

## Autocuidado de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2

### *Self-care of patients with Diabetes Mellitus type 2*

Katyucia Oliveira Crispim de Souza<sup>1</sup>; Simonize Cunha Barreto de Mendonça<sup>2</sup>; Liudimilla Miyar Otero<sup>3</sup>; Márcia Ferreira Cândido de Souza<sup>4</sup>; Samuel de Oliveira Ribeiro<sup>5</sup>

#### Resumo

**Objetivo:** Classificar o autocuidado dos pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 atendidos em um centro ambulatorial de Aracaju/SE. **Método:** Estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa. Foi aplicado um instrumento de avaliação do autocuidado dos pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 (INAAP-DM2), que contempla seis domínios, o quais avaliam diversos aspectos da doença e seu autocuidado, sendo calculado um escore geral por domínio, com as seguintes classificações: Totalmente Compensatório (escore 1 ou 2) – paciente é incapaz de engajar-se nas ações de autocuidado terapêutico; Parcialmente Compensatório (escore 3) - paciente é capaz de aprender, porém necessita do profissional e/ou familiar para desempenhar as ações de autocuidado e Apoio-Educação (escore 4 ou 5) - paciente é capaz de aprender e desempenhar sozinho as ações de autocuidado terapêutico. O teste *t-Student* foi aplicado para comparação entre médias de amostras independentes das variáveis sociodemográficas, com nível de significância de 5%. **Resultados:** Dos 73 entrevistados, 5 (6,8%) foram classificados como totalmente compensatórios, 66 (90,4%) como parcialmente compensatórios, e 2 (2,8%) como apoio-educação. Não houve diferença estatística significativa na correlação dos parâmetros sociodemográficos analisados. **Conclusão:** Os resultados reforçam a necessidade de melhoria nas ações de educação em saúde por parte dos profissionais de saúde, além de, melhorar a compreensão dos sentimentos e comportamentos da pessoa diabética, afim de promover a aceitação de sua condição crônica de saúde e, conseqüentemente, a adoção de hábitos saudáveis.

**Palavras-Chave:** Autocuidado. Diabetes Mellitus tipo 2. Conhecimento.

#### Abstract

**Objective:** To classify the self-care of patients with Type 2 Diabetes Mellitus treated at an outpatient clinic in Aracaju / SE. **Method:** Cross - sectional and descriptive study with quantitative approach. A self-care assessment instrument was applied to patients with Type 2 Diabetes Mellitus (INAAP-DM2), which included six domains, which evaluate several aspects of the disease and its self-care, with a general score by domain, with the following classifications: Totally Compensatory (score 1 or 2) - patient is unable to engage in therapeutic self-care actions; Partially Compensatory (score 3) - patient is able to learn, but needs the professional and / or family to perform the actions of self-care and

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde do Adulto e do Idoso pelo Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. E-mail: katyucia\_kk@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe.

<sup>4</sup> Nutricionista. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe. Professora Colaboradora da Universidade Federal de Sergipe.

<sup>5</sup> Estatístico. Especialista em Estatísticas Econômicas e Sociais Pelo Centro Interamericano de Esecñanza de Estadística. Professor da Universidade Federal de Sergipe.

Support-Education (score 4 or 5) - patient is able to learn and perform the actions of therapeutic self-care alone. The test t-student was applied in comparison between average of samples independent of the socio-demographic variables, with a significance level of 5%. Results: Of the 73 interviewees, 5 (6.8%) were classified as fully compensatory, 66 (90.4%) as partially compensatory, and 2 (2.8%) as support-education. There was no statistically significant difference in the correlation of the sociodemographic parameters analyzed. Conclusion: The results reinforce the need for improvement in health education actions by health professionals, in addition to improving the understanding of the feelings and behaviors of the diabetic person, in order to promote the acceptance of their chronic health condition and, consequently, the adoption of healthy habits.

**Keywords:** Self-care. Diabetes Mellitus type 2. Knowledge.

## Introdução

O diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) é um dos maiores problemas de saúde pública mundial, haja vista a alta prevalência e o impacto expressivo em termos de mortalidade e morbidade. A prevalência mundial dessa doença em pessoas com idade entre 20 e 79 anos foi de 6,4%, afetando 258 milhões de pessoas em 2010; e até 2030, presume-se que este número irá aumentar para 7,7%, com previsão de afetar 439 milhões de pessoas.<sup>(1)</sup> Resultados de outro estudo apresentaram números mais elevados, com previsão de 522 milhões de pessoas afetadas em 2030.<sup>(2)</sup>

Dados da Federação Internacional do Diabetes (IDF) mostram que a estimativa de pessoas com DM, em 2015, foi de 415 milhões, representando 8,8% da população mundial. Para 2040, essa estimativa aumentou para 642 milhões, 10,4 % da população mundial, equivalendo a três novos casos a cada 10 segundos, ou quase 10 milhões por ano. Estima-se que 175 milhões de pessoas no mundo (50%) não têm conhecimento da sua doença.<sup>(3)</sup>

A estimativa no Brasil, em 2015, foi de 14,3 milhões de pessoas com DM, a maior entre os países da América Central e América do Sul. Esse dado colocou o Brasil na 4ª posição no ranking mundial em número de pessoas com DM, atrás somente da China, Índia e Estados Unidos, com projeção de manter a mesma posição em 2040, com uma população de 23,3 milhões de pessoas com DM.<sup>(3)</sup> Dados da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

(Vigitel), de 2014, mostraram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos é de 7,1%, no conjunto das 27 capitais brasileiras, sendo de 6,9% entre homens e de 7,3% entre mulheres.<sup>(4)</sup>

A complexidade do manejo do DM2 deve-se à multiplicidade de fatores envolvidos no tratamento, desde a manutenção de uma alimentação saudável, automonitoramento de glicose, administração de medicamentos, atividade física regular, cuidados com os pés, enfrentamento saudável e redução de riscos.<sup>(5,6)</sup> Enquanto uma doença crônica, o sucesso do tratamento depende fortemente da participação e do envolvimento do paciente na adoção de práticas de autocuidado que conduzam a estilos de vida mais saudáveis.<sup>(7)</sup>

Nas perspectivas contemporâneas sobre os cuidados com o DM2, as práticas de autocuidado ocupam um papel central e implicam na participação ativa do paciente. O controle metabólico adequado e a prevenção de complicações crônicas são determinados pelo nível de adesão da pessoa ao regime terapêutico proposto.<sup>(8)</sup> As mudanças comportamentais são fundamentais para melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida das pessoas com DM2 e envolvem práticas que aumentam a sua responsabilidade nos resultados da assistência.<sup>(9)</sup>

A utilização de instrumentos de medidas que permitam avaliar a participação do paciente, enquanto sujeito ativo no tratamento do DM2, por meio da mensuração das práticas de autocuidado

realizadas, constitui um recurso metodológico que colabora na avaliação das respostas aos tratamentos, propicia a comparação de dados ao longo do tempo e permite a compreensão e estudo dos problemas observados, além de orientar condutas na prática clínica.<sup>(10)</sup> Esses instrumentos possibilitam o estabelecimento de uma linguagem comum entre os profissionais das diferentes áreas e permitem que os problemas identificados possam facilitar os esforços comuns para melhorar a qualidade do cuidar.<sup>(11)</sup>

Diante da relevância das práticas de autocuidado para tratamento e prevenção de complicações agudas e crônicas do diabetes, o presente estudo tem o objetivo de classificar o autocuidado dos pacientes com DM2 atendidos em um centro ambulatorial de Aracaju/SE.

## Material e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa realizado com pacientes com DM2 atendidos em um centro ambulatorial de Aracaju/SE, nos meses de novembro a dezembro de 2017. Esse serviço ambulatorial é integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e oferece consultas, exames e atividades de prevenção de diversas especialidades a pacientes da capital e do interior do estado de Sergipe. A amostra, por conveniência, foi constituída por 73 pacientes portadores com DM2 atendidos nesse serviço ambulatorial, com idade acima de 18 anos.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação do formulário de caracterização sociodemográfica e do Instrumento de Avaliação do Autocuidado dos Pacientes com DM2 (INAAP-DM2).<sup>(12)</sup> O Formulário de caracterização sociodemográfica contempla as seguintes variáveis: gênero (masculino e feminino), faixa etária (adulto, de 18 a 59 anos, e idoso, acima de 60 anos), cidade onde reside (Aracaju e interior do estado), escolaridade (até 8 anos de estudo e mais de 8 anos de estudo), estado conjugal (com companheiro e

sem companheiro), ocupação (não aposentado e aposentado), renda (até um salário mínimo e mais de um salário mínimo), tempo de diagnóstico da doença (até 15 anos e mais de 15 anos).

O INAAP-DM2<sup>(12)</sup> é composto por 131 itens divididos em seis domínios, a saber: Domínio A (Buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada), Domínio B (Conhecer e considerar a doença e suas complicações), Domínio C (Aderir ao tratamento), Domínio D (Conhecer e considerar/regular os desconfortos do tratamento), Domínio E (Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde) e Domínio F (Aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida). O instrumento contém itens com escala de frequência – nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre e escala de conhecimento – não sabe, responde um item, responde dois itens, responde três itens e responde mais que três itens.

A escala tipo Likert com cinco pontos foi eleita para representar os itens numéricos do INAAP-DM2<sup>12</sup>, sendo que o número “1” equivale a pior pontuação e o número “5” a melhor pontuação. Após a aplicação do instrumento, ao final de cada domínio, a pontuação foi somada e dividida pelo número de itens aplicados, resultando em um escore parcial.

O estudo do INAAP-DM2<sup>(12)</sup> sugeriu as seguintes classificações: Totalmente Compensatório para os escores de 1 ou 2 – paciente é incapaz de engajar-se nas ações de autocuidado terapêutico; Parcialmente Compensatório para o escore 3 – paciente é capaz de aprender, porém, necessita do profissional e/ou familiar para desempenhar as ações de autocuidado e Apoio-Educação para o escore 4 ou 5 – paciente é capaz de aprender e desempenhar sozinho as ações de autocuidado terapêutico.

Os sujeitos foram orientados quanto aos objetivos da aplicação do instrumento e as possibilidades de respostas. Ao concluir a entrevista, foram feitas orientações de acordo com nível de envolvimento do

sujeito no seu autocuidado, afim de estimular uma maior participação e responsabilidade na condução do seu tratamento.

Os dados coletados foram inseridos em um banco do programa Microsoft Excel® versão 2013, no qual realizou-se análise estatística descritiva por meio de frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. O teste *t-Student* foi aplicado para comparação das médias de amostras independentes das variáveis sociodemográficas considerando nível de significância de 5%. Caso o valor de “p” fosse maior ou igual a 0,05, a diferença encontrada pelo teste não foi considerada significativa, então, as médias das duas características são equivalentes.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (Número do parecer: 2.300.173) e seguiu-se todos os aspectos éticos que regem a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos que aceitaram participar de forma voluntária da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando-os direito a esclarecimentos, ao anonimato e a possibilidade de abandonar o estudo no momento que consideraram necessário.

## Resultados

Dos 73 entrevistados, 74% foram do sexo feminino, 54,8% tinham mais de 60 anos de idade e 53,4% não possuíam companheiro fixo. A maioria dos pacientes residia na capital (72,6%) e possuía ensino fundamental incompleto (52,1%). Observou-se a prevalência de aposentados (56,2%) com renda familiar de um salário mínimo (58,9%), em contraste ao número de pessoas com renda maior que três salários (4,1%) e ao total de empregados (17,8%).

Quanto ao tempo de diagnóstico da doença, verificou-se que 61,6% tinham até 15 anos de diagnóstico e 38,4% tinham mais de 15 anos. Quando questionados sobre o uso de medicamentos para controle do diabetes, 54,8% utilizavam apenas comprimidos, 16,4% utilizavam apenas insulina e 28,8% faziam associação de comprimido mais insulina.

Foi realizado o teste *t-Student* para comparar os valores médios dos escores nos seis domínios pelas variáveis sociodemográficas. A tabela 1 mostra os resultados da análise que indica diferença não significativa entre os parâmetros analisados na amostra estudada.

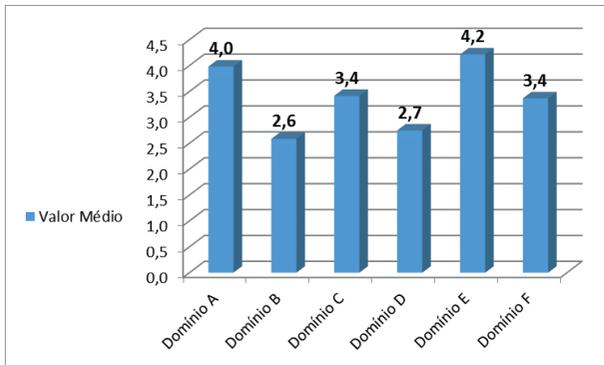
**Tabela 1** – Distribuição do Teste *t-Student* entre as médias gerais dos escores nos domínios do INAAP-DM2 pelas variáveis sociodemográficas dos pacientes com DM2, Aracaju/SE, 2017.

Variáveis	N (%)	Média geral dos escores nos seis domínios	Variância	Valor de “p”
<b>Gênero</b>				
Masculino	19 (26,1%)	3,32	0,0739	0,340
Feminino	54 (73,9%)	3,40	0,1055	
<b>Faixa Etária</b>				
Adulto	33 (45,2%)	3,44	0,0825	0,135
Idoso	40 (54,8%)	3,33	0,1067	
<b>Onde reside</b>				
Aracaju	53 (72,6%)	3,39	0,1179	0,809
Interior	20 (27,4%)	3,37	0,0463	
<b>Escolaridade</b>				
Até 8 anos	61 (83,6%)	3,39	0,0895	0,546
Mais de 8 anos	12 (16,4%)	3,33	0,1464	
<b>Estado Conjugal</b>				
C/companheiro	34 (46,6%)	3,39	0,0654	0,893
S/companheiro	39 (53,4%)	3,38	0,1279	
<b>Ocupação</b>				
Não aposentado	32 (43,8%)	3,43	0,0831	0,280
Aposentado	41 (56,2%)	3,35	0,1079	
<b>Renda</b>				
≤ 1 salário mínimo	46 (63%)	3,40	0,0949	0,601
> 1 salário mínimo	27 (37%)	3,36	0,1045	
<b>Diagnóstico</b>				
Até 15 anos	45 (61,6%)	3,35	0,0894	0,233
Mais de 15 anos	28 (38,4%)	3,44	0,1086	

Após a aplicação do instrumento de avaliação do autocuidado, o cálculo do escore parcial médio de cada domínio resultou nos seguintes valores demonstrados no gráfico 1. Esses valores

classificaram o autocuidado referente aos domínios B e D como totalmente compensatórios, os domínios C e F como parcialmente compensatórios e os domínios A e E como apoio-educação.

**Gráfico 1** – Média geral de cada domínio do INAAP-DM2 aplicado nos pacientes com DM2, Aracaju/SE, 2017.



Em relação à média geral dos seis domínios, 6,8% pacientes foram classificados como totalmente compensatórios, 90,4% foram classificados como parcialmente compensatórios e 2,8% como apoio-educação. Assim, a maioria da amostra de participantes classificados como parcialmente compensatórios é capaz de aprender, porém, necessita do profissional e/ou familiar para desempenhar as ações de autocuidado.

No domínio A, que trata da capacidade do usuário em buscar e garantir assistência multiprofissional

apropriada, 97,6% pacientes afirmaram procurar sempre o serviço de saúde para tratar o diabetes *mellitus*, contudo, mais da metade (52,0%) relatou ter dificuldade para conseguir atendimento. Algumas dessas dificuldades foram apontadas, tais como, falta de recurso financeiro para conseguir chegar ao serviço (46,6%), falta de tempo (24,7%) e distância entre a residência e o serviço de saúde (48%).

Em relação à percepção dos entrevistados quanto a equipe multiprofissional, percebeu-se que o médico ainda é visto como principal responsável pelo cuidado no processo de saúde-doença, pois, 95,9% pacientes responderam que sempre necessitam se consultar com o médico para manter o controle do diabetes. Em seguida, 76,7% responderam que sempre necessitam do nutricionista, 60,3% do enfermeiro, e 28,8% do psicólogo.

A tabela 2 consolida o percentual de respostas quanto ao conhecimento geral dos pacientes sobre a doença, avaliados nos itens dos domínios B e D. A grande maioria dos entrevistados (89%), não soube responder o que é o diabetes, bem como, aos demais questionamentos, citando apenas um item corretamente.

**Tabela 2** - Avaliação do conhecimento sobre o diabetes pelos domínios B e D do INAAP-DM2 dos pacientes com DM2, Aracaju/SE, 2017

Questões do Domínio B	Não Sabe Responder	Responde de Forma Incompleta			Responde Corretamente
27. Considero que o diabetes é:	65 (89%)	6 (8,2%)			2 (2,8%)
Questões do Domínio B	Não sabe	Responde 1 item	Responde 2 itens	Responde 3 itens	Responde > 3 itens
28. O que pode levar a pessoa a ter o diabetes é:	29 (39,7%)	32 (43,8%)	11 (15,1%)	1 (1,4%)	0
29. As complicações que podem ocorrer por causa do diabetes são:	20 (27,4%)	26 (35,6%)	20 (27,4%)	7 (9,6%)	0
30. Os exames para verificar se o diabetes está controlado são:	13 (17,8%)	50 (68,5%)	10 (13,7%)	0	0
31. Os tratamentos para melhorar o controle do diabetes são:	12 (16,4%)	35 (48%)	22 (30,1%)	4 (5,5%)	0
Questões do Domínio D	Não sabe	Responde 1 item	Responde 2 itens	Responde 3 itens	Responde > 3 itens
98. Os sintomas quando ocorre hipoglicemia (baixa do açúcar no sangue) são:	22 (30,1%)	31 (42,5%)	13 (17,8%)	6 (8,2%)	1 (1,4%)
100. O que deve ser feito quando o (a) Sr. (a) apresentar diminuição do açúcar no sangue é:	29 (39,7%)	44 (60,3%)	0	0	0
101. Os sintomas quando há muito açúcar no sangue são:	55 (75,3%)	11 (15,1%)	5 (6,9%)	2 (2,7%)	0
103. O que deve ser feito quando o (a) Sr. (a) apresentar aumento do açúcar no sangue é:	44 (60,3%)	28 (38,3%)	1 (1,4%)	0	0

Quanto a adesão ao tratamento, avaliado no domínio C, dos 61 pacientes que utilizam comprimido, 31,1% afirmaram que às vezes esquecem de tomar os comprimidos, 52,5% nunca esquecem de tomar os comprimidos e 67,2% relataram nunca interromper o tratamento por ter deixado acabar o medicamento. Dos 33 que fazem uso de insulina, mais da metade (66,7%), autoaplica insulina e 78,8% afirmaram que nunca esquecem de tomar a insulina. A aferição da glicemia em casa é feita sempre por 38,4% dos entrevistados, porém 48% nunca verificam a glicemia em casa, seja por falta do aparelho, da fita, dentre outros motivos citados.

Mais da metade dos pacientes com DM2 (52,1%), referiram que sempre recebem orientação alimentar dada por algum profissional de saúde, mas, um

pouco menos da metade (48%) sempre seguem essa orientação. Quanto a prática de atividade física, somente 39,7% referiram que sempre recebem orientações de algum profissional de saúde. A maioria (60,3%) não pratica atividade física, 17,8% praticam de 5 a 4 dias na semana e 16,4% praticam de 2 a 3 dias na semana.

Ao investigar o comportamento apresentado pelos sujeitos em relação aos cuidados com os pés, os resultados mostraram que 72,6% dos pacientes sempre observam os pés a procura de alguma alteração, 79,5% secam os espaços entre os dedos depois de lavá-los, 71,2% nunca andam descalços, inclusive dentro de casa, 57,5% sempre hidratam os pés com cremes e 67,1% sempre examinam os calçados antes de calçá-los.

No domínio E, os itens referem-se à aceitação da doença e à necessidade de atendimento de saúde. Dos 73 entrevistados, 79,5% aceitam que tem diabetes e 87,7% sempre ou quase sempre tem vontade de fazer as coisas que ajudam a controlar a doença. Porém, foi observado que 26% sempre apresentam algum sentimento negativo como tristeza, medo, raiva, culpa, por ter o diabetes e 17,8%, às vezes, apresentam algum destes sentimentos.

Os questionamentos que envolvem a capacidade de aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida são abordados no domínio F. A maioria dos usuários (67,1%) respondeu que está satisfeita com sua saúde pelo menos em algum momento da vida, mas uma porcentagem considerável (32,9%), referiu que nunca está satisfeita com sua saúde. A maior parte dos pacientes (67,1%), sempre sente disposição para cuidar da sua saúde e 76,7% acham que aprenderam a conviver com o diabetes, porém, 65,7% sempre consideram o diabetes um problema em suas vidas.

## Discussão

O perfil da amostra do estudo é semelhante ao da população com diabetes cadastrada nas unidades de Estratégia de Saúde da Família dos municípios brasileiros, com predomínio do sexo feminino, que se deve ao fato desse gênero buscar e frequentar mais os serviços de saúde e com a maioria de pacientes idosos, que reflete o cenário de aumento da incidência do diabetes no Brasil de 6,4 vezes na população de 60 a 69 anos.<sup>(13,14,15)</sup>

Os resultados da associação entre as variáveis sociodemográficas e a média geral dos escores dos pacientes não mostrou significância estatística, contrariando um estudo de análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com DM2 e sua relação com o autocuidado que apontam que o gênero, a idade e o nível de escolaridade são fatores que influenciam na adesão do indivíduo ao autocuidado.<sup>(16)</sup> Os resultados de um estudo sobre os fatores

relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em Serviço de Urgência no México demonstrou que quanto maior o tempo de diagnóstico do diabetes menor é a capacidade para a realização do autocuidado, além do fato de, pessoas com idade avançada possuírem exigências de autocuidado próprias do ciclo vital.<sup>(17)</sup>

Estudo realizado em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de uma cidade do interior paulista sobre a relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com DM2 demonstrou que o nível de escolaridade e o tempo da doença estão relacionadas com a aquisição de conhecimento e prontidão para o autocuidado.<sup>(18)</sup> Outro estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no município de Várzea Grande/MT sobre práticas de autocuidado desenvolvidas por diabéticos tipo 2 apontou que as dificuldades de adesão as práticas do autocuidado estavam relacionadas ao baixo nível de escolaridade e baixa renda devido ao menor acesso às informações.<sup>(19)</sup>

Existem pelo menos três fatores complexos relacionados as mudanças de hábitos de vida, a saber: culturais, transmitidos de geração a geração ou por instituições sociais; econômicos, referentes ao custo e à disponibilidade; e sociais, relacionados à aceitação ou rejeição de determinados padrões.<sup>(20)</sup> Além de ser um processo que implica em mudança de hábitos considerados prazerosos e construídos ao longo do tempo, os pacientes com doenças crônicas nem sempre tem o discernimento da importância e dos ganhos que essas mudanças podem proporcionar.<sup>(21)</sup>

A garantia de acesso aos serviços de saúde está relacionada à capacidade dos sistemas se organizarem de modo a responder adequadamente às necessidades da população. A implementação de redes de atenção à saúde amplia esse acesso, contudo, a disponibilidade pode não ser de conhecimento de todos os grupos populacionais.<sup>(22)</sup> Além disso, existem limites na garantia do acesso

universal, associados, principalmente, a fatores socioeconômicos, pelas barreiras geográficas e por significativas diferenças entre regiões e municípios brasileiros.<sup>(23)</sup>

Os resultados do estudo mostraram que, apesar da maioria dos entrevistados afirmarem procurar o serviço de saúde para tratar o diabetes *mellitus*, muitos ainda encontram obstáculos para conseguir atendimento, o que gera insatisfação. Além disso, a grande complexidade do DM2 abrange diversas concepções de multicausalidade e de integralidade inerentes ao processo saúde-doença, o que demanda abordagem de diferentes profissionais.<sup>(24)</sup> A busca do paciente com DM2 por uma assistência multiprofissional apropriada requer uma responsabilização mútua de profissionais, gestores e pacientes.<sup>(12)</sup>

A hegemonia do modelo biomédico com reconhecimento do profissional médico pelos pacientes em detrimento aos demais membros da equipe de saúde ainda permanece na atualidade. Os limites desse modelo são amplamente reconhecidos devido a ênfase nas ações curativas e no tratamento e incapacidade de análise dos determinantes do processo saúde-doença.<sup>(25)</sup> Uma revisão sistemática mostra que a importância da equipe multiprofissional é referida por diversos autores e justificada de diversas formas, mas todos afirmam que a equipe tem como produto a construção de um projeto assistencial comum por meio de uma relação de reciprocidade e interação entre os profissionais.<sup>(26)</sup>

O conhecimento é um processo contínuo, principalmente, para pessoas com doenças crônicas que terão de enfrentar essa condição ao longa da vida.<sup>(27)</sup> Para a realização do autocuidado, direcionado a prevenção de complicações e a manutenção do controle metabólico é imprescindível que o paciente com DM2 conheça sua doença.<sup>(28)</sup> A falta de conhecimento e compreensão dos pacientes sobre os aspectos da doença, constituem uma barreira para a convivência e automanejo da sua condição de saúde.<sup>(29)</sup>

Resultados de estudo sobre conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, mostrou aumento significativo do conhecimento dos pacientes sobre os tópicos gerais da doença relacionados ao conceito e à fisiopatologia após participação em um programa de educação em diabetes<sup>12</sup>. Em outro estudo sobre o conhecimento do diabetes mellitus e ações para prevenção do pé diabético, os entrevistados apresentaram conhecimento insipiente em relação a doença proveniente de fontes como folhetos, livros, internet e não por orientações dos profissionais da saúde.<sup>(30)</sup>

A maioria dos entrevistados não souberam informar o conceito de diabetes e possuíam dúvidas quanto as suas causas e aos exames para verificar o seu controle. Os pacientes se confundiram ao serem questionados a respeito das complicações agudas e suas terminologias, e, na maioria das vezes, não souberam responder sobre o manejo da hiperglicemia porque nunca tiveram ou não reconheceram como sinais e sintomas da mesma.

As práticas educativas de saúde devem integrar o tratamento do paciente com DM uma vez que a educação favorece o desenvolvimento da capacidade do indivíduo de ser sujeito ativo e não apenas de reproduzir informações.<sup>(31)</sup> Permite também que ele assuma novas atitudes e hábitos de vida e que consiga identificar, resolver ou buscar auxílio para enfrentar as dificuldades da doença.<sup>(32)</sup> Contudo, como já dito anteriormente, a adesão ao tratamento é influenciada por fatores pessoais, socioeconômicos e culturais e nem sempre o conhecimento resulta na adoção de ações de autocuidado.

É nesse contexto complexo que a implementação de programas de educação em diabetes que promovam o autocuidado constitui um grande desafio para a equipe multiprofissional de saúde, tanto em relação à sua própria capacitação quanto à compreensão de que a aquisição do conhecimento, não se traduz, necessariamente, em mudança de comportamento. Logo, além de disponibilizar ao paciente todas as informações necessárias acerca

do cuidado para o manejo do diabetes, é necessário acompanhá-lo por determinado período de tempo, colaborando para a tomada de decisões frente às inúmeras situações que a doença impõe.<sup>(33)</sup>

Todos os entrevistados faziam uso de medidas farmacológicas para tratamento da diabetes, seja comprimido e/ou insulina. Contudo, a maioria não realizava nenhum tipo de atividade física e menos da metade seguia orientações alimentares dadas por algum profissional de saúde. Estes resultados corroboram com os de um estudo de Gomides et al., que apontou maior adesão das pessoas a terapia medicamentosa do que à mudança no estilo de vida, como práticas de alimentação saudável e de atividade física.<sup>(34)</sup>

Um estudo sobre a avaliação do autocuidado para a prevenção do pé diabético e exame clínico dos pés trouxe resultados semelhantes com os desta pesquisa, em que apesar da maioria dos entrevistados apresentarem medidas preventivas do pé diabético, ainda são observados sujeitos com condutas inadequadas como não hidratação dos pés diariamente, não verificação dos calçados antes de usar e hábito de andar descalço.<sup>(35)</sup> Tais comportamentos constituem-se como riscos para problemas físicos e também psicológicos pois podem afetar a qualidade de vida devido a complicações como ulcerações e amputações de membros inferiores.<sup>(36)</sup> Vale ressaltar que os pacientes do ambulatório estudado participam de um programa de educação em diabetes que contempla essa temática.

A análise das respostas dos itens dos domínios E e F constatou que um número considerável dos participantes não apresentou mudanças de atitude positivas para o enfrentamento da doença. Esses indivíduos podem possuir dificuldades, limitações físicas e cognitivas, falta de motivação, crenças que dificultam a adoção de medidas de autocuidado. A qualidade de vida, o bem-estar, a autoestima, a participação social e o cumprimento das funções

sociais são apontados como formas de adaptação psicológica para a aceitação da doença.<sup>(37)</sup>

A qualidade de vida dos indivíduos que possuem doença crônica é afetada devido à grande complexidade de se conviver com ela. O bem-estar físico e psicológico desses pacientes fica bastante comprometido devido as implicações decorrentes do DM2.<sup>(38)</sup> No entanto, intervenções que aumentam a responsabilização do paciente frente à doença contribuem no processo de aceitação. Quando as implicações deixam de ser vistas como problemas, o bem-estar físico e psicológico é restabelecido e valorizado.<sup>(39)</sup>

Diante desse desafio, a abordagem educativa com esses pacientes deve englobar os aspectos subjetivos e emocionais que influenciam a adesão ao tratamento. É recomendado considerar a realidade e a vivência dos pacientes, permitindo sua maior participação na condução do tratamento. Adotar hábitos de vida consolidados e assumir uma rotina que envolve disciplina rigorosa do planejamento alimentar, da incorporação de atividade física, e uso permanente e contínuo de medicamentos impõe a necessidade de entrar em contato com sentimentos, desejos, crenças e atitudes. Esse processo de mudanças comportamentais não se instala rapidamente, mas no decorrer de um percurso que envolve repensar o projeto de vida e reavaliar suas expectativas de futuro.<sup>(20)</sup>

O processo de aprender a conviver com uma doença crônica exige o desenvolvimento de habilidades como a fixação de metas, a resolução de problemas e a gestão de barreiras cognitivas, comportamentais e psicossociais.<sup>(40)</sup> Essas são algumas ferramentas no processo de aceitação da doença, além da necessidade de participação de familiares, profissionais e instituições que proporcionem apoio e contribuam de maneira efetiva para a assimilação das mudanças comportamentais necessárias à condição de saúde dos pacientes com DM2.<sup>(12)</sup>

## Conclusão

O estudo apresentou limitações quanto a sua amostra devido à dificuldade na obtenção de dados da população estudada, do tempo necessário para aplicação do instrumento considerado extenso e da recusa de pacientes devido à grande quantidade de itens a serem analisados. Além disso, grande parte dos entrevistados compareciam apenas nos dias de atendimento médico, tendo a população reduzida nos demais dias da semana. Observou-se que a maioria dos participantes necessitam do profissional e/ou familiar para ajudar a desempenhar as ações de autocuidado. Apesar dos entrevistados procuraram o serviço de saúde para tratar seu diabetes *mellitus*, mais da metade relatou encontrar dificuldades para conseguir atendimento.

Em relação a percepção quanto a equipe multiprofissional, pôde-se perceber que o médico ainda é visto como principal responsável pelo cuidado no processo de saúde-doença. A pesquisa apontou maior adesão das pessoas a terapia medicamentosa do que à mudança no estilo de vida, como práticas de alimentação saudável e de atividade física, contudo, a maioria dos entrevistados apresentam medidas preventivas do pé diabético. Também foi demonstrado déficit no conhecimento sobre a doença, seu tratamento e suas complicações agudas e crônicas. A maior parte dos entrevistados aceitam que tem diabetes, porém em algum momento apresentam sentimentos negativos em relação a doença.

Os resultados reforçam a necessidade de melhoria das ações de educação em saúde por parte dos profissionais de saúde, além de meios que promovam informações adequadas e suficientes sobre o DM2. Tais informações devem ser transmitidas de acordo com os diferentes níveis sociais e suas capacidades de interpretação e especialmente de acordo com o nível de escolaridade da população. Além disso, deve-se melhorar a compreensão dos sentimentos e comportamentos da pessoa com DM2 afim de promover a aceitação de sua condição crônica de

saúde e, conseqüentemente, a adoção de hábitos saudáveis.

## Referências

- 1 Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Diabetes Atlas. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2010 Jan; 87(1): 4-14.
- 2 Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. Diabetes Atlas. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2011 Dec; 94(3): 311-21.
- 3 International Diabetes Federation. IDF The IDF Diabetes Atlas. 7 ed. [Internet] 2015. [acesso em 21 set 8] Disponível em: <http://www.idf.org/diabetesatlas/>
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- 5 American Association of Diabetes Educators (AADE). *Guidelines for the Practice of Diabetes Self-Management Education and Training*. Chicago: 2011.
- 6 Roxas RC, Nicodemus Jr N. Adherence to self-care behavior in patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus in the outpatient department of the philippine general hospital. *JAFES*. 2013;28(2): 134-42.
- 7 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 8 Oliveira, JEP, Vencio, S, organizadores. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)*. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.
- 9 Stacciarini TSG, Haas VJ, Pace AE. Fatores associados à auto-aplicação da insulina nos usuários com diabetes mellitus acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*. 2008 Jun; 24(6): 1314-22.
- 10 Ortiz LGC, Cabriales ECG, González, JGG, Meza MVG. Condutas de autocuidado e indicadores de saúde em adultos com diabetes tipo 2. *Rev. Latino-Am. Enf.* 2010 jul/ago; 18(4): 1-7.
- 11 Curcio R, Lima MHM, Alexandre NMC. Instrumentos relacionados ao diabetes mellitus adaptados e validados para a cultura brasileira. *Rev. Eletr. Enf.* 2011 abr/jun; 13(2): 331-7.

- 12 Mendonça SCB, Zanetti ML, Sawada NO, Barreto IDCB, Andrade JS, Otero LM. Construção de um instrumento de avaliação do autocuidado dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2017; 25:e2890.
- 13 Iser BPM, Malta DC, Bernal RTI, Szwarcwald CL, Duncan BB, Schmidt MI. Factors associated with self-reported diabetes according to the 2013 National Health Survey. *Rev Saude Publica*. 2017 jun 1; 51(suppl 1):12s. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051000011.
- 14 Botton A, Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde. *Problematizações necessárias. Mudanças - Psicologia da Saúde*. 2017 jan/jun; 25(1): 67-72.
- 15 Collins GS, Mallett S, Omar O, Yu LM. Developing risk prediction models for type 2 diabetes: a systematic review of methodology and reporting. *BMC Med*. 2011 Sep 8; 9(103): 1-14. doi: 10.1186/1741-7015-9-103.
- 16 Torres HC, Pace AE, Stradioto MA. Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. *Cogitare Enferm*. 2010 jan/mar; 15(1): 48-54.
- 17 Baquedano IR, dos Santos MA, Teixeira CR, Martins TA, Zanetti ML. [Factors related to self-care in diabetes mellitus patients attended at emergency service in Mexico]. *Rev Esc Enferm USP*. 2010 dec; 44(4): 1017-23. Portuguese. PubMed PMID: 21337785.
- 18 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.
- 19 Cardoso MI, Moraes MAM, Pereira JG. Práticas de autocuidado desenvolvidas por diabéticos tipo 2 em uma unidade de saúde da família. *Rev. Eletr. Gestão & Saúde*. 2011; 2(1): 277-90.
- 20 Péres DS, Santos MA, Zanetti, ML, Ferronato, AA. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: Sentimentos e Comportamentos. *Rev Lat Am Enferm*. 2007; 15(6): 1105-12.
- 21 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.
- 22 Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med*. 2001 Nov; 53(9): 1149-62. Review. PubMed PMID: 11556606.
- 23 Assis MM, de Jesus WL. [Access to health services: approaches, concepts, policies and analysis model]. *Cien Saude Colet*. 2012 Nov; 17(11): 2865-75. Portuguese. PubMed PMID: 23175292.
- 24 Severo SB, Seminotti N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Cien Saude Colet*. 2010; 15(1): 1685-98.
- 25 Fertoni HP, Pires DE, Biff D, Scherer MD. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2015 Jun; 20(6): 1869-78. doi: 10.1590/1413-81232015206.13272014.
- 26 Silva PA, Silva GML, Rodrigues JD, Moura PV, Caminha IO, Ferreira DKS. Atuação em equipes multiprofissionais de saúde: uma revisão sistemática. *ConScientia e Saúde*. 2013; 12(1): 153-60.
- 27 Francioni FF, Silva DGV. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. *Texto Contexto Enferm*. 2007 jan/mar; 16(1): 105-11.
- 28 Gil GP, Haddad MCL, Guariente MHD. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. *Semin.: Ciênc Biol Saúde*. 2008 jul./dez; 29(2): 141-54.
- 29 Kisokanth G, Prathapan S, Indrakumar J, Joseph J. Factors influencing self-management of Diabetes Mellitus; a review article. *J of Diabetol*. 2013; 3(1): 1-7.
- 30 Anjos VA, Montanha D. Diabetes mellitus: conhecimento da doença e ações para prevenção do pé diabético. *Rev UNILUS Ensino e Pesquisa*. 2016 jan/mar; 13(30): 32-40.
- 31 Iquize RCC, Theodoro FCET, Carvalho KA, Oliveira MA, Barros JF, Silva A. Práticas educativas no paciente diabético e perspectiva do profissional de saúde: uma revisão sistemática. *J Bras Nefrol*. 2017; 39(2): 196-204. doi: 10.5935/0101-2800.20170034.
- 32 Grillo MFF, Neumann CR, Scain SF, Rozeno RF, Gross JL, Leitão CB. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2013 jul/ago; 59(4): 400-5.
- 33 Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença antes e depois da implantação de um programa de educação em diabetes. *Rev Lat Am Enferm*. 2008;16(2): 231-37.

- 34 Gomides DS, Villas-Boas LCG, Coelho ACM, Pace, AE. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. Acta Paul Enferm. 2013;26(3): 289-93.
- 35 Oliveira Neto M, Pereira MS, Pinto, MAH, Agostinho LMA. Avaliação do autocuidado para a prevenção do pé diabético e exame clínico dos pés em um centro de referência em diabetes mellitus. J. Health Biol Sci. 2017;5(3): 265-71.
- 36 Carvalho RP, Carvalho CP, Martins DA. Aplicação dos cuidados com os pés entre portadores de diabetes mellitus. Cogitare Enferm 2010 jan/mar; 15(1): 106-9.
- 37 Ridder D, Geenen R, Kuijter R, Van Middendorp HV. Psychological adjustment to chronic disease. Lancet. 2008;372(9634): 246-55.
- 38 Faria HT, Rodrigues FF, Zanetti ML, Araújo MF, Damasceno MM. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. Acta Paul Enferm. 2013; 26(3): 231-7.
- 39 Luna NSA, Baeza MR, Castell EC, Santos FC, David HL, Castillo MMA. Intervención educativa: implementación de la agencia de autocuidado y adherencia terapéutica desde la perspectiva del paciente diabético. Revista Enfermagem UERJ. 2013;21(3): 289-94.
- 40 Bertolin DC, Pace AM, Cesarino CB, Ribeiro RC, Ribeiro RM. Adaptação psicológica e aceitação do diabetes mellitus tipo 2. Acta Paul Enferm. 2015;28(5): 440-6.

*Recebido em: 20 ago. 2018*

*Aceito em: 3 abr. 2019*

