.

Variável	Escore de conhecimento		RP	IC(95%)	p-valor
	Conhecimento Suficiente	Conhecimento Insuficiente			
	(≥8)	(<8)			
Idade					
18 a 30 anos	5(100,0%)	0(0,0%)	1,70	1,43 – 2,01	0,010 ¹
31 a 45 anos	17(85,0%)	3(15,0%)	1,44	1,12 – 1,85	
46 a 60 anos	44(78,6%)	12(21,4%)	1,33	1,07 – 1,66	
Maior que 60 anos	56(58,9%)	39(41,1%)	1,00	-	
Renda familiar (SM)					
Menos de 1	5(83,3%)	1(16,7%)	1,41	0,95 – 2,11	0,045*
1 - 2	49(59,0%)	34(41,0%)	1,00	-	
2 - 3	41(75,9%)	13(24,1%)	1,29	1,02 – 1,62	
3 ou mais	27(81,8%)	6(18,2%)	1,39	1,09 – 1,76	

* Teste Exato de Fisher; Abreviações: Salário Mínimo (SM)

Fonte: elaborada pelas autoras

Quanto ao número de dias de aderência às atividades de autocuidado com o diabetes, verifica-se que as maiores médias foram obtidas nos itens referentes ao uso da medicação: Tomar medicamentos conforme recomendado (média = 6,30 dias) e Tomar o número indicado de comprimidos (média = 6,03 dias). No entanto, as atividades com menor aderência foram: Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo enfermeiro ou médico (média = 0,45 dias), Avaliar o açúcar no sangue (média = 0,77 dias) e ingerir doce (média = 0,89 dias) (Tabela 2).

Tabela 2 – Número de dias de aderência às atividades de autocuidado com o diabetes de indivíduos assistidos na atenção primária à saúde. Recife-PE, 2014.

Atividades do QAD	Aderência Média±DP*
1.1 Seguir uma dieta saudável	4,15±2,87
1.2 Seguir orientação alimentar	3,11±2,79
2.1 Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	4,56±2,58
2.2 Ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral	3,11±2,52
2.3 Ingerir doce	0,89±1,61
3.1 Realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos	1,26±2,32
3.2 Realizar atividades físicas específicas	0,95±2,08
4.1 Avaliar o açúcar no sangue	0,77±1,61
4.2 Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	0,45±1,35
5.1 Examinar os seus pés	4,14±3,16
5.2 Examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los	3,74±3,38
5.3 Secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los	4,80±3,10
6.1 Tomar seus medicamentos conforme recomendado	6,30±2,03
6.2 Tomar injeções de insulina conforme recomendado	1,16±2,58
6.3 Tomar o número indicado de comprimido	6,03±2,35

* Desvio Padrão (DP)

Fonte: elaborada pelas autoras

Na análise bivariada, as variáveis sociodemográficas, que interferem significativamente na prática de autocuidado, a partir dos domínios do QAD, foram: Alimentação geral: sexo ($p=0,025$), situação conjugal ($p=0,015$) e situação trabalhista ($p=0,028$); Alimentação específica: escolaridade ($p=0,047$); Atividade física: não obteve significância para nenhum fator; Monitorização de glicemia: escolaridade ($p=0,009$); Cuidado com os pés: idade ($p=0,022$) e contribuição para o sustento da casa ($p=0,050$); Uso de medicamentos: contribuição para o sustento da casa ($p<0,001$) e tempo de doença ($p<0,001$). E quanto à relação dos domínios do QAD com o nível de conhecimento, apenas alimentação específica ($p=0,019$) mostrou-se significativa para a prática do autocuidado naqueles entrevistados que apresentaram o conhecimento insuficiente sobre o diabetes (Tabela 3).

Tabela 3 – Média e desvio padrão do percentual de dias de autocuidado dos domínios do QAD, segundo fatores sociodemográficos, clínicos e de conhecimento de indivíduos com diabetes assistidos na atenção primária à saúde. Recife-PE, 2014

Fator avaliado	Domínios avaliados					
	D1 ^a	D2 ^b	D3 ^c	D4 ^d	D5 ^e	D6 ^f
Sexo						
Masculino	40,5 ±	67,0 ±	19,7 ±	11,9 ±	61,1 ±	67,0 ±
	35,9	20,5	32,3	24,5	31,0	19,9
Feminino	55,5 ±	70,0 ±	14,6 ±	7,7 ±	60,1 ±	63,4 ±
	37,7	21,1	28,3	18,5	32,0	23,6
<i>p-valor</i> ¹	0,025	0,358	0,300	0,213	0,944	0,488
I						
idade (anos)						
18 a 30	37,1 ±	59,0 ±	7,1 ±	8,6 ±	31,4 ±	61,0 ±
	25,5	12,9	16,0	7,8	41,0	12,8
31 a 45	38,9 ±	62,6 ±	5,0 ±	16,4 ±	48,1 ±	50,7 ±
	38,9	20,3	12,7	32,5	30,7	30,4
46 a 60	46,8 ±	71,9 ±	21,9 ±	10,5 ±	58,0 ±	66,2 ±
	39,0	23,0	33,2	22,8	33,4	21,9
Maior que 60	58,4 ±	69,8 ±	14,9 ±	6,1 ±	65,9 ±	66,1 ±
	36,3	19,9	29,3	14,5	29,0	21,1
<i>p-valor</i> ²	0,067	0,125	0,124	0,487	0,022	0,084
Cor						
Parda	56,5 ±	68,1 ±	17,7 ±	8,5 ±	61,4 ±	64,2 ±
	36,6	21,2	28,9	19,4	28,3	20,9
Branca	41,6 ±	69,9 ±	13,7 ±	8,7 ±	55,7 ±	63,1 ±
	37,6	21,2	33,5	19,0	37,4	28,4
Negra	51,0 ±	74,1 ±	10,9 ±	10,2 ±	65,5 ±	66,7 ±
	40,2	19,0	19,6	26,1	34,5	18,3
<i>p-valor</i> ²	0,100	0,554	0,186	0,698	0,600	0,908

(continuação)						
Fator avaliado	Domínios avaliados					
	D1 ^a	D2 ^b	D3 ^c	D4 ^d	D5 ^e	D6 ^f
Situação conjugal						
Casado ou união estável	46,4 ±	66,7 ±	16,3 ±	11,6 ±	56,5 ±	62,4 ±
	38,0	21,1	28,9	24,5	33,6	27,5
Solteiro	51,2 ±	69,6 ±	13,7 ±	3,2 ±	64,2 ±	64,6 ±
	38,2	19,6	27,9	6,0	27,8	16,6
Viúvo	71,0 ±	74,0 ±	17,1 ±	7,8 ±	72,2 ±	67,7 ±
	35,0	22,1	32,7	19,1	25,8	18,2
Separado/divorciado	48,3 ±	74,2 ±	15,1 ±	6,3 ±	51,8 ±	67,2 ±
	30,8	19,9	30,2	10,1	33,8	9,9
<i>p-valor</i> ²	0,015	0,225	0,729	0,443	0,077	0,879
Anos de estudo						
0	64,9 ±	73,3 ±	10,6 ±	3,7 ±	60,5 ±	62,3 ±
	38,0	19,9	24,5	8,6	27,8	27,2
1 8	50,6 ±	66,1 ±	14,1 ±	7,0 ±	61,9 ±	64,3 ±
	38,1	21,3	26,8	17,9	30,9	22,2
9 12	45,2 ±	75,2 ±	22,3 ±	18,1 ±	59,5 ±	62,7 ±
	34,9	18,8	36,4	29,5	34,0	22,7
>12	63,3 ±	79,6 ±	28,6 ±	8,2 ±	40,1 ±	76,2 ±
	38,3	21,2	41,2	10,5	43,1	16,3
<i>p-valor</i> ²	0,186	0,047	0,354	0,009	0,475	0,498
Tem filho						
Sim	52,9 ±	68,9 ±	16,2 ±	9,3 ±	61,5 ±	64,8 ±
	38,0	21,1	29,5	21,2	32,0	22,8
Não	44,6 ±	72,1 ±	12,6 ±	4,4 ± 7,0	52,2 ±	60,1 ±
	35,0	20,4	27,9		28,6	22,4
<i>p-valor</i> ¹	0,301	0,408	0,446	0,796	0,171	0,191

(continuação)						
Fator avaliado	Domínios avaliados					
	D1 ^a	D2 ^b	D3 ^c	D4 ^d	D5 ^e	D6 ^f
Situação trabalhista						
Trabalha	40,0 ±	67,3 ±	21,6 ±	14,7 ±	53,9 ±	63,5 ±
	33,2	21,8	36,1	26,7	34,2	21,5
Não trabalha	54,9 ±	69,8 ±	14,3 ±	7,2 ±	62,0 ±	64,4 ±
	38,2	20,8	27,3	17,9	30,9	23,1
<i>p-valor</i> ¹	0,028	0,486	0,492	0,133	0,212	0,912
Renda familiar (SM)						
Menos de 1	45,2 ±	66,7 ±	8,3 ±	2,4 ± 3,7	62,7 ±	63,5 ±
	50,6	27,4	20,4		25,8	7,8
1 - 2	52,0 ±	69,4 ±	15,8 ±	5,9 ±	55,2 ±	61,0 ±
	37,9	19,9	28,5	14,6	30,9	22,1
2 - 3	56,3 ±	72,7 ±	13,0 ±	9,3 ±	67,8 ±	65,9 ±
	37,3	20,0	25,3	19,3	31,0	26,6
3 ou mais	45,7 ±	64,1 ±	21,6 ±	16,0 ±	60,6 ±	69,7 ±
	36,0	23,6	37,7	31,0	34,3	18,4
<i>p-valor</i> ²	0,582	0,444	0,892	0,283	0,123	0,130
Contribuição para o sustento da casa						
Sim, totalmente	47,9 ±	70,4 ±	16,6 ±	7,0 ±	56,0 ±	62,6 ±
	40,4	21,2	30,4	17,6	31,4	22,7
Sim, parcialmente	57,9 ±	72,0 ±	16,0 ±	11,6 ±	67,3 ±	72,0 ±
	33,2	20,3	31,2	22,6	32,2	19,6
Não contribui	49,6 ±	63,1 ±	13,9 ±	7,3 ±	57,5 ±	55,1 ±
	38,9	20,8	24,3	20,1	30,2	24,1
<i>p-valor</i> ²	0,368	0,093	0,883	0,075	0,050	<0,001

Fator avaliado	Domínios avaliados						(conclusão)
	D1 ^a	D2 ^b	D3 ^c	D4 ^d	D5 ^e	D6 ^f	
Tempo de doença							
Menos de 5 anos	52,0 ±	68,4 ±	14,5 ±	9,9 ±	57,5 ±	59,5 ±	
	40,8	23,3	27,3	22,5	32,5	21,3	
5 a 10 anos	47,2 ±	66,1 ±	16,7 ±	6,9 ±	60,0 ±	60,1 ±	
	34,4	21,0	31,4	17,4	29,9	21,8	
Mais de 10 anos	57,0 ±	74,1 ±	16,5 ±	9,2 ±	64,6 ±	75,2 ±	
	36,9	16,7	29,9	19,7	32,7	22,5	
p-valor ²	0,395	0,137	0,892	0,638	0,420	<0,001	
Conhecimento DM							
Suficiente	49,4 ±	67,1 ±	14,6 ±	10,3 ±	60,7 ±	64,5 ±	
	37,1	20,7	28,4	21,8	32,2	23,3	
Insuficiente	57,5 ±	74,4 ±	18,5 ±	5,2 ±	59,5 ±	63,6 ±	
	38,7	20,8	31,3	15,0	30,6	21,8	
p-valor ¹	0,154	0,019	0,330	0,079	0,848	0,548	

¹Teste Mann-Whitney; ²Teste Kruskal Wallis

^aAlimentação geral; ^bAlimentação Específica; ^cAtividade Física; ^dMonitorização da Glicemia; ^eCuidados com os pés; ^fUso da medicação.

Fonte: elaborada pelas autoras

A ação ao hábito de fumar, foi verificado que 92% (162) dos indivíduos não fumaram cigarro nos últimos sete dias e destes 56,8%(100) dos participantes afirmaram que nunca fumaram. Dos que fumaram, 75% (9) habitualmente usaram 4 ou mais cigarros. O teste de comparação de proporção foi significativo para o uso do cigarro nos últimos 7 dias e o período que fumou o último cigarro ($p < 0,001$ para ambos).

DISCUSSÃO

O conhecimento acerca da doença possibilita ao indivíduo um maior poder de

decisão sobre sua saúde, com estímulo à autonomia e ao autocuidado consciente. Neste estudo, o nível de conhecimento mostrou-se suficiente, porém, em outras investigações realizadas na atenção básica de saúde no Sudeste do Brasil, com o mesmo instrumento de avaliação, obteve-se escores de conhecimento inferiores a 8, indicando resultado insatisfatório para a compreensão sobre o manejo do diabetes.^{9;10}

Uma das ferramentas da atenção básica para assistência ao indivíduo com diabetes e que auxilia na melhoria do conhecimento é o Sistema Hiperdia, regularizado pela Portaria nº 371/GM, que dispõe de medidas de prevenção e promoção da saúde, entre elas, a troca de informações que acarretem em modificações de atitudes, comportamentos e hábitos de vida para a melhoria do controle clínico do diabetes.¹¹

O atendimento interdisciplinar é fundamental para a promoção do conhecimento em diabetes. Inquérito realizado em ambulatório no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, no sul do Brasil, constatou que 78,05% dos usuários atendidos por equipe multiprofissional, formada por enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, educadores físicos e alunos de graduação em Enfermagem e Psicologia obtiveram escores superiores a oito em relação ao conhecimento em diabetes.²

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), os indivíduos com diabetes são atendidos pela equipe básica composta por médico, enfermeiro e odontólogo. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) atua em conjunto com a equipe da ESF, que, pelo princípio da integralidade, oferece atendimento multidisciplinar aos indivíduos com dificuldade na adesão ao tratamento farmacológico ou não farmacológico, por meio de um olhar multifatorial e do compartilhamento de metas para o alcance do controle glicêmico.¹²

A idade e a renda mostraram-se como fatores que interferem no conhecimento sobre o diabetes. Os menores escores foram observados em indivíduos acima de 60 anos. Este público apresenta declínio das funções cognitivas, o que colabora para a dificuldade no aprendizado com conseqüente repercussão nas atividades de autocuidado.¹³ Nesse sentido, é de extrema importância o uso de recursos didático-pedagógicos e linguagem simples nas ações educativas para a maior compreensão do diabetes.

Na associação entre as variáveis renda e o conhecimento sobre o Diabetes, pode-se inferir que as pessoas, que recebem menos de 2 SM, possuem maior disponibilidade

para procurar os serviços de saúde para a obtenção de informações sobre sua patologia. Porém, estudo realizado com idosos com diabetes no Nordeste do Brasil,¹⁴ apontou que a renda tem maior influência na adesão ao tratamento.

O conhecimento é considerado um pré-requisito para o autocuidado em diabetes,⁹ que pode ser definido como o desenvolvimento de habilidades para o gerenciamento do cuidar, frente à doença, e executadas pelo próprio indivíduo.¹ Entre essas habilidades estão a ingestão de alimentos saudáveis, prática de atividade física, monitorização glicêmica, uso dos medicamentos, resolução dos problemas, adaptação à condição clínica e redução dos riscos como medidas para avaliação do comportamento de indivíduos com diabetes.¹⁵

Dentre as práticas de autocuidado, a alimentação saudável é um dos pilares do tratamento não-farmacológico do diabetes, objetivando o controle glicêmico e de peso, prevenção das complicações da doença e diminuição dos riscos cardiovasculares.¹⁶ Neste estudo, o sexo e a situação trabalhista estiveram associados com a alimentação. O fato de as mulheres ainda serem responsáveis por 80% das atividades alimentares da família, mesmo estando inseridas no mercado de trabalho,¹⁷ pode justificar a relação com o sexo. Além disso, infere-se que a maior disponibilidade de tempo entre os que não trabalham também possa contribuir para a realização de refeições em casa, junto à família, substituindo as comidas rápidas e calóricas encontradas na rua. A situação conjugal também influenciou no consumo da alimentação, principalmente entre os viúvos, podendo estar relacionada à prevenção das complicações do diabetes, contribuindo para a superação da fragilidade e manutenção da autonomia.¹⁴

Na alimentação específica, as recomendações para indivíduos com diabetes incluem ingestão de 45 a 60% de carboidratos do total da dieta, em que 10% podem ser açúcares simples e 30% do valor energético total de gordura.¹ A variável anos de estudos esteve associada com esse domínio, ao considerar que quanto maior a escolaridade maior a facilidade para a aprendizagem. No diabetes, com o aumento da complexidade da terapêutica o indivíduo necessita de habilidades cognitivas mais complexas para a compreensão do tratamento.¹³ Ainda foi observada a baixa adesão ao consumo de doces, podendo está associada à crença de que apenas o açúcar aumenta a glicemia.¹⁸ O açúcar pode ser consumido pelo indivíduo com diabetes, desde que não ultrapasse o total de carboidratos considerados saudáveis dentro da alimentação.¹⁹ Este resultado

corroborar com estudo realizado no Ambulatório de Endocrinologia no Sul do Brasil, que apresentou média de aderência de 1,53 dias no item relacionado ao consumo de doces.⁷

O tratamento não-farmacológico do diabetes é ainda composto pela prática de atividade física que auxilia no controle glicêmico e outros fatores de comorbidade como hipertensão arterial e dislipidemia, agindo na diminuição do risco cardiovascular.¹ Neste estudo, a prática da atividade física também foi insatisfatória, o que corrobora com os resultados encontrados no Sudeste brasileiro.²⁰ Desse modo, faz-se necessário que os profissionais atuantes na atenção primária à saúde incentivem o indivíduo com diabetes a praticarem exercícios físicos, como caminhadas e corridas leves,⁵ utilizando espaços livres como praças, praia e programas municipais para o incentivo à prática de hábitos saudáveis, como “Academia da Cidade” e “Academia Recife”, existentes no Nordeste brasileiro.²¹

A monitorização glicêmica fornece aos usuários e profissionais de saúde parâmetros que avaliam a eficácia e a necessidade de ajustes no plano terapêutico.²² Apesar da importância, não obtiveram boa aderência entre os entrevistados, resultado semelhante ao encontrado em Santa Catarina,⁷ Sul do Brasil, que obteve média de 1,76 dias para o item “avaliar o açúcar no sangue” e 1,37 dias para o item “avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado”. Contudo, neste domínio, os indivíduos que possuem maior escolaridade demonstraram maior aderência à prática da monitorização de glicemia.

O domínio cuidado com os pés avalia atividades como “secar os espaços entre os dedos dos pés” e “examinar os pés”. Esses cuidados são ações preventivas do pé diabético, que é uma das complicações mais temidas da doença, responsável por 50 a 70% das amputações não-traumáticas, além de representar 50% das internações hospitalares.²³ Nesse domínio, foi encontrada maior significância entre indivíduos maiores de 60 anos. Geralmente, os idosos além da doença, também possuem o declínio das funções fisiológicas como fator de risco para o surgimento de complicações vasculares.¹

O fator contribuição no sustento da casa, parcialmente, foi significativa tanto no domínio cuidado com os pés, quanto no uso da medicação. A insuficiência financeira pode ser considerada como uma limitação para os cuidados voltados ao controle glicêmico. Nesse contexto, é necessário que o profissional de saúde adapte suas

orientações à real situação financeira dos indivíduos, direcionando-os para a adoção de cuidados mais simples e de menor custo como a utilização de cremes especiais no cuidado com os pés.²⁴ No caso da medicação, os indivíduos devem ser cadastrados e orientados a adquirir os medicamentos de forma gratuita nas Unidades de Saúde ou Farmácias credenciadas em Programas Governamentais.¹¹

O tratamento farmacológico é mais uma medida para se obter o controle glicêmico. Esse foi o único domínio que apresentou boa aderência nas atividades de autocuidado ($6,30 \pm 2,03$), podendo ser justificado pela crença que os indivíduos possuem acerca dos remédios, para a melhoria dos sintomas e proteção da saúde no futuro, desconsiderando as outras medidas de tratamento, como alimentação e atividade física.¹³ A boa aderência aos itens relacionados à medicação também foi encontrado no estudo de validação do QAD.⁷ O tempo da doença também apresentou significância em relação à terapia medicamentosa, assim como em estudo que investigou os fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes.²⁵ Na presente pesquisa, os indivíduos com mais de 10 anos de diagnóstico apresentaram maior aderência aos medicamentos. De fato, espera-se que quanto maior o tempo de diabetes, maior também o conhecimento, entendimento e manejo do tratamento prescrito.²⁵

Outra dimensão investigada foi o tabagismo. Os efeitos do uso do cigarro no organismo das pessoas com diabetes incluem a resistência e aumento da insulina. Além disso, é mais comum a elevação dos níveis de hemoglobina glicosilada (A1C) em fumantes do que em não-fumantes,²⁶ bem como o agravamento das complicações do diabetes. Os resultados da atual pesquisa corroboram com estudo que levantou as características de indivíduos com diabetes em Centro Oeste brasileiro,²⁷ onde mais de 80% dos entrevistados afirmaram não fumar. Estes resultados podem ser explicados pelas ações desenvolvidas na sociedade para a abolição do tabagismo. Antes o que era visto como estilo de vida, hoje é reconhecido como dependência química e a principal causa de morte evitável no mundo.²⁶

A avaliação de conhecimento e autocuidado mostrou-se significativa entre os entrevistados que apresentaram conhecimento insuficiente sobre o diabetes e apenas no domínio alimentação específica, podendo ser justificado pelo fato dos indivíduos aderirem à dieta de forma automática, sem reflexão sobre o manejo do tratamento.

Estudo realizado na atenção básica no Sudeste brasileiro obteve resultado divergente ao apontar que o aumento do conhecimento pode contribuir para a aderência das atividades de autocuidado.⁹

A atenção básica tem como um dos seus pilares a educação em saúde como ferramenta ao incentivo e à prática de hábitos saudáveis. Porém, os profissionais devem estar familiarizados com o público-alvo e motivarem os indivíduos, por meio de atividades educativas de caráter participativo e que reflitam o viver com diabetes. Tais atividades, em grupos ou individuais, devem possibilitar a interação e compartilhamento de experiências e troca de conhecimentos entre os profissionais de saúde e indivíduos com diabetes, contribuindo, assim, para ampliação do conhecimento sobre a doença e possível mudança comportamental com vistas ao controle glicêmico.¹²

CONCLUSÃO

Os indivíduos com diabetes assistidos na Unidade Básica de Saúde possuem conhecimento sobre a doença, sendo influenciados pelas variáveis idade e renda. Nas atividades de Autocuidado, a maior aderência foi o uso da medicação e a menor foi a monitorização de glicemia.

Dessa forma, ainda visualizam-se fragilidades na assistência ao indivíduo com diabetes na atenção primária à saúde, fazendo-se necessário que a equipe multiprofissional, em especial, o enfermeiro, incorpore as atividades preconizadas à sua prática profissional, objetivando ampliar o conhecimento dos indivíduos e sucessivo autocuidado.

O conhecimento é necessário para prática do autocuidado, porém este deve ser re(construído), por meio de atividades educativas, que considerem as necessidades e características do público-alvo. As ações educativas em diabetes poderão promover o efeito desejado, quando embasadas em metodologias ativas, com vistas à construção do conhecimento contextualizado, crítico e reflexivo capaz de gerar mudanças no comportamento e aderência às atividades de autocuidado de maneira consciente.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016; Oliveira JEP, Vencio S. [Org.]. São Paulo: AC Farmacêutica; 2016.
2. Rodrigues FFL, Zanetti ML, Santos MA, Martins TA, Souza VD, Teixeira CRS. Conhecimento e atitudes: componentes para a educação em diabetes. Rev. Latino-am. Enfermagem. 2009 jul./ago.; 17(4):468-473.
3. Bub MBC, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss PE, Santos EKA. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(Esp):152-7.
4. Torres HC, Hortale VA, Schall VT. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e attitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. Rev. Saúde Pública. 2005 dez; 39(6):906-11.
5. Brasil. Ministério da Saúde. 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.
6. Arango HG. Bioestatística - teórica e computacional - com bancos de dados reais. 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
7. Michels MJ, Coral MHC, Sakae TM, Damas TB, Furlanetto LM. Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. Arq. Bras. Endocrinol. Metab. 2010 out.; 54(7):649-51.
8. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de setembro de 2012: Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CONEP; 2012.
9. 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. 2012; 25(2):284-90.
10. Oliveira KCS, Zanetti, ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011 ago.; 45(4):862-8.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 371/GM, de 04 de março de 2002. Divulga o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus e suas diretrizes. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2002 mar. 07; Sec.1, p. 88.
12. Santos L, Torres HC. Práticas educativas em diabetes mellitus: compreendendo as competências dos profissionais da saúde. Texto Contexto Enferm. 2012 jul./set.; 21(3):574-80.
13. Gimenes HT, Zanetti ML, Haas VJ. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica. Rev. Latino-am. Enfermagem. 2009 jan./fev.; 17(1):46-51.
14. Borba AKOT, Marques APO, Leal MCC, Ramos RSPS, Guerra ACCG, Caldas TM. Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. Rev. Rene. 2013; 14(2):394-404.
15. American Association of Diabetes Educators (AADE). Individualization of diabetes

- self-management education. *Diabetes Educ.* 2002; 28:741-9.
16. Portero KCC, Cuelhar KC. Aspectos atuais no tratamento dietético de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Nutri Pauta.* 2004; 65:12-16.
 17. Lelis CT, Teixeira CMD, Silva NM. A inserção feminina no mercado de trabalho e suas implicações para os hábitos alimentares da mulher e de sua família. *Saúde Debate.* 2012 out./dez.; 36(95):523-32.
 18. Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MBC. Crenças no autocuidado em diabetes – implicações para a prática. *Texto Contexto Enferm.* 2009 jan./mar.; 18(1):124-30.
 19. Sociedade Brasileira de Diabetes. Departamento de Nutrição. Manual oficial de contagem de carboidratos regional. Rio de Janeiro: Dois C: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2009.
 20. Gomes-Villas Boas LC, Foss MC, Foss-Freitas MCF, Torres HC, Monteiro LZ, Pace AE. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com Diabetes mellitus. *Texto Contexto Enferm.* 2011 abr./jun.; 20(2): 272-9.
 21. Prefeitura do Recife [Internet]. Ações e projetos [Citado 2014 ago. 11]. Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br>>.
 22. Matsumoto PM, Barreto ARB, Sakata KN, Siqueira YMC, Zoboli ELCP, Fracolli LA. A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2012 jun.; 46(3):761-5.
 23. Welfer M, Leite MT. Ser portador de diabetes tipo 2: cuidando-se para continuar vivendo. *Scientia Médica.* 2005 jul./set.; 15(3):148-55.
 24. Santos GILSM, Capirunga JBM, Almeida OSC. Pé diabético: condutas do enfermeiro. *Rev. Enferm. Contemp.* 2013 dez; 2(1):225-241.
 25. Faria HTG, Rodrigues FFL, Zanetti ML, Araújo MFM, Damasceno MMC. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Acta Paul. Enferm.* 2013; 26(3):231-7.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
 27. Ferreira CLRA, Ferreira MG. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 2009 fev.; 53(1):80-6.

Submissão: outubro de 2016.

Aprovação: março de 2018.