

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

SINDERLÂNDIA DOMINGAS DOS SANTOS

**FREQUÊNCIA DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO EM PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

PICOS - PIAUÍ

2018

SINDERLÂNDIA DOMINGAS DOS SANTOS

**FREQUÊNCIA DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO EM PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Roberta Vilarouca da Silva.

PICOS - PIAUÍ

2018

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

S237f Santos, Sinderlândia Domingas dos.

Frequência de atividades de autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 / Sinderlândia Domingas dos Santos – 2018.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (83 f.)

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2018.

Orientador(A): Prof.a Dra Ana Roberta Vilarouca da Silva.

1. Diabetes Mellitus tipo 2. Autocuidado. 3. Enfermagem. I. Título.

CDD 616.462

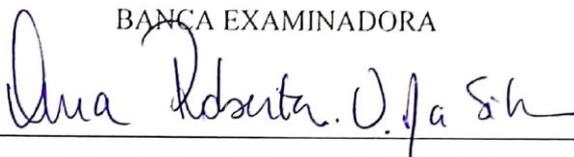
SINDERLÂNDIA DOMINGAS DOS SANTOS

**FREQUÊNCIA DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO EM PESSOAS COM
DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

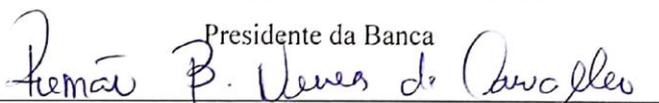
Data da aprovação: 14/06/2018

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a. Ana Roberta Vilarouca da Silva (Orientadora)

Universidade Federal do Piauí – UFPI/CSHNB

Presidente da Banca


Prof. Dr. Rumão Batista Nunes de Carvalho

Universidade Federal do Piauí – UFPI/CSHNB

1º Examinador



Enf. Ms. Ionara Holanda de Moura

Universidade Federal do Piauí – UFPI/CSHNB

2º Examinador

Dedico este trabalho à minha (e a melhor!) **Família**, em especial a **Dominga Petronília dos Santos**, exemplo de amor, união e bondade. Essa conquista só foi possível porque vocês me ofereceram as condições necessárias, e acima de tudo, AMOR!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, por seu imenso amor e misericórdia! Tantas vezes, em meio a desespero e lágrimas clamei por Ti e Tu me ofereceste teu colo para que eu pudesse descansar. E tantas outras olhei para Jesus e pedi “me ensina a ser como Tu És, Senhor!” Obrigada por “assim como um oleiro”, ter me moldado conforme lhe parecia melhor! Hoje eu só vejo a Tua bondade e Teu Amor em minha vida!

Aos meus pais **Dominga Petronília dos Santos** e **Felipe Moreira dos Santos**, exemplos de bondade e amor, antes de tudo pela forma como me educaram, pois isso foi crucial para que eu conseguisse “me virar” longe de casa durante esses anos. Pelo amor e pelas orações de vocês em meu favor. Ah, e também pelas comidas que me mandavam para amenizar minha saudade de casa. De forma muito especial, sou grata a você, **Mãezinha**, por ser a pessoa que sempre esteve comigo, mesmo quando não concordava com minhas escolhas, por abdicar de tantas coisas para me oferecer o que eu precisava, e mesmo quando não podia, encontrar pessoas que pudessem fazer isso por mim.

Aos meus amados irmãos **Sônia**, **Solange**, **Romário**, **Ronildo**, **Veronice**, **Vera**, **Vilaní** e **Ronaldo**, exemplos de união! Pela ajuda, pelo companheirismo, e principalmente pelo amor. Obrigada por contribuírem e torcerem tanto pelas minhas conquistas!

Aos meus tios, em especial ao tio “P” (**Paulo**) e a tia **Iraní**, por todo apoio que me deram durante esses anos e por contribuírem e torcerem pelas minhas realizações!

Ao meu namorado, **Marco Túlio**, que firmou um compromisso de amor comigo tão logo entrei na universidade, que vivenciei momentos muito semelhantes aos meus de cobranças da academia, de saudades de casa, de saudades um do outro! Tantas vezes calou suas angústias para escutar as minhas! Obrigada, meu amor, pela cumplicidade, compreensão, paciência... Por sempre me lembrar que “tudo tem seu tempo”, que “cada um tem seu tempo” e que “não é preciso seguir os padrões que a sociedade impõe”, e me pedir para ir com calma... Pelos elogios e por acreditar no meu potencial – mais que eu mesma, maioria das vezes! Por contribuir tanto para meu crescimento! “Você me faz melhor!” Grata também à sua família, a **Maria Tereza** e **Espedita Alves**, por me acolherem sempre com tanto carinho!

Aos presentes que ganhei em Picos, os melhores amigos que Deus poderia me dar! **Mariana Rodrigues**, **Hiugo Santos** e **Lisandra Ravena Veloso**. Quantas vezes mesmo em meio ao desespero vocês me fizeram sorrir! Obrigada pelo companheirismo, pelos aniversários que fizeram para mim e, principalmente pelos abraços!

A **Mariana** agradeço especialmente, por ter sido tão companheira nesse último período e ajudado tanto na efetivação desse trabalho. Foi muito difícil, foram muitos passos dados (literalmente!), mas com você ao meu lado, minha amiga, ainda foi possível perceber que “nem tudo são espinhos, há flores no caminho!” Quantas vezes dissemos uma a outra “vai dar certo”! Eis aqui a concretização!

As companheiras de apartamento **Tamires**, **Izabel**, **Aparecida**, **Raiara** e **Talita**, pelas conversas, pelos risos e abraços e pelas orações que fizeram juntas comigo. Quantas vezes me perguntaram “e seu TCC, Sind? Está dando certo?” e quantas outras pararam para escutar meus relatos de desespero. Obrigada pela torcida!

Aos meus amadíssimos primos, representados por **Simone, Suzana, Vanessa, Marisa, Adriana, Angélica e Vanderléia** e aos demais amigos, pela amizade, escuta, pelas conversas e risadas!

As **Agentes de Saúde** das UBS em que essa pesquisa foi realizada, por convidarem as pessoas para participarem do estudo e por nos acompanharem até o domicílio dessas pessoas para a coleta de dados. Essa pesquisa só foi possível pela ajuda de vocês! Muito obrigada!

A **família GPeSC**, que fiz parte por três anos da minha graduação, em especial as minhas amigas **Aparecida, Mariana, Kadija, Fabiana e Thaís Moura**, pessoas competentes e dedicadas, pelas brincadeiras, pelos sorrisos e abraços. A **Aparecida, Thais Raiane, Karine, Raissy, Leslie, Raylane e Sallatiel**, agradeço, em nome dos demais, pela ajuda na coleta de dados dessa pesquisa, vocês contribuíram muito! A **Mayla Guimarães**, por ter me ajudado tanto com sua experiência e conhecimento, pelos elogios e inúmeros incentivos a ser destaque em tudo que fazia, você é exemplo nisso! A **Valdenia Sousa**, além de irmã de grupo, minha Professora, com quem aprendi muito sobre respeito e amor, seus elogios e abraços me fizeram muito mais bem do que você pode imaginar!

A minha querida orientadora **Ana Roberta Vilarouca da Silva**, exemplo de responsabilidade, competência, dedicação e sucesso. Obrigada por ter me acolhido como membro do GPeSC, bolsista e orientanda! Por ao invés de fazer por mim, me ensinar a fazer e me instigar a aprender fazer. Com a senhora aprendi muito mais que pesquisar e escrever um TCC, aprendi também a “ter grandes sonhos, porque nós somos do tamanho deles.”

Ao **corpo docente da UFPI/CSHNB**, a **Rávida da Rocha, Nadya Santos, Francisco Gilberto Pereira, Ana Klisse Araújo, Andressa Suelly de Oliveira, Ana Larissa Machado, Suyanne Freire, Laura Formiga, Luísa Helena, Rumão Carvalho, Danusa Felinto, Elis Marina, Iolanda Gonçalves e Eduardo Carvalho**. Obrigada pelos conhecimentos repassados e pela contribuição para o meu crescimento pessoal e profissional!

A banca de examinadora por lerem meu trabalho e contribuírem para melhorá-lo. A **Ionara Holanda** agradeço também por ajudar na análise estatística dessa pesquisa. Obrigada por pacientemente responder as minhas dúvidas.

A todos vocês, um abraço cheio de gratidão e amor! Que Deus os abençoe!

“Debaixo do céu há um momento para tudo, e tempo certo para cada coisa.”

Ec. 3.1

“Depois de sofrerem um pouco, o Deus de toda a graça, aquele que os chamou em Cristo para a sua glória eterna, ele os reestabelecerá, firmará e fortalecerá, e fará com que vocês sejam inabaláveis. A Deus pertence todo o poder para sempre. Amém!”

1 Pe 5.10,11

RESUMO

O controle metabólico é alvo no tratamento de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) para evitar complicações e diminuir a morbimortalidade. Nessa perspectiva, o conhecimento e a execução de atividades de autocuidado por parte do paciente são essenciais. Essas atividades abrangem: alimentação saudável, prática de atividade física, monitoramento dos índices glicêmicos e o cuidado com os pés. Objetivou-se analisar a frequência de atividades de autocuidado em pessoas com DM2 inseridos na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo analítico, transversal e de abordagem quantitativa realizado em cinco Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Picos-PI, no período de agosto de 2017 a junho de 2018. Participaram 86 pessoas com DM2, de ambos os sexos. Avaliou-se as características sociodemográficas, clínicas, de orientação profissional e estado nutricional, coletadas a partir de um formulário e as atividades de autocuidado, por meio do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). Os dados foram analisados pela estatística descritiva e utilizou-se os testes T de Student e Anova. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob o parecer nº 2.389.110. Predominaram os indivíduos do sexo feminino (70,9%), na faixa etária de 50 a 69 anos (61,6%), pardos (57,0%), casados ou em união estável (64,0%), aposentados (52,3%), com escolaridade 1 a 10 anos de estudo (57,0%) e pertencentes a classe econômica D-E (26,7%). 81,4% utilizavam antidiabético oral; e 73,3 % tinham tempo de diagnóstico de diabetes entre 2 e 10 anos, 77,9% dos pesquisados estavam com mal controle glicêmico, 34,9% com Pressão Arterial Sistólica (PAS) normal, 34,9% pré-hipertensos e 60,5% com Pressão Arterial Diastólica (PAD) normal. 54,6% dos pesquisados apresentaram excesso de peso, 67,4% Circunferência da Cintura (CC) muito elevada e 19,8% elevada para risco de complicações metabólicas e 54,7%, Circunferência do Pescoço (CP) sem risco para doenças cardiovasculares. A adesão às atividades de autocuidado foi satisfatória para os itens “ingerir doces”, “tomar os medicamentos conforme recomendado”, “tomar as injeções de insulina conforme o recomendado”; e insatisfatória para as demais atividades. Além de baixo percentual de tabagismo (3,5%). A frequência de atividades de autocuidado associou-se significativamente com: sexo; faixa etária; tempo de diagnóstico; tipo de medicação; CC; CP; glicemia capilar; PAS e orientação profissional. O autocuidado com alimentação e atividade física foram os que mais se associaram com o controle metabólico. Os resultados conduzem a perceber um perfil sociodemográfico e de autocuidado que influenciam no mal controle metabólico do DM2. A investigação mostrou-se relevante visto que os dados apresentados permitem avaliar a importância do autocuidado no controle metabólico do DM2 e servem como subsídio para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

Descritores: Diabetes Mellitus tipo 2. Autocuidado. Enfermagem.

ABSTRACT

Metabolic control is targeted in the treatment of type 2 Diabetes Mellitus (DM2) to avoid complications and decrease morbidity. In this perspective, the knowledge and execution of self-care activities on the part of the patient are essential. These activities encompass: healthy eating, physical activity practice, monitoring of glycemic indices and foot care. It was intended to analyze the frequency of activities of self-care in people with DM2 inserted in the Family health strategy. It is an analytical, transversal and quantitative approach study carried out in five basic health units of the urban area of Picos-PI, in the period from August 2017 to June 2018. 86 people participated in DM2, both sexes. The sociodemographic, clinical, professional guidance and nutritional status characteristics were evaluated, collected from a form and the activities of self-care, by means of the Questionnaire of Activities of Self-care with Diabetes (QAD). The data were analyzed by the descriptive statistic and the T tests of Student and Anova were used. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí, under the opinion nº 2.389.110. Predominated female individuals (70.9%), in the age range of 50 to 69 years (61.6%), Browns (57.0%), married or in stable union (64.0%), retired (52.3%), with schooling 1 to 10 years of study (57.0%) and belonging to economic class D-e (26.7%). 81.4% used oral antidiabetic; And 73.3% had time to diagnose diabetes between 2 and 10 years, 77.9% of the surveyed were poorly controlled, 34.9% with normal systolic blood pressure (PAS) and 34.9% pré-hipertensos and 60.5% with normal diastolic blood pressure (PAD). 54.6% of the surveyed were overweight, 67.4% with waist circumference (CC) very high and 19.8% high for risk of metabolic complications and 54.7% were neck circumference (CP) without risk for cardiovascular disease. Adherence to the activities of self-care was satisfactory for the items "ingesting sweets", "take the Medicines as recommended", "take the insulin injections as recommended"; and unsatisfactory for other activities. In addition to low percentage of smoking (3.5%). The frequency of self-care activities was significantly associated with: sex; Age range; Diagnostic time; type of medication; CC; CP capillary glucose; PAS and professional guidance. Self-care with food and physical activity were the most associated with metabolic control. The results lead to perceive a demographic and self-care profile that influence the metabolic control of the DM2. The investigation proved to be relevant since the data presented allow to assess the importance of self-care in the metabolic control of DM2 and serve as a subsidy for the development of coping strategies.

Descriptors: Diabetes Mellitus type 2. Self-care. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Estratificação da amostra	25
Quadro 2	Classificação do estado nutricional em adultos, de acordo com IMC	27
Quadro 3 –	Pontos de corte do IMC estabelecidos para idosos	27
Quadro 4 –	Circunferência da cintura específica por sexo e risco de complicações metabólicas associadas à obesidade	28
Quadro 5 –	Dimensões do manguito de acordo com a circunferência do membro	29
Quadro 6 –	Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade	29
Gráfico 1 –	Orientação profissional sobre as atividades de autocuidado nas últimas consultas. Picos-PI. 2018	38
Gráfico 2 –	Profissional que orientou sobre as atividades de autocuidado. Picos-PI. 2018	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização da amostra quanto aos dados sociodemográficos. Picos-PI. 2018	33
Tabela 2 –	Caracterização da amostra quanto aos dados clínicos. Picos-PI	34
Tabela 3 –	Frequência das atividades de autocuidado. Picos-PI. 2018	36
Tabela 4 –	Características descritivas relativas ao tabagismo. Picos-PI. 2018	37
Tabela 5 –	Relação entre as variáveis sociodemográficas e as atividades de autocuidado. Picos-PI. 2018	41
Tabela 6 –	Relação entre tempo de diagnóstico, tipo de medicação utilizada e frequência de automonitorização da glicemia. Picos-PI. 2018	42
Tabela 7 –	- Relação entre IMC, CC, CP e atividades de autocuidado. Picos-PI. 2018	44
Tabela 8 –	Relação entre controle glicêmico e frequência de atividades de autocuidado. Picos-PI. 2018	45
Tabela 9 –	Relação da PA com as atividades de autocuidado. Picos-PI. 2018	46
Tabela 10 –	Relação entre orientação profissional e frequência de atividade de autocuidado com os pés. Picos-PI. 2018	47

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.
ADA	American Diabetes Association
CC	Circunferência da Cintura.
CCEB	Critério de Classificação Econômica do Brasil.
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CC	Circunferência da Cintura
CP	Circunferência do Pescoço
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis.
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2.
GPeSC	Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDF	International Diabetes Federation
IMC	Índice de Massa Corporal.
MS	Ministério da Saúde.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PA	Pressão Arterial.
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PADM	Pressão Arterial Diastólica Média.
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PASM	Pressão Arterial Sistólica Média.
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
QAD	Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes
RACGP	Royal Australian College of General Practitioners
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia.
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes.
SDSCA	Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	18
2.1	Geral	18
2.2	Específicos	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1	Diabetes Mellitus tipo 2	19
3.2	Autocuidado em Diabetes Mellitus tipo 2	20
4	MÉTODOS	24
4.1	Tipo de estudo	24
4.2	Local e período do estudo	24
4.3	População e amostra	24
4.4	Variáveis do estudo	25
4.4.1	Variáveis sociodemográficas	26
4.4.2	Variáveis clínicas	26
4.4.3	Variáveis relacionadas às atividades de autocuidado em diabetes	30
4.5	Coleta de dados	31
4.6	Análise dos dados	31
4.7	Aspectos éticos	31
5	RESULTADOS	33
5.1	Características sociodemográficas e clínicas	33
5.2	Frequência de atividades de autocuidado	35
5.3	Orientação Profissional sobre Atividades de autocuidado com o diabetes	38
5.4	Relação entre as variáveis sociodemográficas com as atividades de autocuidado	39
5.5	Relação entre as variáveis clínicas e as atividades de autocuidado	41
5.6	Relação entre as variáveis de orientação profissional e as atividades de autocuidado	47
6	DISCUSSÃO	48
7	CONCLUSÃO	64
	REFERÊNCIAS	66

APÊNDICES	70
APÊNDICE A – Formulário para Coleta de Dados	71
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	74
ANEXOS	77
ANEXO A – Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes – QAD	78
ANEXO B – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa	80

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional somado a mudanças no estilo de vida – aumento do consumo de alimentos processados e diminuição na prática de atividade física – podem levar ao crescimento da carga de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as quais necessitam de cuidados continuados, geram altos custos ao sistema de saúde e prejudicam a qualidade de vida das pessoas. Destaca-se o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) por sua crescente prevalência e complicações decorrentes do tratamento inadequado. Para evitar complicações e reduzir sua incidência ações de promoção da saúde e prevenção de agravos que orientem a população a adoção de comportamentos de saúde satisfatórios são imprescindíveis.

Baseado nesta necessidade de promoção da saúde aponta-se a Unidade Básica de Saúde (UBS) como porta de entrada para o sistema de saúde, apresentando-se como espaço ideal para a realização dessas ações. Os profissionais lá inseridos podem empregar meios como consultas individuais e acompanhamentos de grupos específicos para levar informações de autocuidado e estimular a adesão ao tratamento, visando à participação ativa da pessoa com DM, de modo que ela se torne protagonista na busca pela promoção ou recuperação da sua saúde.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2016), o DM2 representa 90 a 95% dos casos de DM. É caracterizado por defeitos na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose. Tem como causa uma interação de fatores genéticos e ambientais. A este último estão associados o sedentarismo, as dietas ricas em gorduras e o envelhecimento.

As estimativas mundiais são de ordem de 387 milhões pessoas com diabetes, podendo alcançar 471 milhões em 2035. No Brasil, estima-se que se alcance a existência de 19,2 milhões de pessoas com DM na faixa etária de 20 a 79 anos. O DM, por ser de natureza crônica, levar a graves complicações e necessitar de meios para seu controle é uma doença onerosa, para os indivíduos afetados, a família – devido à dor, ansiedade, inconveniência e perda da qualidade de vida – e para o sistema de saúde. Os gastos diretos com DM variam entre 2,5 e 15% do orçamento anual da saúde de um país, dependendo de sua prevalência e do grau de complexidade do tratamento disponível. No Brasil as estimativas de custo direto aproximam-se de 3,9 milhões de dólares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

O autocuidado é definido por Orem (1980) como a prática de atividades que são realizadas pelos próprios pacientes, no qual estes devem assumir responsabilidades das suas próprias ações visando alcançar melhorias na qualidade de vida, na saúde e bem-estar.

Na perspectiva de controlar o DM e prevenir complicações, o conhecimento e a execução de atividades de autocuidado por parte do paciente devem estar envolvidos no seu tratamento. Engloba-se: monitoramento do índice glicêmico, adequação da alimentação, cuidado com os pés e prática de atividades físicas. No entanto é preciso considerar que o seguimento adequado do tratamento prescrito é de difícil aceitação, em virtude da necessidade de disciplina e incorporação de novos hábitos (ROOS; BAPTISTA; MIRANDA, 2015).

Em estudo transversal realizado em Ribeirão Preto-SP em que se avaliou as atividades de autocuidado em pessoas com DM2, apontou-se resultados satisfatórios para o uso de terapia medicamentosa e para o consumo de doces: as injeções de insulina eram tomadas, em média, 6,8 dias da semana e os comprimidos 6,6 dias; e o consumo de doces era evitado por 6,0 dias da semana. No entanto, a realização de atividade física por, pelo menos, 30 minutos era feita somente em 2,4 dias da semana, em média (COELHO et al., 2015).

Isso posto, o interesse pela temática surgiu a partir da participação no Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC) na linha Saúde do Adulto e Idoso – Doenças Crônicas, onde se tem pesquisado sobre fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT e outros comportamentos de risco à saúde. Soma-se a participação em projetos de extensão em que se realizam ações educativas sobre atitudes para prevenção de DCNT. E ainda, considerando que, de acordo com Brasil (2013), o desenvolvimento do autocuidado permite controlar a glicemia e contribui para qualidade de vida e diminuição da morbimortalidade em pessoas com DM, questiona-se: qual a frequência de atividades de autocuidado em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 inseridos na Estratégia Saúde da Família? A frequência de atividades de autocuidado influencia no controle clínico e metabólico do DM2?

Tendo em vista que o sucesso do tratamento depende fortemente da participação e do envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo de seu tratamento, atitudes de autocuidado que levem a estilos e práticas de vida mais saudáveis, assim como a adesão ao tratamento, não depende apenas de uma prescrição profissional, mas de uma sensibilização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação dela com suas práticas (BRASIL, 2013). Acredita-se que existe baixa frequência de atividades de autocuidado na amostra estudada e que esses comportamentos influenciam no mal controle clínico e metabólico do DM2.

Desta forma, a realização do presente estudo justifica-se por possibilitar a utilização dos resultados obtidos para subsidiar o planejamento e desenvolvimento de estratégias que visem levar à maior adesão de atividades de autocuidado em pessoas com DM2. Aos profissionais de saúde da Atenção Primária, em destaque o Enfermeiro, permitirá identificar os principais prejuízos nas atividades de autocuidado, planejar e desenvolver estratégias

direcionadas visando solucionar limitações que interferem no tratamento do DM2 e buscar sensibilizar a população sobre a importância da adoção dessas atividades a fim de evitar agravos à saúde e garantir melhor qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a frequência de atividades de autocuidado em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 inseridos na Estratégia Saúde da Família.

2.2 Específicos

- Caracterizar a amostra quanto as variáveis sociodemográficas e clínicas;
- Apresentar dados de orientação profissional sobre alimentação, prática de atividade física, cuidado com os pés e uso da medicação;
- Descrever a frequência das atividades de autocuidado da amostra estudada;
- Associar atividades de autocuidado e características sociodemográficas e clínicas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Diabetes Mellitus tipo 2

Diabetes mellitus é uma condição crônica que ocorre quando existem elevados níveis de glicose no sangue porque o corpo não pode produzir nenhum ou a quantidade suficiente de insulina ou usa-la de forma eficaz. A insulina é um hormônio essencial produzido no pâncreas, responsável por transportar glicose da corrente sanguínea para as demais células do corpo, onde é convertida em energia. A falta de insulina ou a incapacidade das células para responder a insulina leva a altos níveis de glicose no sangue – a hiperglicemia – que é a marca do diabetes (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017).

O Diabetes Mellitus é classificado em: tipo 1; tipo 2; Diabetes Gestacional (DG); e tipos específicos de diabetes. O DM2 contabiliza 90% a 95% de todos os diabetes. Engloba indivíduos que têm relativa (em vez de absoluta) deficiência de insulina e tem resistência periférica à insulina. O risco de desenvolver DM2 aumenta com a idade, falta de atividade física, obesidade, má alimentação, tabagismo e histórico familiar (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2018).

Estudo de Carga Global de Doença realizado por Costa et al (2017), em que se utilizou como indicador o DALY (anos de vida perdidos ajustados por incapacidade), o DM2 representou quase 5% da carga de doença no Brasil, com taxa de DALY de 9,2 por mil habitantes. O DM2 teve participação mais expressiva (6,1%), dentre os agravos não transmissíveis. O maior componente da carga de DM2 foi o de morbidade (53,2%), com YLD (anos de vida saudáveis perdidos por causa de problemas de saúde ou incapacidade) de 5,6%. Além disso, constatou-se percentual de 4,5% de YLL (anos de vida perdidos por morte prematura), para o Brasil, sendo a Região Nordeste a com maior proporção de YLL (5,4%).

Para o ano de 2017 estimou-se em 7,2% a 11,3% a prevalência de adultos com diabetes, sendo 8,8% em pessoas entre 20 e 79 anos de idade. O Brasil está na 4ª posição do *ranking* dos dez principais países para o número de pessoas com diabetes (de 20 a 79 anos), com estimativa entre 11,4 % a 13,5% (11,5 milhões de pessoas) em pessoas nessa faixa etária, e projeção de 20,3 milhões de pessoas para 2045, se as tendências atuais persistirem (IDF, 2017).

O aumento da prevalência do diabetes está associado a diversos fatores, como: rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo

de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, a maior sobrevivência dos indivíduos com diabetes (SBD, 2017).

Tendo em vista a complexidade do DM2 e seus impactos para o indivíduo, família e sistema de saúde, estratégias para o autocuidado contínuo, com apoio e educação direcionados ao indivíduo com DM2 devem ser adotadas, objetivando a redução dos fatores de risco e o alcance do controle glicêmico.

3.2 Estratégias para o autocuidado e controle do Diabetes Mellitus tipo 2

Historicamente, o cuidado da saúde fazia parte do zelo que as pessoas tinham do cuidar de si, da sua família e da sua comunidade. No século XIX, com o avanço de tecnologias que exigiam sistematização de conhecimentos e a institucionalização das doenças, o cuidado dos problemas de saúde foi transferido para profissionais com formação formal, médicos e, posteriormente, enfermeiras, levando a quase total ausência de participação do paciente nas decisões que afetam diretamente a sua saúde. Diante desse contexto, em 1978, na Declaração de Alma-Ata, destaca-se a necessidade de participação dos indivíduos, famílias e comunidades nas decisões que dizem respeito ao seu cuidado (BRASIL, 2014).

Nas doenças crônicas, em destaque o Diabetes Mellitus, o sucesso do tratamento depende fortemente da participação e do envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo de seu tratamento (BRASIL, 2014). O autocuidado em DM2 inclui a incorporação de hábitos, como: monitoramento do índice glicêmico, adequação da alimentação, cuidado com os pés e prática de atividade física (ROOS; BAPTISTA; MIRANDA, 2015).

Identificar os usuários que, ao longo do tempo, não conseguem realizar o autocuidado para manter o controle de diabetes é uma importante estratégia para que se possa traçar medidas que minimizem o aparecimento de complicações da doença. As estratégias que melhoram os cuidados e o envolvimento dos usuários com as mudanças de comportamento fazem-se tão importante quanto compreender os motivos do não envolvimento e, assim, trabalhá-los com medidas que aumentem a confiança e a segurança da pessoa no profissional de saúde (CORTEZ et al, 2015).

É preciso considerar que determinantes sociais - aspectos econômicos, condições ambientais, políticas e sociais – influenciam no tratamento da pessoa com DM. Por exemplo, indivíduos em situação de Insegurança Alimentar tem maior risco de hiperglicemia por razões como consumo constante de carboidratos de baixo custo, alimentos processados, compulsão alimentar, restrições financeiras ao manejo do diabetes levam a comportamentos de

autocuidado ruim. Desse modo, é importante utilizar-se de ferramentas de rastreio para esses determinantes para reduzir o impacto no tratamento e adequá-lo de acordo com o contexto social de cada indivíduo (ADA, 2018)

Conhecer as características pessoais que podem interferir nas atividades de autocuidado, assim como as atividades com desempenho prejudicado, subsidiará o planejamento do cuidado com intervenções para as suas necessidades específicas (COELHO et al., 2015). A partir disso, ações educativas contínuas e adequadas a particularidade de cada indivíduo podem ser desenvolvidas para apoiá-los no desempenho das atividades de autocuidado.

O tratamento bem-sucedido do diabetes requer abordagem sistemática para apoiar os pacientes a esforços de mudança de comportamento. A educação em diabetes de alta qualidade e apoio de autogestão mostrou-se significativa para melhorar autogestão do paciente, satisfação e resultados de glicose (ADA, 2018).

Estudo realizado para avaliar o impacto de ações educativas na adesão ao tratamento e controle do diabetes mostraram efetiva melhora do conhecimento da doença, na adesão ao tratamento medicamentoso e no controle glicêmico das pessoas com DM2 (FIGUEIRA et al., 2017). Outro estudo que avaliou a percepção dos usuários com diabetes sobre estratégia educativa para a promoção do autocuidado constatou que o programa educativo serviu como suporte para a aquisição de novos conhecimentos e para o desenvolvimento e manutenção das práticas de autocuidado. Além de construir relações de vínculo entre os usuários e os profissionais da saúde (VIEIRA; CECÍLIO; TORRES, 2017).

Vale ressaltar que, segundo Santos, Beça e Mota (2015) indivíduos com menor escolaridade apresentam, potencialmente, uma menor compreensão da doença e da terapêutica, sobretudo quando não existe adequação do discurso e dos materiais de apoio (folhetos, vídeos, livros) às habilidades literárias do doente, podendo acarretar alterações significativas na sua qualidade de vida. Assim, enfatiza-se a importância de se utilizar estratégias e ferramentas educativas adequadas ao público, que permitam a compreensão por pessoas de todos os graus de instrução.

Os profissionais de saúde devem atuar como facilitadores, na motivação para as mudanças comportamentais desejáveis para o controle da doença, e apoiar o desenvolvimento ou fortalecimento de habilidades para o autocuidado. Portanto, o processo educativo para as atividades de autocuidado deve ser contínuo e atualizado de acordo com as necessidades pessoas identificadas a cada atendimento (COELHO et al., 2015).

Nesse contexto, o Enfermeiro pode utilizar-se das consultas de enfermagem, para auxiliar o indivíduo a se capacitar para o autocuidado, por meio de orientações essenciais ao bom controle glicêmico (REZENDE NETA; SILVA; SILVA, 2015).

A hiperglicemia, considerada marca do diabetes, causada pela falta de insulina ou a incapacidade das células para responder a insulina, se não for controlada ao longo do tempo, pode causar danos a vários órgãos do corpo, levando ao desenvolvimento de incapacidades e complicações de saúde com risco de vida, como doença cardiovascular, neuropatia, nefropatia e doença ocular, levando a retinopatia e cegueira. Por outro lado, se a gestão apropriada da diabetes é alcançada, estas sérias complicações podem ser atrasadas ou evitadas (IDF, 2017).

Considerando a importância da prática de atividades de autocuidado para melhor controle metabólico do DM2, diversos estudos tem avaliado a realização de atividades de autocuidado em pessoas com diabetes e sua importância para o controle clínico do diabetes (COELHO et al., 2015; ARRELIAS, 2015; DUARTE et al, 2013; FREITAS et al., 2014; ROOS; BAPTISTA; MIRANDA, 2015)

Estudo realizado por Szwarcwald et al. (2015a) que utilizou as informações da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 para investigar atividades de promoção da saúde relacionadas à prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), mostrou que a maioria dos indivíduos com diabetes receberam recomendações relacionadas a comportamento saudável, no entanto as mudanças de hábitos não foram satisfatórias para algumas atividades. Evidenciou-se que indivíduos com diabetes priorizam cessar hábitos nocivos tais como, consumo de doces, uso de tabaco e álcool, a adotar novos hábitos/práticas que trazem benefícios à saúde e contribuem para o controle glicêmico.

Nessa perspectiva, a OMS (2017) no Relatório de Progresso para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis estabeleceu como metas para a efetivação da prevenção e do controle das DCNT: a promoção da atividade física e alimentação saudável, além de redução da demanda de tabaco, uso prejudicial do álcool.

A realização de exercícios físicos diários é recomendada para melhorar o metabolismo, o perfil lipídico, diminuir a pressão arterial, favorecer o controle glicêmico e, conseqüentemente, reduzir riscos cardiovasculares. Previamente, há a necessidade de orientação profissional com relação ao tipo, frequência, duração e intensidade dessa atividade (ASANO et al., 2015).

Estudo realizado por Gonela et al. (2016) sobre o nível de atividade física em pessoas com diabetes evidenciou que a prática de atividade física é imprescindível para o controle glicêmico. Dos pesquisados, 68,9% dos classificados como ativos ou muito ativos

tinham bom controle glicêmico, ao passo que 76,9% dos sujeitos sedentários estavam em mau controle glicêmico.

Para controlar níveis glicêmicos e manter o peso adequado em indivíduos com DM2, é recomendada ingestão de grande variedade de alimentos nutritivos tais como, legumes, leguminosas, frutas, cereais, carnes magras, aves, peixes, ovos, leite, iogurte, queijo e/ou seus derivados, principalmente os desnatados. Deve-se também limitar ingestão de alimentos com gordura saturada, álcool e sal/açúcar adicionados. Ainda, é preciso evitar bebidas com adição de açúcares, tais como os refrigerantes, as alcoólicas adoçadas com açúcar, as bebidas de frutas, as vitaminas, as energéticas e as esportivas (ROYAL AUSTRALIAN COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2016).

Estudo realizado em Portugal mostrou que pessoas com DM2 que tinham hábitos alimentares inadequados apresentaram maiores índices glicêmicos não controlados e pior qualidade de vida (SANTOS; BEÇA; MOTA, 2015).

Dentre as complicações decorrentes do diabetes, pé diabético é uma das mais frequentes, e pode resultar em amputações, invalidez e conseqüente prejuízo à qualidade de vida. Desse modo, o exame diário dos pés, em busca de edema, eritema, calosidade, descoloração, cortes ou perfurações e ressecamento excessivo é indispensável. A manutenção da higiene, secagem cuidadosa principalmente entre os dedos, cortar as unhas em linha reta, sem deixar pontas, orientar a não utilização de calçados apertados, entre outros são essenciais para a prevenção do desenvolvimento de complicações nos pés (CUBAS et al., 2013).

Diante do exposto, considera-se que para o eficaz controle do DM2 é preciso aliar conhecimento à prática de atividades de autocuidado. Destaca-se, por fim, a importância da realização de estudos que investiguem a frequência do autocuidado e indicadores clínicos e antropométricos em pessoas com DM2, pois permitem avaliar o impacto dessas atividades no controle e prevenção de complicações do DM2, servindo como subsídio para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal e analítico. Segundo Matias-Pereira (2016), pesquisas com abordagem analítica utilizam em comum técnicas de coleta, tratamento e análise de dados quantitativos e possuem como característica privilegiar os estudos práticos, visto que suas propostas possuem caráter técnico, restaurador, incrementalista e forte preocupação com a relação causal entre variáveis. Os estudos transversais por sua vez, envolvem coleta de dados em determinado ponto de tempo, obtendo um recorte momentâneo do fenômeno investigado (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado em cinco Estratégias Saúde da Família (ESFs), localizadas na zona urbana da cidade de Picos-PI, no período de agosto de 2017 a junho de 2018. No município funcionam 36 ESFs, sendo que 25 estão localizadas na zona urbana e as demais na zona rural. Contam com equipe multiprofissional formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, mais profissionais de saúde bucal – dentista e auxiliar em saúde bucal.

As ESFs foram escolhidas por possuírem maiores quantitativos de pessoas com DM2 cadastradas e atenderem maiores contingentes populacionais.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde (2017), nas ESFs estão cadastradas 4.481 famílias que moram em áreas de abrangências delimitadas, totalizando número estimado de 14.228 pessoas atendidas. Realizam-se os serviços de: puericultura; pré-natal; planejamento familiar; exames de prevenção de câncer de colo do útero; consultas para hipertensos e diabéticos; visita domiciliar; atendimento odontológico; educação em saúde e permanente.

4.3 População e amostra

A população foi composta por 303 pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 cadastradas em cinco ESFs, de ambos os sexos. Para o cálculo da amostra do presente estudo teve-se como base a prevalência de 11,4% de pessoas com DM, referida pela Federação Internacional de Diabetes (IDF) para o ano de 2015. Desse modo considerou-se: margem de

erro de 5% (erro=0,05), nível de confiança de 95% (Z= 1,96) e proporção de 11%, utilizando-se da seguinte fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \left(\frac{\alpha}{2}\right) \cdot P (1-p) \cdot N}{E^2 (N-1) + Z^2 \left(\frac{\alpha}{2}\right) \cdot P (1-p)}$$

Desse modo, obteve-se que o número de pessoas com diabetes que deveriam ser investigadas seria de 101. No entanto, devido a dificuldades de acesso aos domicílios, a impossibilidade física e recusa de algumas pessoas em participar, a amostra final foi composta por 86 pessoas. O cálculo de amostragem foi realizado por meio da regra de três, onde a população representava o todo, e a amostra um valor indeterminado (x) que ao fim correspondeu a 33,3%. Após, utilizando-se da mesma regra, calculou-se qual quantitativo de pessoas de cada ESF que correspondia aos 33,3%. Assim, a amostra foi estratificada, de acordo com quadro 1.

A escolha da amostra de cada ESF se deu por conveniência, a pessoa era convidada a participar e se não concordasse outra era convidada até atingir a amostra esperada.

QUADRO 1 – Estratificação da amostra. Picos-PI. 2018.

Estratégias de Saúde da Família	População	Amostra	Amostra alcançada
ESF 1	59	20	27
ESF 2	46	15	7
ESF 3	71	24	19
ESF 4	84	28	23
ESF 5	43	14	10
Total	303	101	86

Fonte: Dados da pesquisa.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: ter idade acima de 18 anos; e ter diagnóstico de DM2 de no mínimo 2 anos. E como critérios de exclusão: não saber ler e escrever; estar gestante; e ter limitações físicas e cognitivas aparentes ou declaradas pelo pesquisado.

4.4 Variáveis do estudo

As variáveis propostas constituíram em: sociodemográficas e clínicas; e de atividades de autocuidado. Foram coletadas utilizando-se de um formulário (APÊNDICE A) e um questionário (ANEXO A), respectivamente.

4.4.1 Variáveis sociodemográficas

Sexo: Consideraram-se os sexos masculino e feminino.

Idade: Foi computada em anos.

Cor: Considerou-se a cor de pele autorreferida: branca; preta; parda; amarela.

Ocupação: Foi considerada a autorreferida, categorizada em: aposentado; desempregado; trabalho formal; trabalho informal.

Situação conjugal: Foram consideradas as opções: solteiro (a); casado (a); separado (a)/divorciado (a); viúvo (a); união estável.

Escolaridade: Considerou-se a quantidade de anos de estudo autorreferido.

Renda familiar: Considerou-se o valor em reais (R\$) autorreferido pelo pesquisado da soma da renda de todos os membros da família.

Classe econômica: Foi determinada de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) 2015, desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), que se baseia na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O CCEB é um instrumento que estima a capacidade de consumo dos domicílios brasileiros e os classifica em seis estratos socioeconômicos (A1, B1, B2, C1, C2, D-E). Utiliza-se para isso de um levantamento da quantidade de itens/serviços que o domicílio possui e acesso a serviços públicos e o grau de instrução do chefe da família, atrelando uma pontuação a cada um deles (APÊNDICE A).

4.4.2 Variáveis clínicas

Tempo de diagnóstico: foi considerado o tempo de diagnóstico em anos autorreferido pelo pesquisado.

Tratamento medicamentoso: foi considerado o tipo de medicamento(s) utilizado (s) autodeclarado (s), a saber: nenhum; antidiabético oral; insulina; associação (antidiabético oral e insulina).

Recebeu orientação sobre alimentação, atividade física, cuidado com os pés e uso da medicação nas últimas consultas: foram consideradas as respostas: sim ou não.

Profissional que orientou: foram considerados os seguintes: enfermeiro; médico; nutricionista.

Peso: foi obtido por uma balança digital portátil, da marca Incoterm, com capacidade máxima de 150kg e sensibilidade em 100g. O avaliado foi disposto no centro do equipamento, com o

mínimo de roupa possível, descalço, ereto, pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo, mantido parado nessa posição até a realização da leitura. O valor mostrado no visor foi registrado, sem arredondamentos.

Estatura: Foi aferida com fita métrica inelástica escalada em milímetros (mm), fixada na parede. Os pesquisados foram orientados a se posicionarem de pé, eretos e imóveis, com braços estendidos junto ao corpo, pés juntos, panturrilhas e glúteo encostados na parede e a cabeça erguida, com olhar fixo na altura dos olhos.

Índice de Massa Corporal (IMC): Foi calculado a partir do peso corporal do pesquisado, em quilogramas, dividido por sua altura, em metros, elevada ao quadrado. De acordo com a *World Health Organization – WHO* (2000), o IMC é um índice simples de peso por altura que é comumente usado para classificar o excesso de peso e a obesidade em adultos. É definido como o peso de uma pessoa em quilogramas dividido pelo quadrado de altura em metros (kg / m²).

Para a classificação do estado nutricional de adultos foi considerado os pontos de corte propostos pela Organização Mundial da Saúde (2000), conforme quadro 2. Para idosos foram utilizados os pontos de cortes estabelecidos para idosos por Lipschitz (1994), que leva em consideração as alterações fisiológicas que ocorre nos idosos, como mostra o quadro 3.

QUADRO 2 – Classificação do estado nutricional em adultos, de acordo com IMC.

Estado nutricional	IMC (Kg/m²)
Baixo peso	< 18,5
Eutrofia	18,5-24,9
Pré-obesidade	25,0-29,9
Obesidade grau I	30 – 3,9
Obesidade grau II	35 – 39,9
Obesidade grau III	≥ 40

Fonte: WHO, 2000

QUADRO 3 – Pontos de corte do IMC estabelecidos para idosos

IMC	Diagnóstico Nutricional
≤ 22	Baixo peso
> 22 e < 27	Adequado ou eutrófico
≥ 27	Sobrepeso

Fonte: LIPSCHITZ, 1994

Circunferência da Cintura (CC): A aferição da CC foi realizada com uma fita métrica inextensível colocada sobre a pele no ponto médio entre a última costela e a borda superior da

crista ilíaca no fim do movimento expiração, com o sujeito em posição ereta e com a área a ser medida despida. Foram considerados os pontos de corte propostos pela WHO (2000) para classificação de risco de complicações metabólicas relacionada à obesidade abdominal, conforme quadro 4.

QUADRO 4 – Circunferência da cintura específica por sexo e risco de complicações metabólicas associadas à obesidade

Sexo	Circunferência da Cintura	Risco de complicações metabólicas associadas à obesidade
Masculino	≥ 94	Elevado
	≥ 102	Muito elevado
Feminino	≥ 80	Elevado
	≥ 88	Muito elevado

Fonte: WHO, 2000

Circunferência do pescoço (CP): A circunferência do pescoço foi medida utilizando-se de uma fita métrica inelástica. Os participantes foram convidados a manterem-se eretos com a cabeça posicionada no plano horizontal de Frankfort. A borda superior da fita métrica foi colocada logo abaixo da proeminência laríngea, aplicada perpendicular ao eixo longo do pescoço, e realizada a medida (PREIS et al., 2010). Foram considerados como ponto de corte para classificação de risco cardiovascular os valores: ≥ 40 cm para homens e ≥ 36 cm para mulheres (ESTABE et al., 2013).

Pressão Arterial (PA): A aferição e classificação da PA foram realizadas conforme recomendações da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016). Foi utilizado estetoscópio e esfigmomanômetro aneróide da marca BIC[®], devidamente calibrado.

Primeiramente foi explicado o procedimento ao paciente, que ficou em repouso de 3 a 5 minutos. O mesmo foi instruído a não conversar durante a medição. Certificou-se de que o paciente não: estava com a bexiga cheia; praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos; ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos; fumou nos 30 minutos anteriores. O pesquisado foi posicionado: sentado, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado; com braço na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e com roupas sem garrotear o membro.

Para a realização da medição foi: determinada a circunferência do braço no ponto médio entre acrômio e olécrano; selecionado um manguito de tamanho adequado ao braço do pesquisado (Quadro 5); colocado o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital

e centralizado o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial; estimado o nível da Pressão Arterial Sistólica (PAS) pela palpação do pulso radial; palpado a artéria braquial na fossa cubital e colocado a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva; inflado rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação; e procedido a deflação lenta (velocidade de 2 mmHg por segundo).

A PAS foi determinada pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação, determinou-se a Pressão Arterial Diastólica (PAD) no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff). Foi auscultado cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois procedeu-se a deflação rápida e completa. Foram realizadas três medições no braço esquerdo dos pesquisados, com intervalo em torno de um minuto, e considerada a média das duas últimas medidas a Pressão Arterial Média (PAM). A PA foi classificada de acordo com o quadro 6.

QUADRO 5 – Dimensões do manguito de acordo com a circunferência do membro

Circunferência do braço (cm)	Denominação do manguito	Largura do manguito (cm)	Comprimento da bolsa (cm)
22-26	Adulto pequeno	10	24
27-34	Adulto	13	30
35-44	Adulto grande	16	38

Fonte: SBC, 2016

QUADRO 6 – Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: SBC, 2016

Glicemia capilar: Para a realização da aferição de glicemia capilar utilizou-se de um glicosímetro da marca OnCall Plus®, onde foi acoplada uma fita biossensora com inserção de uma gota de sangue do avaliado, obtido em polpa digital do mesmo, conforme recomendação da SBD (2016). Após fixação no visor, o valor foi imediatamente registrado. Foram consideradas como referência para controle glicêmico os valores atuais estabelecidos nas

Diretrizes da SBD (2016), correspondentes a < 100 mg/dl para glicemia em jejum e < 160 mg/dl para glicemia pós-prandial.

4.4.3 Variáveis relacionadas às atividades de autocuidado em diabetes

Para avaliar a adesão ao autocuidado em pessoas com DM2 foi utilizado como instrumento o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes – QAD (ANEXO A), que foi traduzido e adaptado para a cultura brasileira por Michels e colaboradores (2010) a partir do instrumento original *Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire* (SDSCA), desenvolvido para avaliar, de maneira sistematizada, a aderência às atividades de autocuidado em pessoas com diabetes. O QAD possui seis dimensões: alimentação geral; alimentação específica; atividade física; monitorização da glicemia; cuidado com os pés; e uso da medicação. Mais avaliação do tabagismo (MICHELS et al., 2010).

Ao serem avaliados com o questionário, os pacientes relataram com que frequência eles realizaram as atividades ou os comportamentos nos sete dias anteriores. As respostas variaram de 0 a 7, com os escores indicando os desempenhos das atividades de autocuidado. Para analisar a aderência ao autocuidado, os itens foram padronizados em dias por semana, de 0 a 7, sendo zero a situação menos desejável e sete a mais favorável. Nos itens da dimensão alimentação específica que questionaram sobre o consumo de alimentos ricos em gordura e doces, os valores foram invertidos (se 7 = 0, 6 = 1, 5 = 2, 4 = 3, 3 = 4, 2 = 5, 1 = 6, 0 = 7 e vice-versa), como sugerido no instrumento original. Para a avaliação do tabagismo em pessoas que fumavam, considerou-se a média de cigarros consumidos e a última vez em que fumou.

Para analisar as associações entre as variáveis, nas atividades alimentação geral, atividade física e monitorização da glicemia utilizou-se o escore de aderência de cada dimensão, no entanto para alimentação específica, cuidado com os pés e medicação foi analisado o escore de cada um dos seus itens, tendo em vista que de acordo com Michels et al. (2010) os itens dessas dimensões possuem correlações fracas e não se pode ter um escore de aderência para essas dimensões. Para medicação analisou-se as associações somente com item “tomar a medicação conforme recomendado”, pois foi o único item respondido por todos os pesquisados que utilizavam algum tipo de medicação, já que os outros dois era específico para o tipo de medicação utilizada (insulina ou comprimido).

4.5 Coleta de dados

Os dados para a investigação de atividades de autocuidado em pessoas com DM2 foram coletados nos meses de fevereiro a maio de 2018 pela pesquisadora e acadêmicos de enfermagem e nutrição, devidamente capacitados. Os formulário e questionário foram respondidos em sala reservada para tal, das unidades de saúde, nos dias de consulta médica ou de enfermagem para diabéticos, bem como a mensuração das variáveis clínicas e aferição de glicemia capilar. E os das pessoas que não compareceram à unidade de saúde – maioria da amostra – os dados foram coletados no domicílio dos mesmos, após prévia autorização e a pesquisadora foi acompanhada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) da área.

O primeiro contato com os indivíduos incluídos nos critérios de amostra ocorreu na sala de espera para consulta com médico ou enfermeiro, das unidades básicas de saúde ou no seu domicílio. Na ocasião foram convidados a participarem da pesquisa, foi explicado os critérios de inclusão e exclusão elaborados e as etapas da pesquisa e realizada coleta de dados.

4.6 Análise dos dados

Primeiramente os dados foram dispostos e organizados em planilha eletrônica do *software* Excel 10.0 e processados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) IBM® versão 20.0. As variáveis contínuas foram descritas como frequência, porcentagem, média, desvio padrão, mínimo e máximo; e as categóricas como frequência e porcentagem.

Para análise estatística, foi feito o teste Kolmorov Smirnov para avaliar normalidade de distribuição da amostra. Com o intuito de verificar associação entre médias, utilizou-se o teste t de student para comparação de médias de duas categorias e para as com três categorias ou mais utilizou-se o teste ANOVA. Para todas as análises estatísticas foram consideradas como estatisticamente significantes aquelas com $p < 0,05$.

4.7 Aspectos éticos

O presente projeto de pesquisa foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Federal do Piauí, avaliado quanto ao cumprimento das normas da resolução 466/2012 do Comitê Nacional de Saúde (CNS) e aprovado sob o parecer nº 2.389.110 (ANEXO B).

Aos que concordaram participar da pesquisa foi solicitado a assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), sendo que uma via

ficou com o pesquisador e outra com o participante, no qual tinham informações detalhadas sobre o estudo, a liberdade para ele desistir a qualquer momento, a garantia do anonimato, e de que sua utilização seria somente para os fins a que se destina o estudo (BRASIL, 2012). A coleta de dados ocorreu após prévia autorização da Secretária Municipal de Saúde para execução da pesquisa.

A pesquisa expôs o participante a risco mínimo de constrangimento pela verificação de peso, altura, IMC e circunferência abdominal que foi minimizado pela realização da coleta em sala reservada. Existiu risco biológico pela coleta de uma gota de sangue para aferição de glicemia capilar, mas foi realizado por equipe devidamente treinada, utilizando-se de materiais individuais, descartáveis e esterilizados.

Quanto aos benefícios, como diretos, teve a oportunidade do pesquisado de conhecer seu estado nutricional (magreza, normal, sobrepeso ou obesidade; e se há riscos para doenças cardiovasculares) e obter o resultado da glicemia capilar do dia que pode ser utilizado para monitoramento dos níveis glicêmicos, e como indiretos os de que os dados poderão ser utilizados como subsídios para o desenvolvimento de estratégias de melhoria para o tratamento de diabetes, além de estimular a criação de programas institucionais que levem ao aprimoramento das condições de controle do diabetes.

5 RESULTADOS

5.1 Características sociodemográficas e clínicas

Os resultados apresentados a seguir são referentes a análise das variáveis obtidas a partir de investigação realizada com 86 indivíduos com DM2 inseridos em cinco ESFs da cidade de Picos-PI.

Predominaram os indivíduos do sexo feminino (70,9%), na faixa etária de 50 a 69 anos (61,6%), com idade média de $57,9 \pm 11,8$ anos, autodeclarados de cor parda (57,0%), casados ou em união estável (64,0%), aposentados (52,3%), com escolaridade 1 a 10 anos de estudo (57,0%; média de $8,8 \pm 5,5$ anos). A renda mensal média foi de R\$ 2.458,00, com 26,7% dos pesquisados pertencentes a classe econômica D-E (TABELA 1).

TABELA 1 – Caracterização da amostra quanto aos dados sociodemográficos. Picos-PI. 2018.

Variáveis	n	%	Mínimo	Máximo	Média \pm DP*
Sexo					
Feminino	61	70,9			
Masculino	25	29,1			
Faixa etária (anos)					
			30	83	$57,9 \pm 11,8$
30 – 49	22	25,6			
50 – 69	53	61,6			
70 – 89	11	12,8			
Cor					
Branca	31	36,0			
Negra	4	4,7			
Parda	49	57,0			
Amarela	2	2,3			
Estado civil					
Solteiro	11	12,8			
Casado/união estável	55	64,0			
Separado/divorciado	6	7,0			
Viúvo	14	16,3			
Ocupação					
Aposentado	45	52,3			
Desempregado	11	12,8			
Trabalho formal	15	17,4			
Trabalho informal	15	17,4			
Escolaridade (anos de estudo)					
			1	30	$8,8 \pm 5,5$
1 – 10	49	57,0			
11 – 20	36	41,9			
> 20	1	1,2			

Continua

TABELA 1 – Caracterização da amostra quanto aos dados sociodemográficos. Picos-PI. 2018.
Conclusão

Variáveis	n	%	Mínimo	Máximo	Média ± DP*
Renda (reais)			380,00	15.000,00	2.458,00 ± 2.179,00
350 – 1000	24	27,9			
1101 – 2000	28	32,6			
2001 – 3000	16	18,6			
> 3000	18	20,9			
Classe econômica					
A	2	2,3			
B1	3	3,5			
B2	17	19,8			
C1	19	22,1			
C2	22	25,6			
D-E	23	26,7			

Fonte: dados da pesquisa.

* DP: desvio-padrão.

Dos 86 participantes, 81,4% utilizavam como tratamento medicamentoso o antidiabético oral; e 73,3 % tinham tempo de diagnóstico de diabetes entre 2 e 10 anos, média de $8,6 \pm 7,1$ anos. O valor médio da glicemia capilar foi de 235 ± 98 (mínimo = 94 e máximo = 594), com 77,9% dos pesquisados classificados como mal controle glicêmico. No que se refere a pressão arterial, 34,9% dos pesquisados estavam com os valores de pressão arterial sistólica classificados tanto como normal quanto como pré-hipertensão e de pressão arterial diastólica, maioria (60,5%) classificada como normal. À avaliação antropométrica, 54,6% dos pesquisados estavam acima do peso – 37,2% em pré-obesidade/sobrepeso; e 17,2% em obesidade – com média de IMC de $27,6 \text{ Kg/m}^2$; maioria estava com CC muito elevada (67,4%) ou elevada (19,8%) para risco de complicações metabólicas e 54,7% estavam com CP sem risco para doenças cardiovasculares (DCV) (TABELA 2).

TABELA 2 – Caracterização da amostra quanto aos dados clínicos. Picos-PI. 2018.

Variáveis	n	%	Mínimo	Máximo	Média ± DP*
Tratamento medicamentoso					
Nenhum	7	8,1			
Antidiabético oral	70	81,4			
Insulina	2	2,3			
Associação	7	8,1			
Tempo de diagnóstico (anos)			2	30	$8,6 \pm 7,1$
2 – 10	63	73,3			
11 – 20	18	20,9			
> 20	5	5,8			

Continua

TABELA 2 – Caracterização da amostra quanto aos dados clínicos. Picos-PI. 2018.

Variáveis	n	%	Conclusão		
			Mínimo	Máximo	Média ± DP*
Glicemia capilar			94	594	235 ± 98
Bom controle glicêmico	19	22,1			
Mal controle glicêmico	67	77,9			
PASM			84	180	130 ± 17,9
Normal	30	34,9			
Pré-hipertensão	30	34,9			
Hipertensão	26	30,2			
PADM			55	134	81,1 ± 13,7
Normal	52	60,5			
Pré-hipertensão	13	15,1			
Hipertensão	21	24,4			
IMC			16,6	48,1	27,6 ± 5,1
Baixo peso	4	4,7			
Eutrofia	35	40,7			
Pré-obesidade/sobrepeso	32	37,2			
Obesidade	15	17,4			
CP			29,0	48,0	36,7 ± 3,6
Sem risco	47	54,7			
Risco	39	45,3			
CC			66,0	129,0	96,10 ± 12,46
Sem risco	11	12,8			
Elevado	17	19,8			
Muito elevado	58	67,4			

Fonte: dados da pesquisa.

* DP: desvio-padrão.

5.2 Frequência de atividades de autocuidado

O autocuidado em relação a seguir dieta saudável foi realizado numa frequência média de 3,8 dias da semana e o de seguir orientação alimentar dada por um profissional em 3,4 dias da semana no último mês. Cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais foram ingeridas pelos pesquisados em 4,7 dias/semana. Na amostra estudada, a frequência das atividades de autocuidado para a ingestão de carnes vermelhas e/ou derivados do leite integral e para a ingestão de doces foi de 3,3 dias e 6,1 dias, respectivamente. Cabe lembrar que o autocuidado para esses dois itens corresponde a frequência média de dias da semana em que não houve o consumo desses alimentos.

A frequência média de autocuidado para atividade física foi de 2,7 dias para realização de atividade física por pelo menos 30 minutos e de 2,4 dias para a realização de atividade física específica. Para a dimensão automonitorização da glicemia, “avaliar o açúcar no sangue” teve frequência de 0,7 dia e “avaliar o açúcar no sangue o número de vezes

recomendado”, 0,5 dia, na semana. Destaca-se que essa dimensão foi a que teve a realização do autocuidado realizada com menor frequência pelos pesquisados.

Quanto ao cuidado com os pés, encontrou-se as seguintes frequências de aderência ao autocuidado: 2,8 dias para “examinar os pés”; 2,3 dias para “examinar dentro dos calçados antes de usá-los” e 3,7 dias para “secar os espaços entre os dedos depois de lavá-los”.

A dimensão medicação foi a que teve maior escore considerando-se os seus três itens. Os medicamentos foram tomados conforme o recomendado em 6,6 dias, as injeções de insulina foram tomadas numa frequência 7,0 dias – escore máximo foi obtido nesse item – e o número indicado de comprimidos foi tomado conforme o recomendado numa frequência média de 6,4 dias, na semana.

Ressalta-se que as únicas atividades consideradas como satisfatórias, ou seja, com frequência de realização entre 5 e 7 dias durante a semana, foram: ingerir doces (89,5%); tomar os medicamentos conforme o recomendado (87,2%); tomar as injeções de insulina conforme o recomendado (100%) e tomar o número adequado de comprimidos para o diabetes (81,4%) (TABELA 3).

TABELA 3 – Frequência das atividades de autocuidado. Picos-PI. 2018.

Itens do QAD	Aderência (frequência de dias da semana)				Média ± DP*
	0 - 4		5- 7		
	n	%	n	%	
Alimentação geral					
1 Seguir dieta saudável	49	57	37	43	3,8 ± 2,5
2 Seguir a orientação alimentar	50	58,1	36	41,9	3,4 ± 2,6
Alimentação específica					
1 Ingerir 5 ou mais porções de frutas e/ou vegetais	40	46,5	46	53,5	4,7 ± 2,1
2 Ingerir carne vermelha e/ou derivados do leite integral	61	70,9	25	29,1	3,3 ± 2,1
3 Ingerir doces	9	10,5	77	89,5	6,1 ± 1,2
Atividade física					
1 Realizar atividade física por pelo menos 30 minutos	60	69,8	26	30,2	2,7 ± 2,4
2 Realizar atividade física específica	60	69,8	26	30,2	2,4 ± 2,5

Continua

TABELA 3 – Frequência das atividades de autocuidado. Picos-PI. 2018.

Itens do QAD	Aderência (frequência de dias da semana)				Conclusão
	0 - 4		5- 7		Média ± DP*
	n	%	n	%	
Automonitorização da glicemia					
1 Avaliar o açúcar no sangue	84	97,7	2	2,3	0,7 ± 1,3
2 Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	83	96,5	3	3,5	0,5 ± 1,2
Cuidados com os pés					
1 Examinar os seus pés	59	68,6	27	31,4	2,8 ± 3,0
2 Examinar dentro dos calçados antes de usa-los	63	73,3	23	26,7	2,3 ± 2,9
3 Secar os espaços entre os dedos depois de lavá-los	45	52,3	41	47,7	3,7 ± 3,2
Medicação					
1 Tomar medicamentos conforme recomendado**	4	4,7	75	87,2	6,6 ± 1,4
2 Tomar injeções de insulina conforme recomendado ***			9	100	7,0 ± 0,0
3 Tomar o número recomendado de comprimidos do diabetes****	8	9,3	70	81,4	6,4 ± 1,7

Fonte: Dados da pesquisa.

* DP: desvio-padrão. ** 7 pessoas não utilizavam nenhum tipo de medicamento. *** 9 pessoas faziam uso de insulina. **** Uma pessoa não fazia uso de antidiabético oral.

Quanto ao tabagismo, 96,5% dos participantes referiram não ter fumado um cigarro nos últimos sete dias. Dos que fumaram (3,5%), a quantidade média foi de 16,7 cigarros fumados ao dia. Além disso, 57% referiram nunca ter fumado e 34,9% fumaram há mais de dois anos atrás (TABELA 4).

TABELA 4 – Características descritivas relativas ao tabagismo. Picos-PI. 2018.

Itens do QAD	Frequência		
	n	%	Média ±DP*
1 Fumar			
Sim	3	3,5	
Não	83	96,5	
2 Quantidade de cigarros por dia			16,7 ± 5,8

Continua

TABELA 4 – Características descritivas relativas ao tabagismo. Picos-PI. 2018.

Itens do QAD Tabagismo	Frequência		Conclusão Média ±DP*
	n	%	
3 Quando fumou o seu último cigarro			
Nunca fumou	49	57,0	
Há mais de dois anos atrás	30	34,9	
Um a dois anos atrás	2	2,3	
Quatro a 12 meses atrás	1	1,2	
No último mês	1	1,2	
Hoje	3	3,5	

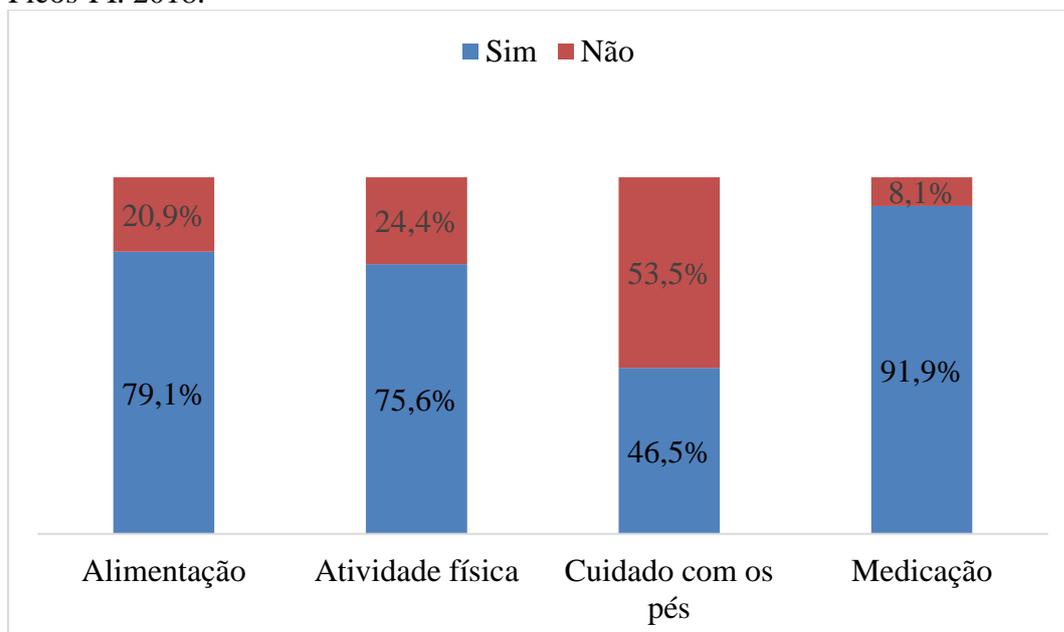
Fonte: dados da pesquisa.

* DP: desvio-padrão.

5.3 Orientação profissional sobre atividades de autocuidado com o diabetes

Ao analisar o recebimento de orientações de profissionais sobre atividades de autocuidado pelos pesquisados, constatou-se que a maioria recebeu orientação para três dentre os quatro cuidados dos quais foram questionados, na seguinte ordem: medicação (91,9%) alimentação (79,1%) e atividade física (75,6%). O cuidado com os pés foi o único em que minoria recebeu orientação, somente 46,5% dos participantes. Todos os pesquisados receberam algum tipo de orientação mesmo que somente de um dos cuidados (GRÁFICO 1).

GRÁFICO 1- Orientação profissional sobre atividades de cuidados nas ultimas consultas. Picos-PI. 2018.

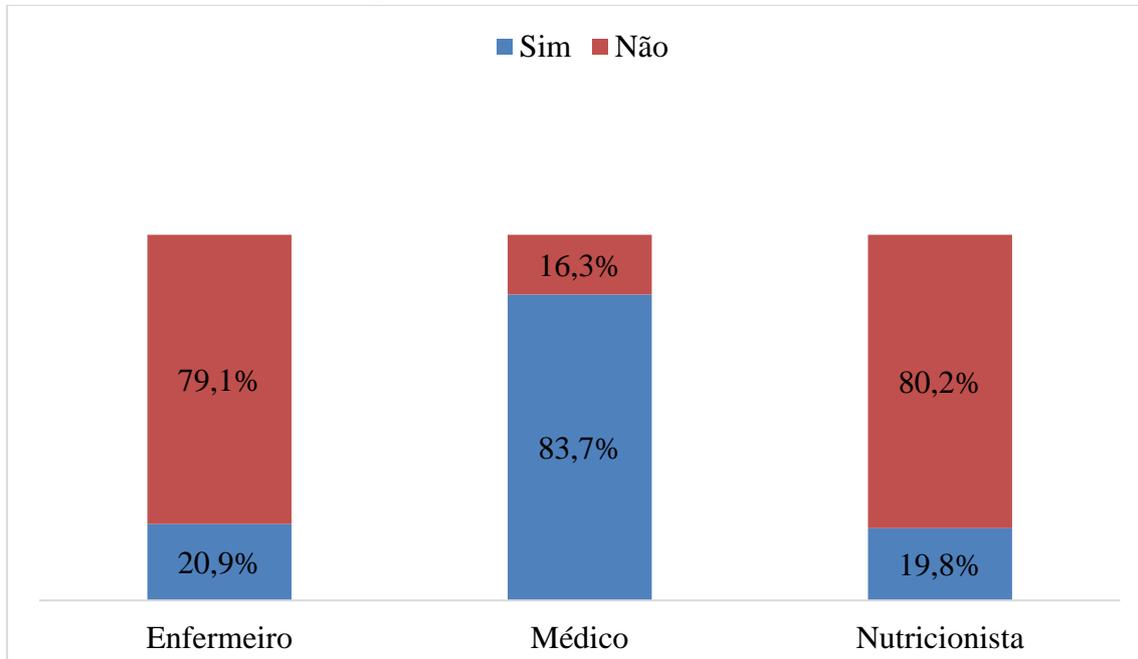


Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao profissional que orientou sobre esses cuidados, o profissional Médico foi o responsável pela maioria das orientações (83,2%), seguido pelo Enfermeiro (20,9%) e

Nutricionista (19,8%) (GRÁFICO 2). Cabe ressaltar que o pesquisado poderia receber a orientação de somente um, dois ou dos três profissionais e sobre um ou mais cuidados.

GRÁFICO 2 – Profissional que orientou sobre as atividades de autocuidado. Picos-PI. 2018.



Fonte: Dados da pesquisa

5.4 Relação entre as variáveis sociodemográficas e as atividades de autocuidado

Ao analisar a relação entre sexo e atividades de autocuidado, encontrou-se que indivíduos de sexo feminino tiveram maiores escores para alimentação geral ($p= 0,043$) e para o consumo de frutas e/ou vegetais ($p= 0,000$) durante a semana em relação aos do sexo masculino. Nota-se que os do sexo masculino tiveram maior escore para a atividade de autocuidado ingerir doces, ou seja, evitaram o consumo desses alimentos por mais dias da semana que os do sexo feminino e para atividade física, no entanto sem evidência significativa.

Em relação a faixa etária, indivíduos na faixa etária de 50 a 69 anos consumiram 5 ou mais porções de frutas e/ou vegetais com maior frequência durante a semana que os das demais faixas etárias ($p=0,031$) e tiveram melhor autocuidado para alimentação geral ($0,055$); além de maior escore para atividade de autocuidado “secar os espaços entre os dedos depois de lavá-los”, na semana, em relação aos de idade inferior ($p= 0,004$).

O consumo de alimentos ricos em gorduras, como carnes vermelhas e de derivados do leite integral teve uma frequência igual para todas as faixas etárias. A frequência da prática de atividade física foi semelhante para todas as faixas etárias e sem diferença significativa, no

entanto, nota-se que proporcionalmente ao avançar da idade, os indivíduos tendiam a ter uma menor frequência dessa atividade.

Destaca-se que, com exceção das atividades consumir doces, atividade física e examinar os calçados, os indivíduos na faixa etária entre 50 e 69 anos foram os que tiveram melhores escores para todas as demais atividades de autocuidado (TABELA 5).

TABELA 5 – Relação entre as variáveis sociodemográficas e as atividades de autocuidado. Picos-PI. 2018.

Escores das variáveis	Alimentação geral		Alimentação específica				Atividade física		Automonitorização da glicemia		Cuidados com os pés				Medicação					
	médi a ± DP	#p- valo r	médi a ± DP	p- valo r	médi a ± DP	p- valo r	médi a ± DP	p- valo r	médi a ± DP	p- valo r	médi a ± DP	p- valo r	médi a ± DP	p- valo r	médi a ± DP	p- valo r				
			Frutas e/ou vegetais		Carnes vermelhas e derivados do leite integral		Doces						Examinar os pés		Examinar os calçados		Secar os espaços entre os dedos		Tomar medicação conforme recomendado	
Sexo																				
Feminino	3,9 ± 2,3	0,043	5,3 ± 2,0	0,000	3,3 ± 2,3	0,905	6,0 ± 1,3	0,074	2,5 ± 2,4	0,749	0,6 ± 1,2	0,861	2,6 ± 2,9	0,374	2,0 ± 2,8	0,146	3,9 ± 3,3	0,503	6,7 ± 1,3	0,603
Masculino	2,8 ± 2,2		3,3 ± 2,2		3,2 ± 1,8		6,4 ± 0,9		2,7 ± 2,4		0,6 ± 1,3		3,2 ± 3,1		3,0 ± 3,0		3,4 ± 2,9		6,5 ± 1,5	
Faixa etária																				
30 – 49	2,6 ± 2,1	0,0055	3,7 ± 2,0	0,031	3,3 ± 1,6	0,995	6,4 ± 1,0	0,204	2,7 ± 2,5	0,850	0,6 ± 1,2	0,311	1,7 ± 2,4	0,111	2,4 ± 2,9	0,682	2,0 ± 2,9	0,004	6,5 ± 1,6	0,644
50 – 69	4,0 ± 2,3		5,19 ± 2,0		3,3 ± 2,1		5,9 ± 1,3		2,5 ± 2,2		0,7 ± 1,3		3,3 ± 3,1		2,3 ± 2,9		4,6 ± 3,0		6,7 ± 1,1	
70 – 89	3,6 ± 2,3		4,4 ± 3,1		3,3 ± 3,1		6,4 ± 0,9		2,2 ± 3,0		0,1 ± 0,3		2,7 ± 2,9		1,5 ± 2,8		3,0 ± 3,3		6,3 ± 2,2	

Fonte: Dados da pesquisa.

*DP: Desvio Padrão. # Teste t para variável sexo e anova para variável faixa etária.

5.5 Associação entre as variáveis clínicas e as atividades de autocuidado

Pessoas com maior tempo de diagnóstico e faziam uso de insulina tiveram melhores escores de autocuidado para realização da monitorização da glicemia ($p=0,007$ e $p=0,001$, respectivamente) (TABELA 6).

TABELA 6 – Relação entre tempo de diagnóstico, tipo de medicação utilizada e frequência de automonitorização da glicemia. Picos-PI. 2018.

Escores das variáveis	Automonitorização da glicemia	
	Média ± DP*	#p-valor
Tempo de diagnóstico (anos)		
1 – 10	0,5 ± 1,0	0,007
11 – 20	0,6 ± 1,1	
> 20	2,2 ± 2,0	
Tipo de medicação		
Nenhum	0,0 ± 0,0	0,001
ADO	0,5 ± 1,0	
Insulina	2,2 ± 1,0	
Associação	1,9 ± 1,8	

Fonte: Dados da pesquisa

* DP: desvio-padrão. # Teste anova; valor de p significativo < 0,05

Não houve significância estatística ao relacionar IMC e as variáveis de autocuidado alimentação geral e específica e atividade física, todavia observa-se que quanto mais elevado o IMC menor foi a frequência de autocuidado para item ingerir alimentos ricos em gordura como carnes vermelhas, leite integral e seus derivados. Enquanto pessoas de baixo peso realizaram essa atividade de autocuidado em 3,7 dias na semana os obesos realizaram somente por 2,5 dias. E para o autocuidado atividade física, pessoas eutróficas foram as que tiveram melhores escores para a prática desse autocuidado durante a semana, seguido por pessoas com pré-obesidade/sobrepeso e obesidade (2,9; 2,5; 2,1 dias, respectivamente).

Os participantes com CC acima dos parâmetros, ou seja, com risco elevado e muito elevado para complicações metabólicas, ingeriram 5 ou mais porções de frutas e/ou vegetais com maior frequência nos últimos sete dias que os que estavam com a CC sem risco (5,6 dias e 4,7 dias, respectivamente; p=0,045) e tiveram melhores escores para a prática de atividade física. Esses indivíduos também tiveram maiores escores para as atividades alimentação geral, consumo de carnes vermelhas e derivados do leite integral.

Indivíduos com CP sem risco para complicações cardiovasculares tiveram maior escore para o item ingerir 5 ou mais porções de vegetais e/ou frutas durante a semana. Ingeriram esses alimentos com maior frequência que os com CP com risco (5,2 dias e 4,1 dias, respectivamente; $p= 0,022$). Além disso, para as atividades alimentação geral, consumo de carnes vermelhas e derivados do leite integral e atividade física pessoas sem risco tiveram maiores escores de autocuidado, com exceção do item consumir doces que pessoas com risco tiveram maior escore (TABELA 7).

TABELA 7 - Relação entre IMC, CC, CP e atividades de autocuidado. Picos-PI. 2018.

Escores das variáveis	Alimentação geral		Alimentação específica				Atividade física			
	Média ± DP	p-valor	Frutas e/ou vegetais		Carnes vermelhas e derivados do leite integral		Doces			
	Média ± DP	p-valor	Média ± DP	p-valor	Média ± DP	p-valor	Média ± DP	p-valor	Média ± DP	p-valor
IMC										
Baixo peso	5,6 ± 2,1	0,290	4,5 ± 1,7	0,833	3,7 ± 1,2	0,441	6,2 ± 1,5	0,713	1,9 ± 2,2	0,694
Eutrofia	3,5 ± 2,3		4,9 ± 2,3		3,5 ± 2,2		6,0 ± 1,4		2,9 ± 2,6	
Pré-obesidade/sobrepeso	3,3 ± 2,4		4,5 ± 2,4		3,4 ± 2,3		6,3 ± 1,1		2,5 ± 2,0	
Obesidade	3,9 ± 2,0		4,7 ± 2,0		2,5 ± 1,8		6,1 ± 1,1		2,1 ± 2,5	
CC										
Sem risco	2,8 ± 2,4	0,108	3,4 ± 1,9	0,045	3,3 ± 2,2	0,730	6,3 ± 1,1	0,191	2,5 ± 2,2	0,072
Elevado	4,5 ± 2,1		5,6 ± 1,8		3,6 ± 2,0		5,6 ± 1,6		3,7 ± 2,5	
Muito elevado	3,5 ± 2,3		4,7 ± 2,3		3,2 ± 2,2		6,2 ± 1,0		2,2 ± 2,3	
CP										
Sem risco	3,7 ± 2,2	0,584	5,2 ± 1,9	0,022	3,4 ± 2,1	0,556	5,9 ± 1,4	0,063	3,0 ± 2,4	0,058
Risco	3,4 ± 2,4		4,1 ± 2,5		3,1 ± 2,2		6,4 ± 0,9		2,0 ± 2,2	

Fonte: Dados da pesquisa.

* DP: desvio-padrão. # Teste t de student para variável CP e teste anova para CC e IMC; valor de p significativo < 0,05

Na amostra estudada, os pesquisados que estavam com bom controle glicêmico tiveram melhor escore para as dimensões do autocuidado alimentação geral e atividade física. Esses indivíduos seguiram uma dieta saudável e a orientação profissional com maior frequência na semana que os com mal controle glicêmico ($p= 0,025$). E realizaram atividade física durante os últimos sete dias com maior frequência que os com mal controle glicêmico ($p= 0,001$). Ressalta-se que essa frequência era duas vezes maior, 4,1 dias para os com bom controle glicêmico e 2,1 dias para os com mal controle glicêmico. Esse grupo também tomou a medicação conforme o recomendado com maior frequência nos últimos sete dias (6,9 dias os com bom controle glicêmico e 6,5 dias os com mal controle) (TABELA 8).

TABELA 8 – Relação entre controle glicêmico e frequência de atividades de autocuidado. Picos-PI. 2018.

Escore das variáveis	Alimentação Geral		Alimentação Específica				Atividade Física		Monitorização da Glicemia		Medicação			
	Média ± DP*	#p-valor	Média ± DP	p-valor	Média ± DP	p-valor	Média ± DP	p-valor	Média ± DP	p-valor	Média ± DP	p-valor		
			Frutas e/ou vegetais		Carnes vermelhas e derivados do leite integral		Doces					Tomar medicação conforme o recomendado		
Glicemia Capilar														
Bom controle	4,6 ± 2,0	0,025	5,1 ± 2,0	0,398	3,0 ± 2,1	0,605	6,0 ± 1,2	0,762	4,1 ± 2,3	0,001	0,7 ± 1,3	0,663	6,9 ± 0,2	0,062
Mal controle	3,3 ± 2,3		4,6 ± 2,3		3,3 ± 2,2		6,1 ± 1,2		2,1 ± 2,2		0,6 ± 1,2		6,5 ± 1,6	

Fonte: Dados da pesquisa. *DP: Desvio Padrão. # Teste t de student; valor de p significante < 0,05.

Pessoas com Pressão Arterial Sistólica (PAS) normal realizaram uma alimentação geral – seguir dieta saudável e orientação profissional – ($p=0,030$) e praticaram atividade física ($p=0,005$) com maior frequência durante a semana que os com pré-hipertensão ou com hipertensão arterial. Mesmo sem diferença significativa, aponta-se que pessoas com Pressão Arterial Diastólica (PAD) normal tiveram maiores para alimentação geral

e consumo de frutas e/ou vegetais que os com pré-hipertensão e com hipertensão. E pessoas classificadas como hipertensas foram as que realizam atividade física com menor frequência na semana (TABELA 9).

TABELA 9 – Relação entre PA e as atividades de autocuidado. Picos-PI. 2018.

Escores das variáveis	Alimentação geral			Alimentação específica			Atividade física			
	Média ± DP*	#p-valor	Média ± DP	p-valor	Média ± DP	p-valor	Média ± DP	p-valor	Média ± DP	p-valor
			Frutas e/ou vegetais		Carnes vermelhas e derivados do leite integral		Doces			
PASM										
Normal	4,3 ± 2,4	0,030	4,7 ± 2,1	0,870	3,1 ± 2,0	0,744	6,0 ± 1,2	0,438	3,6 ± 2,4	0,005
Pré-hipertensão	3,7 ± 2,4		4,6 ± 2,1		3,2 ± 2,1		6,0 ± 1,4		1,7 ± 2,1	
Hipertensão	2,7 ± 1,8		4,9 ± 2,5		3,5 ± 2,3		6,4 ± 0,9		2,2 ± 2,1	
PADM										
Normal	3,9 ± 2,3	0,167	5,0 ± 2,0	0,272	3,5 ± 2,1	0,627	6,0 ± 1,3	0,154	2,7 ± 2,3	0,059
Pré-hipertensão	3,5 ± 2,1		4,8 ± 2,2		3,0 ± 1,8		5,9 ± 1,2		3,4 ± 2,1	
Hipertensão	2,8 ± 2,3		4,0 ± 2,6		3,0 ± 2,3		6,6 ± 0,7		1,6 ± 2,3	

Fonte: Dados da pesquisa.

* DP: desvio-padrão. # Teste anova; valor de p significante < 0,05

5.6 Relação entre as variáveis de orientação profissional e as atividades de autocuidado

Os participantes que referiram ter recebido orientação sobre cuidado com os pés realizaram o autocuidado de examinar os pés com maior frequência durante os últimos sete dias que as pessoas que não receberam esse tipo de orientação ($p= 0,010$). Houve maior frequência desse grupo também para o item examinar os calçados. Ressalta-se que a orientação sobre cuidado com os pés foi a menos recebida pelos pesquisados (TABELA 10).

TABELA 10 – Relação entre orientação profissional e frequência de atividade de autocuidado com os pés. Picos-PI. 2018.

Escores das variáveis	Cuidados com os pés					
	Examinar os pés		Examinar os calçados		Secar os espaços entre os dedos	
Orientação	Média ± DP*	#p-valor	Média ± DP	p-valor	Média ± DP	p-valor
Cuidado com os pés						
Sim	3,7 ± 3,1	0,010	2,7 ± 3,0	0,209	3,6 ± 3,3	0,747
Não	2,0 ± 2,1		1,9 ± 2,7		3,8 ± 3,1	

Fonte: Dados da pesquisa

* DP: desvio-padrão. Teste t de student; valor de p significativa < 0,05.

6 DISCUSSÃO

Após análise dos dados referentes a caracterização sociodemográfica e clínica e sua associação com a frequência de atividades de autocuidado, os mesmos foram debatidos com a literatura vigente.

Estudo transversal e exploratório que avaliou 417 pacientes com DM2, na região sudeste do Brasil, teve caracterização sociodemográfica e clínica semelhante à do presente estudo: 66,2% da amostra composta mulheres; com idade média de 62,5 anos; 84,4% com menos de 8 anos de estudo e tempo de diagnóstico médio de 9,0 anos, 58,5% com menos de 10 anos de diagnóstico. 79,1% estava acima do peso, com média de IMC e 29,3 Kg/m²; 76,3% dos pacientes apresentou CC com risco elevado ou muito elevado; 75,1% com mal controle glicêmico; níveis de PAS aumentado em 71,7% e de PAD normal em 56,6% da amostra estudada (ARRELIAS et al., 2015).

E estudo realizado em Picos-PI no ano de 2012 em que se avaliou 173 pacientes com DM2 em 12 Unidades Básicas de Saúde do município, 61,3% eram mulheres, com idade média de 63,4 anos, maioria casados (52,6%) e 80,3% tinha ensino fundamental incompleto. Os valores médios de índice de massa corporal (26,6 Kg/m²) e glicemia capilar (245,1) estiveram acima da meta preconizada para o tratamento do diabetes mellitus, maioria com excesso de peso e 74% da amostra em mal controle glicêmico. Além de PAS elevada (média = 136,3 mmHg) (SOUSA et al., 2015).

Outros estudos realizados com pessoas com DM2 encontrou predominância do sexo feminino e idade média em torno de 60 anos, baixas escolaridade e renda, casados ou em união estável e aposentados (CHAVES; ANGHEBEM-OLIVEIRA, 2016; OLIVEIRA, et al, 2016; ROSSI; SILVA; FONSECA, 2015; SOUZA et al., 2017; FREITAS et al, 2014; REZENDE NETA; SILVA; SILVA, 2015; DUARTE et al., 2013; COELHO et al., 2015; VERAS et al., 2014; DANIELE; VASCONCELOS; COUTINHO, 2014).

O diagnóstico de DM é mais frequente em mulheres, podendo ser explicado pela maior procura desse público aos serviços de saúde. Além disso, o DM tem sido associado maior idade, baixa escolaridade e renda (STOPA et al., 2014; MALTA et al., 2015a; ROOS; BAPTISTA; MIRANDA, 2015; ASSUNÇÃO et al., 2017), corroborando o perfil encontrado na presente pesquisa.

O risco de desenvolver DM2 aumenta com a idade, falta de atividade física, obesidade, má alimentação, tabagismo e histórico familiar (ADA, 2018). De acordo com Santos, Beça e Mota (2015) indivíduos com menor escolaridade apresentam, potencialmente,

uma menor compreensão da doença e da terapêutica, o que os colocam em risco de autocuidado inadequado, mal controle do DM e pior desfecho da doença.

Segundo a Associação Americana de Diabetes (2018), aspectos econômicos, condições ambientais, políticas e sociais influenciam no tratamento da pessoa com DM. Pessoas que vivem em situação de Insegurança Alimentar (IA) tem maior risco de hiperglicemia por razões como consumo constante de carboidratos de baixo custo, alimentos processados, compulsão alimentar e restrições financeiras ao manejo do diabetes, que por sua vez levam a comportamentos de autocuidado ruim. Estudo realizado por Vasconcelos et al. (2015) encontrou que 78% das pessoas com DM pesquisadas viviam em condição de IA; e esta condição teve associação significativa com a obesidade abdominal.

Quanto à caracterização clínica, outros estudos, de forma semelhante a esse, encontraram maioria: em uso de antidiabético oral; acima do peso; CC com risco elevado ou muito elevado para complicações metabólicas; mal controle glicêmico e hipertensão arterial associada (COELHO et al., 2015; DUARTE et al., 2013; ROOS; BAPTISTA; MIRANDA, 2015; SOUZA et al., 2017; OLIVEIRA, et al, 2016; CHAVES; ANGHEBEM-OLIVEIRA, 2016)

No estudo realizado por Assunção et al. (2017) cujo objetivo foi avaliar o conhecimento e a atitude de pacientes com DM da Atenção Primária à Saúde (APS), 40,9% dos pacientes apresentaram sobrepeso e 31,1% obesidade, a CA (Circunferência Abdominal) esteve aumentada em 92,1% dos usuários e a HAS (Hipertensão Arterial Sistólica) esteve presente em 71,7% dos pesquisados. Os participantes apresentaram valores médios de glicemia indicativo de mal controle glicêmicos, a partir dos três métodos de avaliação utilizados (capilar de jejum – 167mg/dL; glicemia plasmática de jejum – 157 mg/dL e HbA1C (Hemoglobina glicada) – 8,67%.

Estudo de Garcia, Fischer e Poll (2016) 60% dos diabéticos estavam com excesso de peso. Roos, Baptista e Miranda (2015) encontraram que 57,14% da amostra apresentava algum grau de sobrepeso ou obesidade. No de Oliveira et al (2016) a obesidade estava presente em 40% da amostra, seguida 36,7% com excesso de peso. E de Coelho et al (2015) 60% dos participantes eram obesos. Em todos os estudos citados houve autocuidado insatisfatório. O que avaliou as medidas de CC, CP e níveis glicêmicos, encontrou valores acima dos parâmetros normais (DANIELE; VASCONCELOS; COUTINHO, 2014)

Maus hábitos alimentares, maior frequência de estilo de vida sedentário e maior frequência de excesso de peso estão associados com o aumento da prevalência do diabetes na população (SBD, 2017). Diante disso, o autocuidado em DM2, que inclui a incorporação de

hábitos, como: monitoramento do índice glicêmico, adequação da alimentação, cuidado com os pés e prática de atividade física, são imprescindíveis para a prevenção ou adequação dos níveis glicêmicos (ROOS; BAPTISTA; MIRANDA, 2015).

As atividades de autocuidado foram analisadas considerando-se a frequência de aderência nos sete dias anteriores a coleta de dados. Os escores variaram de 0 (indesejável) a 7 (desejável). Nos itens “ingerir alimentos ricos em gorduras, como carnes vermelhas, leite integral ou seus derivados” e “ingerir doces” os valores foram invertidos e seus escores corresponderam ao número de dias da semana em que os participantes não ingeriram esses alimentos. Considerou-se como insatisfatórias as atividades realizadas com frequência menor ou igual a 4 dias e satisfatórias aquelas com frequência entre 5 e 7 dias, conforme recomendado na literatura.

Os pesquisados referiram seguir dieta saudável em 3,8 dias da semana e seguir orientação alimentar dada por um profissional em 3,4 dias da semana no último mês. Resultados semelhantes a esses foram encontrados em outros estudos (ROOS; BAPTISTA; MIRANDA, 2015; VISENTIN et al, 2016). Médias superiores foram encontradas por Gomides et al (2013), Veras et al. (2014), Duarte et al. (2013) e Daniele, Vasconcelos e Coutinho (2014).

Oliveira et al. (2016) avaliou a adesão de pacientes com DM2 ao tratamento dietético e encontrou que apenas 13,3% dos pacientes da amostra aderiram ao plano alimentar proposto. E Freitas et al. (2014) que empregou a versão original do instrumento utilizado nessa pesquisa para avaliar autocuidado em DM2, encontrou que 53,1% da amostra estudada não seguiram orientações nutricionais de um profissional de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a ingestão diária de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças (equivalente a cinco porções desses alimentos) (WHO, 2003).

Cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais foram ingeridas pelos pesquisados em 4,7 dias/semana. Escores semelhantes foram encontrados por Visentin et al (2016) – 4,69; Daniele; Vasconcelos; Coutinho (2014) – 4,1; Veras et al. (2014) – 4,24; Coelho et al. (2015) – 4,1; e Duarte et al. (2013) - 4,85, dias. Menores escores foram achados por Gomides et al. (2013) – 3,8 e Roos, Baptista e Miranda (2015) – 3,51.

O autocuidado para a ingestão de carnes vermelhas e/ou derivados do leite integral foi de 3,3 dias/semana. Houve semelhanças com achados por Coelho et al. (2015) - 3,0 dias/semana – e Roos, Baptista e Miranda (2015) – 3,1 dias/semana. Escores superiores foram encontrados por Duarte et al. (2013) e Daniele, Vasconcelos e Coutinho (2014).

A ingestão de grande variedade de alimentos nutritivos tais como, legumes, leguminosas, frutas, cereais, carnes magras, aves, peixes, ovos, leite e derivados (desnatados) e a redução da ingestão de alimentos com gordura saturada, álcool e sal/açúcar adicionados são recomendados pelo Colégio Australiano Real de Clínicos Gerais (RACGP) (2016) com a finalidade de controlar níveis glicêmicos e manter o peso adequado em indivíduos com DM2.

Pesquisa recente de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel), mostrou que o consumo desses alimentos pela população brasileira ainda é inadequado (BRASIL, 2017).

Ao relacionar IMC e as variáveis de autocuidado alimentação geral e específica, observou-se que quanto mais elevado o IMC menor foi a frequência de autocuidado para item ingerir alimentos ricos em gordura como carnes vermelhas, leite integral e seus derivados. Enquanto pessoas de baixo peso realizaram essa atividade de autocuidado em 3,7 dias na semana os obesos realizaram somente por 2,5 dias.

A obesidade é um fator de risco significativo para o aumento da incidência de DM2 e da morbimortalidade por outras doenças como dislipidemia, HAS, doença coronariana isquêmica, entre outras (MENEZES et al., 2014).

Ao relacionar CC com alimentação geral e específica, encontrou-se resultados diferentes do esperado. Os participantes com CC com risco elevado para complicações metabólicas ingeriram 5 ou mais porções de frutas e/ou vegetais com maior frequência nos últimos sete dias (5,6) que os que estavam com a CC sem risco (3,4). Esses indivíduos também tiveram maiores escores para as atividades alimentação geral e consumo de carnes vermelhas e derivados do leite integral.

Diante desse resultado, considera-se que uma das limitações da pesquisa é o fato de só se avaliar as atividades da última semana, assim não é possível saber se essas atividades estavam sendo realizadas há um longo tempo ou somente nos últimos sete dias. Desse modo, pode-se inferir que essas pessoas realizavam essas atividades de autocuidado com objetivo de reverter o mal controle metabólico presente, que pode ser resultante de práticas de autocuidado insatisfatórias no passado.

A CC é uma mensuração de gordura central simples, de baixo custo, facilmente aplicável e é considerada um bom indicador de risco cardiovascular, metabólico e de resistência à insulina. Estudo mostrou associação significativa entre CC elevada e alimentação inadequada, excesso de peso, diabetes e inatividade física (FREITAS et al., 2018). A CC aumentada favorece o aparecimento de complicações crônicas da doença, além de interferir nas atividades de autocuidado (SBD, 2016).

Houve significância também na associação entre CP e alimentação específica. Os indivíduos com CP sem risco para complicações cardiovasculares tiveram maior escore para o item ingerir 5 ou mais porções de vegetais e/ou frutas na semana (CP sem risco = 5,2 dias e CP com risco = 4,1 dias). Além de maiores escores de autocuidado para as atividades alimentação geral, consumo de carnes vermelhas e derivados do leite integral e atividade física.

A CP é outra mensuração utilizada para triagem de resistência à insulina e se correlaciona positivamente com excesso de peso e fatores de risco cardiovascular (SBD, 2017). No estudo de Daniele, Vasconcelos e Coutinho (2014) que avaliou o autocuidado de pacientes com DM2 na atenção básica encontrou que o grupo de participantes com melhor cuidado alimentação tinham menores valores de CP.

Outra associação significativa foi entre Pressão Arterial e alimentação. Pessoas com PAS normal realizaram uma alimentação geral – seguir dieta saudável e orientação profissional – com maior frequência durante a semana que os com pré-hipertensão ou com hipertensão arterial. E mesmo sem diferença significativa, destaca-se que pessoas com PAD tiveram maiores para alimentação geral e consumo de frutas e/ou vegetais que os pré-hipertensos e hipertensos. Corroborando com a evidencia de que adoção de uma dieta saudável em pacientes com DM2 está vinculado a menores valores de PA (SBD, 2017).

Na amostra estudada, os pesquisados evitaram o consumo de doces 6,1 dias/semana, evidenciando autocuidado satisfatório para esse item. Valores semelhantes foram encontrados por Coelho et al (2015) – 6,0 dias/semana – e por Souza et al. (2017). Este último avaliou as atividades de autocuidado em três unidades de atenção à saúde, primária, secundária e terciária e encontrou os seguintes escores para essa atividade de autocuidado: 5,93; 5,68 e 6,20 dias, respectivamente. Resultados de diversos outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento de avaliação da presente pesquisa corroboram o achado (DUARTE et al., 2013; ROOS; BAPTISTA; MIRANDA, 2015; VISENTIN et al, 2016; GOMIDES et al., 2013; VERAS et al., 2014; DANIELE; VASCONCELOS; COUTINHO, 2014).

Dentre os princípios de uma alimentação saudável para pessoas com DM está o de limitar o consumo de alimentos que contenham açúcares livres por terem relação direta com o aumento dos níveis glicêmicos, além de estarem associados com excesso de peso e obesidade (SBD, 2017).

A prática de exercícios físicos diários é recomendada para melhorar o metabolismo, o perfil lipídico, diminuir a pressão arterial, favorecer o controle glicêmico e, conseqüentemente, reduzir riscos cardiovasculares (IDF, 2017; ADA, 2018; SBD, 2017).

A frequência média de autocuidado para atividade física foi de 2,7 dias para realização de atividade física por pelo menos 30 minutos e de 2,4 dias para a realização de atividade física específica. Para essa dimensão do autocuidado, estudos encontraram resultados análogos a esses (DANIELE; VASCONCELOS; COUTINHO, 2014; VISENTIN et al, 2016; COELHO et al., 2015; SOUZA et al., 2017). Escores ainda menores foram encontrados por Roos, Baptista e Miranda (2015), Veras et al., (2014) e Gomides et al., (2013). Nestes dois últimos os escores foram próximos a zero para a realização de atividade física específica – 0,89 e 0,4 dia/semana, respectivamente.

Em estudo realizado por Duarte et al (2012) com uma amostra de 225 pacientes com DM, 62% com DM2 relataram não praticar exercício físico regularmente. Ao avaliar o relato dos motivos da não adesão a essa atividade de autocuidado por pessoas com DM, os com DM2 afirmaram “por desconforto”, “por restrição médica” e “por não gostarem”.

No mesmo estudo citado, ao comparar a realização exercícios físicos entre pacientes com DM1 e DM2, este último grupo teve menor proporção de realização dessa prática (29,7% e 46,7%, respectivamente). Ressalta-se, no entanto, que como foi pontuado pelos autores, esses resultados podem ser explicados tendo em vista as características da amostra com DM2: eram mais velhos, tinham maior IMC e menor grau de escolaridade em relação aos pacientes com DM1.

Ao associar a variável faixa etária com a aderência à prática de atividade física, notou-se que a frequência dessa atividade foi semelhante para todas as faixas etárias e sem diferença significativa, no entanto, proporcionalmente ao avançar da idade, os indivíduos tendiam a ter uma menor frequência dessa atividade.

Estudo realizado por Coelho et al (2015) observou correlação inversa entre idade e atividade física, onde quanto maior foi a idade menor foi a frequência da prática dessa atividade. Asano et al. (2015) ao analisar os fatores que influenciam uma vida ativa e sedentária não encontrou associação significativa entre idade e atividade física, no entanto, 72% das pessoas que eram sedentárias tinham mais de 55 anos de idade.

No que se refere à faixa etária, outra variável que se associou significativamente foi o consumo de frutas e/ou vegetais. Indivíduos com idade acima de 50 anos, principalmente na faixa etária de 50 a 69 anos referiram consumir 5 ou mais porções de frutas e/ou vegetais com maior frequência durante a semana que os de menor faixa etária. Barbosa et al (2014) constatou que idosos (84,7%) tinham melhor controle da alimentação em relação aos adultos (72,4%) e menor adesão à prática de exercício físico (idoso = 51,4%; adulto = 53,4%). No estudo de Stopa et al (2014) com idosos com DM, 52,1% mencionaram fazer dieta alimentar e mais de 85,0%

dos idosos referiram não adotar a prática de atividade física nos dois anos em que pesquisa correu.

Notou-se diferença de aderência à prática de atividade física também entre os sexos. Homens tiveram maior escore para a prática de atividade física em relação às mulheres, no entanto sem evidência significativa. Outros estudos encontraram associação entre sexo e realização de atividade física. Mostrando a frequência desse autocuidado maior para homens em relação as mulheres (ARRELIAS et al, 2015; DANIELE; VASCONCELOS; COUTINHO, 2014). Já Asano et al (2015) ao analisar os fatores que influenciam na prática de exercício físico demonstrou não haver influência do gênero em ser ativo ou inativo. Ressalta-se que no presente estudo os dois grupos tiveram o autocuidado insatisfatório para essa atividade.

Ao analisar a relação entre sexo e alimentação, encontrou-se resultados significantes: indivíduos de sexo feminino tiveram maiores escores para alimentação geral e para o consumo de frutas e/ou vegetais durante a semana em relação aos do sexo masculino. Corroborando com os achados, Zanetti et al. (2015); Daniele, Vasconcelos e Coutinho (2014) e Stopa et al (2014) mostraram em seus estudos que mulheres tiveram melhor adesão para seguir dieta e as recomendações nutricionais.

Todavia, notou-se que homens evitaram o consumo de doces por mais dias na semana que as mulheres. Esse resultado corrobora com o do estudo de Roos, Baptista e Miranda (2015) em que se encontrou relação estatisticamente significativa entre sexo e consumo de doces. Nesse estudo as mulheres consumiram doces por 4,25 dias na semana, o dobro comparado com homens (2,0 dias). Ainda, de modo divergente aos resultados da presente pesquisa, no mesmo estudo citado, homens tiveram melhores escores para seguir dieta saudável e consumir 5 ou mais porções de frutas e/ou vegetais. Mesmo assim, destaca-se que a média de autocuidado para esses itens por esse grupo apresentou-se insatisfatória.

Duarte et al (2013) avaliou o autocuidado com o diabetes numa amostra constituída somente por homens e encontrou escores de autocuidado para alimentação e atividade física superiores ao do presente estudo.

Barbosa et al (2014) em seu estudo com pessoas com DM também constatou associação entre sexo e autocuidado: as mulheres predominaram no seguimento do controle da alimentação (84,1%), enquanto, 58,1% dos homens realizam mais exercício físico que as mulheres (44,4%).

O maior consumo de frutas e hortaliças por pessoas mais velhas do sexo feminino; a prática de atividade física mais frequente entre os indivíduos jovens do sexo masculino; e

maior consumo de doces (em 5 dias da semana ou mais) por mulheres, na população brasileira, tem sido evidenciada na literatura (BRASIL, 2017).

O estudo de Malta et al. (2015b) que apresenta as frequências para as capitais brasileiras dos indicadores relativos ao estilo de vida segundo a PNS e a Vigitel, realizados no ano de 2013, corrobora com os resultados desse estudo ao mostrar: elevado consumo de carne com excesso de gordura; baixo consumo recomendado de frutas e hortaliças, com maior prevalência de consumo para as mulheres em relação aos homens; prática do nível recomendado de atividade física no tempo livre aquém do indicado, e homens são mais ativos que as mulheres.

Características que podem constituir-se como preditoras para a não adesão ao tratamento, segundo Arrelias et al. (2015) são: baixa qualidade de vida e socioeconômica, problemas de enfrentamento da doença e maior prevalência de sentimentos negativos.

Não houve significância estatística ao relacionar IMC e a variável de autocuidado atividade física, todavia, notou-se que pessoas eutróficas tiveram maiores escores para a prática desse autocuidado durante a semana em relação as pessoas com pré-obesidade/sobrepeso e obesidade (2,9; 2,5; 2,1 dias, respectivamente). E diferente do que se esperava, os participantes com CC com risco elevado e muito elevado para complicações metabólicas tiveram maior escore para a prática de atividade física.

Daniele, Vasconcelos e Coutinho (2014) também encontraram resultados que podem ser comparados com os aqui apresentados. No seu estudo, os participantes mais obesos, com maiores valores para RCQ (Relação Cintura Quadril) e CP pertenciam ao grupo mais ativo fisicamente. No entanto, vale ressaltar que tanto nesse estudo quanto no citado, a frequência da prática dessa atividade está aquém do recomendado para se alcançar o controle metabólico.

É evidente que o aumento do gasto energético com diminuição de hábitos sedentários e aumento de exercícios físicos é determinante para perda de peso (ABESO, 2017). A prática de atividade física regular tem como efeitos positivos a melhora na composição corporal, diminuição da glicemia, diminuição na pressão arterial, entre outros benefícios (ASANO et al, 2015).

Corroborando com as evidências da literatura, no presente estudo as pessoas com PAS normal praticaram atividade física com maior frequência durante a semana que os com pré-hipertensão ou com hipertensão arterial. Além disso, as pessoas classificadas como hipertensas foram as que realizam atividade física com menor frequência durante a semana.

A monitorização da glicemia foi a dimensão com menor escore encontrado no presente estudo: 0,7 dia no item “avaliar o açúcar no sangue” e 0,5 dia no item “avaliar o açúcar

no sangue o número de vezes recomendado”. Esse resultado vai de encontro com os obtidos por Duarte et al (2013) em sua pesquisa sobre autocuidado com homens com DM2 em que os menores escores encontrados foram para esses itens: 1,79 e 2,10 dias, respectivamente.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2017) recomenda que a automonitorização da glicemia em pacientes em tratamento intensivo, com múltiplas injeções de insulina seja realizada no mínimo quatro vezes ao dia; para pacientes com DM2 em uso de esquemas menos agressivos de insulina em uma frequência de duas ou três vezes ao dia. No entanto não há consenso sobre a frequência da automonitorização da glicemia para pacientes com DM2 tratados apenas com antidiabéticos orais.

Considerando que maior parte da amostra estudada utilizava antidiabéticos orais como tratamento, os baixos escores para frequência de monitorização da glicemia encontrados justificam-se, tendo em vista o exposto e também por a maioria dos pesquisados relatarem não ter recebido orientação profissional quanto a frequência dessa prática. Além disso, os indivíduos que faziam uso de insulina foram os que realizaram esse autocuidado com maior frequência, corroborando que é um autocuidado que varia de acordo com a necessidade de cada paciente e a recomendação de sua realização.

Coelho et al. (2015) em estudo sobre autocuidado em pessoas com DM também encontrou menores escores de monitorização da glicemia para as pessoas faziam uso de antidiabéticos orais. Em contrapartida, nos estudos realizados por Gomides et al. (2013) e Veras et al. (2014), em que a maioria dos pesquisados utilizavam como tratamento medicamentoso a insulina, obteve-se escores para o autocuidado de monitorização da glicemia satisfatórios. Para “avaliar o açúcar no sangue” os escores foram de 4,7 e 5,8 dias e para “avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado” 4,1 e 4,3 dias, respectivamente. E um outro em que a amostra era composta somente com pessoas insulino dependentes, a monitorização da glicemia era realizada em 5,32 dias na semana (VISENTIN et al., 2016).

Cabe destacar que, a pesar das considerações citadas, esses resultados apontam a necessidade de intervenções no que diz respeito a orientação sobre a importância da realização dessa atividade, com o objetivo de melhorar o autocuidado, tendo em vista que de acordo com SBD (2017), o automonitoramento diário de glicose no sangue fornece ao indivíduo com diabetes informações que permitem avaliar a sua alimentação, a prática de atividade física e a administração dos medicamentos.

Outra correlação estatisticamente significativa encontrada nesse estudo com a monitorização da glicemia foi o tempo de diagnóstico. O mesmo foi encontrado no estudo de Coelho et al (2015) em que se avaliou a relação entre atividades de autocuidado e controle

clínico em pessoas com DM: quanto maior o tempo de diagnóstico maior foi a frequência de monitorização da glicemia.

A variável clínica tempo de diagnóstico correlacionou-se significativamente também com tratamento medicamentoso. Em conformidade aos achados desse estudo, Arrelias et al (2015) também encontrou relação entre maior tempo de diagnóstico e maior aderência ao tratamento medicamentoso.

De acordo com Malta et al. (2015a), o menor uso de medicamentos entre adultos mais jovens possivelmente está relacionado a um diagnóstico mais recente e doença menos avançada, situações que favorecem o controle por medidas não farmacológicas, como dieta e atividade física.

Segundo Tiv et al. (2012) aqueles com maior tempo de diagnóstico podem ter mais informações sobre a doença, o que os torna mais seguros e autoconfiantes em relação ao tratamento proposto. No entanto, no decorrer do tempo pode ocorrer descuido com o seguimento do tratamento, dentre outros fatores, por falta de motivação e percepção de resultados efetivos.

Nesse sentido, pontua-se que o profissional de saúde precisa redobrar a atenção aos recém-diagnosticados, a fim de esclarece-los sobre o caráter crônico da doença e a importância do seguimento regular do tratamento. E para aqueles com maior tempo de doença deve avaliar o grau de motivação e possíveis limitações que possam dificultar a adesão ao tratamento proposto (ARRELIAS et al., 2015).

O autocuidado para o uso da medicação foi satisfatório, com frequência de 6,6; 7,0 e 6,4 dias/semana para os itens “tomar os medicamentos”, “tomar as injeções de insulina e “tomar o número indicado de comprimidos”, conforme recomendado, respectivamente. Concordante com o achado, os estudos de Gomides et al. (2013) e Veras et al. (2014) também apresentaram autocuidado satisfatório. O primeiro teve escore de 6,9 dias/semana para o uso de injeções de insulina e 7,0 dias/semana para o uso de comprimidos para o diabetes; e o segundo, 6,58 dias/semana para uso recomendado dos medicamentos; 6,14 dias/ para as injeções de insulina e 5,63 dias/semana para o número recomendado de comprimidos.

De forma contraditória, no estudo de Daniele, Vasconcelos e Coutinho (2014) o autocuidado com o uso da medicação foi insatisfatório, com frequência de apenas 2,9 dias/semana para o item “tomar as injeções de insulina conforme recomendado”

Reitera-se, que o tratamento medicamentoso por si só não é suficiente para garantir um bom controle glicêmico ou metabólico, de modo que o tratamento não medicamentoso tem considerável importância nesse desfecho. Achados do estudo de Souza et al. (2017) confirmam

isso ao obter os seguintes resultados: os participantes com altos escores para a terapia medicamentosa tiveram o valor médio da hemoglobina glicada (HbA1c) de 9,73%, indicando mal controle glicêmico. Além disso, esses participantes também obtiveram baixos escores para os itens ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais, ingerir alimentos ricos em gorduras e no domínio atividade física.

Resultados encontrados em outros estudos como mostrado por Arrelias et al (2015) e Coelho et al (2015) foram concordantes. No primeiro, no qual se encontrou não aderência de: 98,3% ao plano alimentar, 41,9%, à atividade física e 15,8%, ao tratamento medicamentoso, 75,1% dos valores de HbA1c estavam alterados. E no segundo, em que houve boa adesão ao tratamento medicamentoso e pior adesão nos itens sobre a prática de atividade física, o resultado médio da HbA1c foi de 9,5%.

Estudo realizado em Portugal mostrou que pessoas com DM2 que tinham hábitos alimentares inadequados apresentaram maiores índices glicêmicos não controlados e pior qualidade de vida (SANTOS; BEÇA; MOTA, 2015).

Corroborando com o exposto, os resultados dessa pesquisa mostraram que os avaliados que estavam com bom controle glicêmico tiveram melhor escore para as dimensões do autocuidado alimentação geral e atividade física. Esses indivíduos seguiram uma dieta saudável e a orientação profissional com maior frequência na semana que os com mal controle glicêmico. E realizaram atividade física durante a semana com frequência duas vezes maior que os com mal controle glicêmico (4,1 versus 2,1 dias/semana). Além disso, o grupo com bom controle glicêmico também tomou a medicação conforme o recomendado com maior frequência (6,9 dias os com bom controle glicêmico e 6,4 dias os com mal controle).

A atividade física é evidenciada como uma prática imprescindível para o controle glicêmico em pessoas com diabetes. Em estudo realizado por Gonela et al. (2016), dos pesquisados, 68,9% dos classificados como ativos ou muito ativos tinham bom controle glicêmico, enquanto 76,9% dos sujeitos sedentários estavam em mal controle glicêmico.

Arrelias et al (2015) ao analisar a relação entre as variáveis de controle metabólico e a não adesão ao tratamento medicamentoso, ao plano alimentar e a atividade física, obteve que a maioria dos que apresentaram não adesão aos tratamentos eram aqueles em mal controle metabólico, em destaque, com níveis inadequados de HbA1c, indicando mal controle glicêmico.

A hiperglicemia se não for controlada ao longo do tempo, pode causar danos a vários órgãos do corpo, levando ao desenvolvimento de incapacidades e complicações de saúde com risco de vida, como doença cardiovascular, neuropatia, nefropatia e doença ocular, levando

a retinopatia e cegueira (IDF, 2017). O aparecimento dessas complicações se agrava nas pessoas que não realizam as atividades de autocuidado relacionadas à alimentação correta, atividade física e ao uso adequado dos medicamentos quando necessários (ADA, 2013).

O autocuidado satisfatório com adoção de hábitos de vida saudáveis: alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo é o fundamento do tratamento do DM2, permite controlar a glicemia e contribui para qualidade de vida e diminuição da morbimortalidade em pessoas com DM (BRASIL, 2013).

Para o tabagismo o autocuidado foi satisfatório. Maioria dos pesquisados referiram não ter fumado nos últimos sete dias (96,5%). E quantidade expressiva nunca haviam fumado (57%) ou cessaram esse hábito há mais de dois anos (34,9). Resultados equivalentes a esses foram encontrados por Gomides et al. (2013); Veras et al. (2014); Coelho et al (2015); Daniele, Vasconcelos e Coutinho (2014); Freitas et al (2014); e Visentin (2016).

Estudo também realizado em Picos-PI no ano de 2012 com pessoas com DM2 na Atenção Básica, o tabagismo foi referido por mais de 50% dos indivíduos (SOUSA et al., 2015). Esse resultado permite inferir que houve melhora do autocuidado da população para esse item no decorrer dos 6 anos.

No Brasil tem sido notável a redução do uso do tabaco, resultante de políticas públicas de combate ao fumo, a exemplo das mensagens de advertências nas embalagens, o aumento dos impostos sobre o produto e a proibição de propagandas. Além disso, citasse o investimento do Ministério da Saúde em ações promotoras de mudanças de comportamento que oferecerem apoio efetivo à cessação do tabagismo na APS (SILVA et al. 2014).

Esses resultados reafirmam as evidências do estudo desenvolvido por Szwarcwald et al. (2015a) com dados da PNS (2013): os indivíduos com diabetes priorizam cessar hábitos nocivos tais como, consumo de doces, uso de tabaco e álcool, a adotar novos hábitos/práticas que trazem benefícios à saúde e contribuem para o controle glicêmico, como a prática regular de atividade física ou ao consumo adequado de frutas e hortaliças.

Quanto ao cuidado com os pés, enfatiza-se que para prevenir complicações alguns cuidados são essenciais, tais como: o exame diário dos pés, em busca de edema, eritema, calosidade, descoloração, cortes ou perfurações e ressecamento excessivo; a manutenção da higiene, secagem cuidadosa principalmente entre os dedos, cortar as unhas em linha reta, sem deixar pontas, e a não utilização de calçados apertados (CUBAS et al., 2013).

Para essa dimensão, encontrou-se as seguintes frequências de aderência ao autocuidado: 2,8 dias para “examinar os pés”; 2,3 dias para “examinar dentro dos calçados antes de usá-los” e 3,7 dias para “secar os espaços entre os dedos depois de lavá-los”. Médias de

frequência de autocuidado com os pés superiores à desse estudo foram encontradas por Roos, Baptista e Miranda (2015), Veras et al., (2014), Daniele; Vasconcelos; Coutinho (2014), Visentin et al, (2016), Coelho et al. (2015) e Rezende Neta, Silva e Silva (2015). Ressalta-se que em todos os estudos citados, de modo concordante, o item que teve melhor escore de autocuidado foi “secar os espaços entre os dedos depois de lavá-los”.

Houve relação significativa desse cuidado com a faixa etária. Pessoas acima de 50 anos tiveram maior escore para atividade de autocuidado “secar os espaços entre os dedos depois de lavá-los”, em relação aos de idade inferior. Diferente desse resultado, Coelho et al (2015) encontrou correlação inversa entre idade e cuidado com os pés, pessoas com maior idade realizavam o cuidado de examinar os pés com menor frequência.

O resultado encontrado pode ser explicado, tendo em vista que pessoas de maior faixa etária geralmente tem maior tempo de diagnóstico e segundo Cortez et al. (2015) quanto maior o tempo de doença, maior é a possibilidade de aparecimento de complicações. O maior risco de complicações por sua vez, a exemplo do pé diabético, pode levar essas pessoas a terem maior frequência para o autocuidado de examinar os pés para prevenir complicações ou por já as terem.

Para essa dimensão, encontrou-se associação significativa também com a variável orientação profissional. Os participantes que referiram ter recebido orientação sobre cuidado com os pés realizaram o autocuidado de examinar os pés com maior frequência durante a semana que as pessoas que não receberam esse tipo de orientação. E houve maior frequência de autocuidado desse grupo também para o item examinar os calçados.

Rezende Neta, Silva e Silva (2015) em seu estudo sobre autocuidado com os pés em pessoas com DM também encontrou associação estatisticamente significativa entre orientação profissional sobre cuidado com os pés e a frequência da pratica desse autocuidado: o grupo que recebeu orientação teve maior escore para os itens examinar os pés, examinar o interior dos sapatos e secar os espaços interdigitais.

Outro estudo realizado por Souza et al (2017) corrobora a importância da educação no autocuidado com os pés. Esse estudo analisou a diferença nas médias de frequência de autocuidado em unidades dos três níveis de atenção à saúde e encontrou o seguinte resultado: a unidade de saúde em que era desenvolvido um trabalho de educação em DM com pessoas que possuíam úlceras, obteve maiores escores de autocuidado para o item “examinar dentro dos calçados antes de calça-los”.

Gomides et al (2013) ao avaliar o autocuidado de pacientes com DM que possuíam complicações em membros inferiores, obteve escores de autocuidado com os pés próximo ao

desejável nos três itens (6,2; 5,2 e 5,1 dias) e os autores enfatizam que tal resultado pode ser explicado pelo fato de as pessoas que participaram do estudo receberem acompanhamento ambulatorial e orientações da equipe profissional local. Isso reforça a importância do apoio dos profissionais ao paciente no que diz respeito à educação e ao estímulo ao autocuidado.

No que se refere a orientação profissional sobre o autocuidado em DM, constatou-se que a maioria recebeu orientação para três cuidados: medicação (91,9%) alimentação (79,1%) e atividade física (75,6%). E minoria (46,5%) para o cuidado com os pés. Todos os pesquisados receberam algum tipo de orientação mesmo que somente de um dos cuidados. Quanto aos profissionais que orientaram, o Médico teve maior frequência da prática de orientações (83,2%), seguido pelo Enfermeiro (20,9%) e Nutricionista (19,8%).

No estudo de Lindemann e Mendoza-Sassi (2016) sobre orientação para alimentação na atenção primária, 42% dos entrevistados referiram receber orientação para alimentação saudável.

As ações ou programas educativos são percebidos pelos usuários com DM como um suporte para a aquisição de novos conhecimentos, para o desenvolvimento e manutenção das práticas de autocuidado e favorável a construção de vínculo entre os usuários e os profissionais da saúde (VIEIRA; CECÍLIO; TORRES, 2017).

Estudo realizado por Rezende Neta, Silva e Silva (2015) em Teresina-PI, em que se avaliou as ações de promoção do autocuidado com os pés realizadas pelo Enfermeiro, mostrou que 53,8% dos pesquisados afirmaram nunca ter recebido orientação a respeito da necessidade de examinar os pés e de secar os espaços interdigitais, e 66,5% sobre inspeção dos sapatos antes de calca-los.

Já Oliveira et al (2016) em seu estudo sobre a atuação dos Enfermeiros na estratégia saúde da família na prevenção do pé diabético, constatou que esses profissionais dão instruções específicas, compreendendo os cuidados diretamente associados aos pés, e também instruções gerais, compreendendo os passos para controlar adequadamente o DM. Sobre as instruções específicas: 68,4% dos enfermeiros orientaram sobre o uso de calçados confortáveis; 44,7% a cortar as unhas em linha reta; 34,2% sobre higiene adequada dos pés; 34,2% sobre hidratação dos pés; 15,8% sobre inspeção diária dos pés e 13,2% a não andarem descalços. Quanto às orientações gerais 15,8% enfermeiros orientaram sobre a atividade física regular; 10,5% sobre alimentação saudável; 10,5% sobre o uso correto da medicação.

Asano et al. (2015) analisou em seu estudo os fatores que influenciam uma vida ativa e sedentária, e encontrou associação significativa entre conhecimento e a prática do autocuidado. O fator possuir conhecimentos específicos dos efeitos do exercício no controle do

DM influenciou em 4,6 vezes um diabético ser ativo. No entanto, os mesmos autores enfatizam que a orientação profissional deve ser específica e de qualidade para ter efeitos positivos, pois o estudo mostrou que apesar de 100% da amostra saber que o exercício físico faz bem ao diabetes, apenas 49% da amostra de diabéticos sedentários sabiam dos efeitos específicos do exercício, já 82% da amostra de diabéticos ativos possuíam tal conhecimento.

A educação em diabetes de alta qualidade e apoio aos pacientes a mudança de comportamento é significativa na melhoria da autogestão do paciente, satisfação, e resultados de controle glicêmico (ADA, 2018).

De acordo com dados da PNS (2013), a proporção de indivíduos com DM que receberam recomendações relacionadas aos comportamentos saudáveis último atendimento de saúde na Atenção Básica (AB) foi de 95,8% para “manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais)”; 89,5% para diminuir o consumo de carboidratos e 84,4% para “praticar atividade física regular”. No entanto, mesmo com alta proporção de orientações recebidas, a adoção de comportamentos saudáveis não foi satisfatória, mostrando-se como um processo complexo que não depende somente da promoção da saúde no nível assistencial (SZWARCOWALD et al., 2015b). Outra pesquisa corrobora isso ao mostrar que 43,9% da amostra avaliada tinha conhecimento satisfatório sobre o diabetes, no entanto, 97,7% dos participantes apresentavam atitudes negativas acerca da doença (ASSUNÇÃO et al., 2017).

Na presente pesquisa, apesar de maior parte ter referido o recebimento de orientações sobre a maioria das atividades de autocuidado, a adesão da amostra para o autocuidado mostrou-se insatisfatória, exceto para o de evitar o consumo de doces e para o uso recomendado da medicação que obteve escore próximo ao máximo. A não aderência pode estar relacionada a determinantes sociais, tais como dificuldades de compreensão da informação repassada e financeira para aquisição dos insumos necessários, tendo em vista que a amostra do estudo em sua maioria tinha baixa escolaridade e renda. Além disso, somasse a prevalência de pessoas com idade avançada, podendo as mesmas terem limitações físicas e cognitivas que atrapalhem na compreensão e/ou desenvolvimento das atividades de autocuidado.

Assim, para o alcance de adesão satisfatória aos cuidados com o DM, Coelho et al. (2015) pontua que o processo educativo para as atividades de autocuidado deve ser contínuo e atualizado de acordo com as necessidades pessoas identificadas a cada atendimento.

Santos et al. (2018) enfatiza a importância de atuação de uma equipe multidisciplinar para apoiar pessoas com DM para prevenir complicações e promover saúde. Os profissionais de saúde precisam orientar o paciente e os familiares considerando os aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais que possam intervir no processo saúde/doença.

Afirma ainda que a equipe deve ser capaz de ajudar na motivação do paciente, de maneira a encorajá-los a assumirem a responsabilidade do próprio controle e/ou tratamento.

7 CONCLUSÃO

Em termos gerais, a amostra possuía autocuidado insatisfatório para a maioria das atividades. Os únicos itens considerados como satisfatórios foram: ingerir doces; tomar os medicamentos conforme o recomendado; tomar as injeções de insulina conforme o recomendado e tomar o número adequado de comprimidos para o diabetes. Também foi constatado baixo percentual de tabagismo entre os pesquisados

Os menores escores de autocuidado encontrados foram para monitorização da glicemia, justificando-se por maioria dos pesquisados utilizarem antidiabético oral e não terem recebido orientação do Médico ou Enfermeiro quanto a frequência de realização dessa prática. E os melhores escores foram para a terapêutica medicamentosa, em destaque o uso de injeções de insulina, que obteve escore máximo, evidenciando autocuidado satisfatório.

O perfil dos pesquisados – idade avançada, baixa escolaridade e renda – pode ter influenciado no autocuidado inadequado para a maioria das atividades pesquisadas. Referente à escolaridade, enfatiza-se que o estudo estabeleceu como critério de inclusão saber ler e escrever, isso leva a inferir que a população a qual a amostra pertencia possui grau de escolaridade ainda mais baixo que os apresentados.

A orientação sobre cuidado com os pés, a pesar de ter sido a menos recebida pelos pesquisados, foi a única variável de orientação que teve associação significativa com a frequência de atividades de autocuidado, levando-se a inferir que pode estar relacionado com melhor qualidade da orientação dada e/ou a compreensão da mesma. E também do maior risco de complicações nesses membros.

Notou-se que o tratamento medicamentoso isoladamente não foi capaz para garantir o controle metabólico. Ao passo que o tratamento não medicamentoso, principalmente a alimentação adequada e a prática regular de atividade física mostraram maiores efeitos para esse controle.

Uma das limitações da pesquisa é que o instrumento utilizado só avalia as atividades da última semana, assim não foi possível saber se essas atividades eram realizadas há um longo tempo e de modo contínuo ou somente nos sete dias anteriores a pesquisa, de modo que não permite avaliar efetivamente os efeitos das práticas de autocuidado sobre as variáveis antropométricas tais como IMC, CC e CP, por serem medidas que demandam tempo para serem modeladas. Além disso, não é possível afirmar se foi o atual perfil metabólico e clínico dos pesquisados que influenciou na realização das atividades de autocuidado objetivando alcançar o controle ou se esse perfil é consequência dessas práticas.

Outras considerações a serem feitas sobre o instrumento utilizado para avaliar o autocuidado são: alguns itens questionam o pesquisado de forma muito subjetiva, a exemplo do item seguir dieta saudável, de modo que se pode questionar “o que é alimentação saudável para cada um dos pesquisados?” além disso, é preciso considerar que questões culturais também podem interferir na percepção do que é saudável. O item examinar dentro dos calçados antes de usá-los também cabe ressalva. Percebeu-se que esse item não permite avaliar o autocuidado de forma efetiva, tendo em vista que algumas pessoas não usam sapatos ou não o fazem todos os dias.

Diante do apresentado, pondera-se que o QAD é um instrumento simples e de fácil aplicabilidade que permite avaliar a aderência do autocuidado da pessoa com DM no presente momento. Assim para melhor o aproveitamento dessa ferramenta, sugere-se a sua utilização de forma contínua pelos Enfermeiros nas suas consultas para a avaliação do autocuidado. Com ele é possível identificar as pessoas com autocuidado insatisfatório, traçar medidas, intervir de modo direcionado e posteriormente reavaliar o impacto das intervenções realizadas, continuamente.

No entanto, ressaltasse que para isso o Enfermeiro deve buscar conhecer previamente algumas características do paciente antes de intervir, tais como: escolaridade, renda, limitações físicas, cognitivas e sociais do paciente, para que se possa compreender os fatores que interferem ou que causam prejuízo na aderência das atividades para que se possa prover informações adequadas a compreensão e a elaborar um plano individual de cuidados compatível com a realidade de cada paciente de maneira a envolvê-lo na melhoria do autocuidado e controle do DM.

Cita-se como dificuldade encontrada para a realização desse trabalho a existência de poucos estudos que relacionavam a aderência às atividades de autocuidado com o controle clínico e metabólico em pessoas com DM. Assim, sugere-se que estudos futuros sejam realizados para preencher lacunas do conhecimento referente a essa temática e se possa compreender efetivamente a influência dessas práticas no tratamento de DM.

A investigação mostrou-se relevante posto que, a pesar de se ter avaliado uma amostra consideravelmente pequena, seus resultados podem ser generalizados, pois corroboram com os achados pela literatura vigente no que se refere ao perfil sociodemográfico, clínico e de atividades de autocuidado, e suas associações. Destarte, os dados aqui apresentados permitem avaliar a importância do autocuidado no controle metabólico do DM2, e servem como subsídio para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA) Standards of Medical Care in Diabetes 2018. **Diabetes Care**. Vol. 41, Suppl., 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.2337/dc18-SINT01>>. Acesso em: 28 de abril de 2018.

ARAÚJO FILHO, A. C. A. et al. Perfil epidemiológico do Diabetes *Mellitus* em um estado do nordeste brasileiro. **J. res.: fundam. care. online**. n. 9, v. 3, p. 641-647, 2017.

ARRELIAS, L. C. et al. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus e variáveis sociodemográficas, clínicas e de controle metabólico. **Acta Paul Enferm**. n. 28, v. 4, 2015.

ASANO, R. Y. et al. Fatores que influenciam a adesão de diabéticos à prática de exercícios físicos. **R. bras. Ci. e Mov.** v. 23, n.1, p.5-11, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016**, ABEP, 2016. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>, acesso em: 08 de setembro de 2017.

BARBOSA, I. M. et al. Influência da assistência de enfermagem por telefone na prática do autocuidado do usuário com diabetes mellitus. **Rev enferm UFPE on line**. n. 8, v.11, p.3874-80, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o autocuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**, Brasília- DF, 2013.

_____. 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, 162 p, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**, Brasília- DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde (BR). **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução n. 466/12 de 12 de dezembro de 2012 – CNS. Brasília- DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2016 Saúde Suplementar**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CHAVES, R. L.; ANGHEBEM-OLIVEIRA, M. I. Perfil clínico-laboratorial e comprometimento vascular em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 20, n. 1, p, 59-65, 2016.

COELHO, A. C. M. et al. atividades de autocuidado e suas relações com controle metabólico e clínico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enferm**. n. 24, v. 3, p. 697-705, 2015.

- CORTEZ, D. N. et al. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paul Enferm.** n. 28, v. 3, p. 250-5, 2015.
- COSTA, A. F. et al. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** n. 33, v. 2, 2017.
- CUBAS, M. R. et al. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. **Fisioter Mov.** v. 2, n. 3, p. 647-55, 2013.
- DANIELE, T. M. C; VASCONCELOS, J. P.; COUTINHO, F. G. Avaliação do autocuidado de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 em uma unidade de atenção básica. **Rev. Cinergis.** n. 15, v. 13, p. 35-139, 2014.
- DUARTE, C. K. et al. Nível de atividade física e exercício físico em pacientes com diabetes mellitus. **Rev Assoc Med Bras.** n. 58, v. 2, p. :215-221, 2012.
- DUARTE, M. R. et al. Análise do comportamento de autocuidado de homens diagnosticados com Diabetes Mellitus Tipo II. **Rev. Brasileira de Qualidade de Vida.** n. 2, v. 5, p. 41-50, 2013.
- FIGUEIRA, A. L. G. et al. Intervenções educativas para o conhecimento da doença, adesão ao tratamento e controle do diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** n.25, 2017
- FREITAS, S. S. et al. Analysis of the self-care of diabetics according to by the Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (SDSCA). **Acta Scientiarum. Health Sciences.** n. 1, v. 36, p. 73-81, 2014
- GOMIDES, D, S. et al. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. **Acta Paul Enferm.** n 26, v. 3, p 289-93, 2013.
- GONELA, J. T. et al. Nível de atividade física e gasto calórico em atividades de lazer de pacientes com diabetes mellitus. **Rev Bras Educ Fís Esporte.** n. 30, v. 3, 2016.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes Atlas** [Internet]. 8ª ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2017. Disponível em: <[http:// www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html](http://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html)>. Acesso em: 26 de abril de 2018.
- LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care*, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.
- MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de metodologia da pesquisa científica.** 4ª ed. São Paulo: Atlas. p. 84, 2016.
- MICHELS, M. J. et al. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas, **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 54, n. 7, p. 644-551, 2010.
- OLIVEIRA, et al. Adesão ao tratamento dietético e evolução nutricional e clínica de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **HU Revista**, n. 4, v. 42, p. 277-282, 2016

- OLIVEIRA, P. S. et al. Atuação dos enfermeiros da estratégia saúde da família na prevenção do pé diabético. **J. res.: fundam. care. online.** n. 8, v. 3, p. 4841-4849, 2016.
- OREM, D. **Nursing concepts of practice.** 2 ed. New York: Me Graw-Hill Book, p. 231, 1980.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- PREIS, S. R., et al. Neck circumference as a novel measure of cardiometabolic risk: the Framingham Heart Study. **J Clin Endocrinol Metab.**, v. 95, n. 8, p. 3701-3710, 2010.
- REZENDE NETA, D. S.; SILVA, A. R. V; SILVA, G. R. F. Adesão das pessoas com diabetes *mellitus* ao autocuidado com os pés. **Rev Bras Enferm.** n. 68, v. 1, p. 111-6, 2015.
- ROOS, A. C.; BAPTISTA, A. R.; MIRANDA, R. C. Adesão ao tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2, **Demetra**, v. 10, n. 2, p. 329-346, 2015.
- ROSSI, V. E. C.; SILVA, A. L.; FONSECA, G. S. S. Adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.** n. 5, v. 3, p. 1820-1830, 2015.
- ROYAL AUSTRALIAN COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS (RACGP). **General practice management of type 2 diabetes: 2016-18.** East Melbourne, Vic: RACGP, 2016.
- SANTOS, K. P. B. et al. Carga da doença para as amputações de membros inferiores atribuíveis ao diabetes mellitus no Estado de Santa Catarina, Brasil, 2008-2013. **Cad. Saúde Pública.** n. 34, v. 1, 2018.
- SANTOS, S; BEÇA, H.; MOTA, C. L. Qualidade de vida e fatores associados na diabetes mellitus tipo 2: estudo observacional. **Rev Port Med Geral Fam.** n. 31, p. 186-96, 2015.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.**, v.107, n.3, supl.3, p. 1-83, 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016**, São Paulo: AC Farmacêutica, 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017.
- SOUZA, J. D. et al. Adesão ao cuidado em diabetes mellitus nos três níveis de atenção à saúde. **Esc Anna Nery.** n. 21, v.4, 2017.
- SILVA, S. T. et al. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Rev.Ciênc. saúde coletiva [online]**. n.2, v.19, pp.539-552, 2014.

SZWARCWALD, C. L. et al. Recomendações e práticas dos comportamentos saudáveis entre indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013. **Rev Bras Epidemiol.** n.18, suppl. 2, p.132-145, 2015a.

SZWARCWALD, C. L. et al. Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Bras. Epidemiol.** n.18, suppl 2, p. 33-44, 2015b.

STABE, C. et al. Neck circumference as a simple tool for identifying the metabolic syndrome and insulin resistance: results from the Brazilian Metabolic Syndrome Study. **Clin Endocrinol.**, v.78, n. 6, p. 874-81, 2013.

VARGAS et al. Identificando barreiras e cumprimento de metas para prática de autocuidado em pessoa com diabetes tipo 2. **Cogitare Enferm.** n. 20, v. 4, p. 846-850, 2015.

VERAS, V. S. et al. Autocuidado de pacientes inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. **Rev Gaúcha Enferm.** n.35, v. 4, p 8-42, 2014.

VIEIRA, G. L. C.; CECÍLIO, S. G.; TORRES, H. C. A percepção dos usuários com diabetes sobre a estratégia de educação em grupos na promoção do autocuidado. **Esc Anna Nery.** n. 21, v. 1, 2017.

VISENTIN, A. et al. Autocuidado de usuários com diabetes tipo 1 em uma unidade básica de saúde. **Rev enferm UFPE on line.** n. 10, v. 3, p. 991-8, 2016

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation.** WHO Obesity Technical Report Series, n. 284. Geneva: WHO, 2000.

_____. **Diet, nutrition and the prevention chronic diseases.** Geneva, 2003.

_____. **World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs. Sustainable Development Goals.** Geneva: WHO, 2017.

ZANETTI, M. L. et al. Adesão às recomendações nutricionais e variáveis sociodemográficas em pacientes com diabetes mellitus. **Rev Esc Enferm USP,** n. 49, v. 4, p. 619-625, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário para Coleta de Dados

Nº _____ Data: _____

I – DADOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. Sexo: 1 () feminino 2 () masculino.

2. Idade (anos): _____

3. Cor (autorreferida): 1 () branca 2 () negra 3 () parda 4 () amarela

4. Ocupação: 1 () aposentado(a) 2 () desempregado (a) 3 () trabalho formal 4 () trabalha informalmente.

5. Situação conjugal: 1 () solteiro (a) 2 () casado (a) 3 () separado (a)/divorciado (a) 4 () viúvo (a) 5 () união estável.

6. Escolaridade: _____ anos de estudo.

7. Renda familiar (somatório mensal dos rendimentos da família): R\$ _____.

No seu domicílio tem:

VARIÁVEIS	QUANTIDADE				
	0	1	2	3	4 ou +
Itens/serviço	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Fonte: Associação Nacional de Empresas e Pesquisas, 2016

Qual o grau de instrução do chefe da família e quais serviços públicos você tem acesso?

ESCOLARIDADE DA PESSOA DE REFERÊNCIA		
Analfabeto/ Fundamental I incompleto	0	
Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto	1	
Fundamental II completo/ Médio incompleto	2	
Médio completo/ Superior incompleto	4	
Superior completo	7	
SERVIÇOS PÚBLICOS		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Fonte: Associação Nacional de Empresas e Pesquisas, 2016

TOTAL: _____

8. Classe econômica:

Classe	Pontos
A	45-100
B1	38-44
B2	29-37
C1	23-28
C2	17-22
D-E	0-16

Fonte: Associação Nacional de Empresas e Pesquisas, 2016

II – DADOS CLÍNICOS

1. Tempo de diagnóstico: _____.

2. Tratamento medicamentoso: 1 () nenhum 2 () antidiabético oral 3 () insulina
4 () associação (antidiabético oral e insulina).

3. Recebeu orientação sobre alimentação nas últimas consultas?

1 () Sim 2 () Não

4. Recebeu orientação sobre atividade física nas últimas consultas?

1 () Sim 2 () Não

5. Recebeu orientação sobre cuidado com os pés nas últimas consultas?

1 () Sim 2 () Não

6. Recebeu orientação sobre uso de medicação nas últimas consultas?

1 () Sim 2 () Não

7. Qual profissional orientou?

1 () Enfermeiro 2 () Médico 3 () Nutricionista

8. Peso: _____.**9. Estatura:** _____.**10. Índice de Massa Corporal (IMC):** _____.**11. Circunferência da Cintura (CC):** _____.**12. Circunferência do Pescoço (CP)** _____.**13. Glicemia capilar:** _____. **Tempo da última alimentação:** _____.**14. PAS1** _____ **X** _____ **PAD1 mmHg****15. PAS2** _____ **X** _____ **PAD2 mmHg****16. PAS3** _____ **X** _____ **PAD3 mmHg****16. PASM** _____ **X** _____ **PADM mmHg**

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Atividades de autocuidado em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2.

Pesquisadora responsável: Ana Roberta Vilarouca da Silva

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 999728446

Email: robertavilarouca@yahoo.com.br

Pesquisadora Participante: Sinderlândia Domingas dos Santos

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 994280234

Email: sinderlandiadds@gmail.com

Instituição/Departamento: UFPI/CSHNB/Picos

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário (a), de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. A qualquer momento você pode desistir de participar e caso não aceite você não será prejudicado nem penalizado (a) de forma alguma.

O principal objetivo dessa pesquisa é analisar a presença de atividades de autocuidado em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 inseridos na Estratégia Saúde da Família, e se justifica por possibilitar a utilização dos resultados obtidos para auxiliar no planejamento e desenvolvimento de estratégias que visem levar à maior adesão de atividades de autocuidado em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. A pesquisa expõe o participante a risco mínimo de constrangimento devido à verificação de peso, altura, IMC e circunferência da cintura, no entanto será minimizado pela sua realização em sala reservada para tal. E risco biológico pela coleta de uma gota de sangue para verificação de glicemia capilar, assim será realizado por equipe devidamente treinada, utilizando-se de materiais individuais, descartáveis e desinfetados. Quanto aos benefícios, terá como diretos, a oportunidade de conhecer seu estado nutricional (magreza, normal, sobrepeso ou obesidade; e se há riscos para doenças cardiovasculares) e obter o resultado da sua glicemia capilar do dia que poderá ser utilizada para monitoramento dos níveis glicêmicos, e como indiretos os de que os dados poderão ser utilizados como auxílios para o desenvolvimento de estratégias de melhoria para o tratamento de diabetes, além de estimular a criação de estratégias que levem a melhoria das condições de controle do Diabetes.

Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Gostaria de informá-lo que:

- O Sr(a) não sofrerá desconforto físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual.

- O Sr(a) será avaliado a través de antropometria (medida de peso, altura e circunferência da cintura) e também responderá a um formulário e preencherá um questionário para avaliar a frequência de atividades de autocuidado realizadas.

- A sua participação é voluntária e não trará nenhum malefício.

- O Sr.(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga dano moral, físico ou social, bem como à continuidade da assistência.

- As informações obtidas serão analisadas em conjunto com os outros participantes, não sendo divulgado a sua identidade (seu nome), bem como qualquer informação que possa identificá-lo.

- A qualquer momento, caso deseje, a Sr(a) poderá ter acesso às informações obtidas

- O Sr.(a) não terá nenhuma despesa pessoal ao participar da pesquisa, também não receberá pagamento para participar do estudo.

- Comprometo-me em utilizar os dados coletados unicamente para fins acadêmicos, a fim de atender os objetivos da pesquisa.

- O Sr.(a) será indenizado caso lhe aconteça algum dano durante sua participação na pesquisa.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Atividades de autocuidado em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2”. Eu discuti com os pesquisadores responsáveis sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de sigilo e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é livre de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento nesta instituição de saúde.

Local e data: _____, ___/___/____.

Nome do sujeito:

Assinatura do sujeito:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____, RG: _____,

Assinatura: _____

Nome: _____, RG: _____,

Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, ____/____/____.

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Observações complementares: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros localizado no seguinte endereço: Rua Cícero Duarte, 905. Bairro Junco, Picos – PI. CEP: 64.607-670. Telefone: 089-3422-3007 - email: cep-ufpi@ufpi.edu.br / web: <http://www.ufpi.br/orientacoes-picos>.

ANEXOS

ANEXO A – Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes – QAD

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM O DIABETES – QAD

As perguntas que se seguem questionam-no sobre seus cuidados com o diabetes durante os últimos sete dias. Se você esteve doente durante os sete dias, por favor, lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente.

1. ALIMENTAÇÃO GERAL							
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu dieta saudável	0	1	2	3	4	5	6 7
1.2 Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu orientação alimentar dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?	0	1	2	3	4	5	6 7
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA							
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais?	0	1	2	3	4	5	6 7
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados?	0	1	2	3	4	5	6 7
2.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu doces?	0	1	2	3	4	5	6 7
3. ATIVIDADE FÍSICA							
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)?	0	1	2	3	4	5	6 7
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta), sem incluir suas atividades em casa ou no seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6 7
4. MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA							
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6 7
4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?	0	1	2	3	4	5	6 7
5. CUIDADOS COM OS PÉS							
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou seus pés?	0	1	2	3	4	5	6 7
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos antes de calça-los?	0	1	2	3	4	5	6 7
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los?	0	1	2	3	4	5	6 7
6. MEDICAÇÃO							
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos do diabetes, conforme foi recomendado? OU (se insulina e comprimidos):	0	1	2	3	4	5	6 7
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou suas injeções de insulina, conforme foi recomendado?	0	1	2	3	4	5	6 7
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos do diabetes?	0	1	2	3	4	5	6 7

(continua...)

ANEXO A – Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes – QAD

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM O DIABETES – QAD

As perguntas que se seguem questionam-no sobre seus cuidados com o diabetes durante os últimos sete dias. Se você esteve doente durante os sete dias, por favor, lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente.

(Conclusão)

7. TABAGISMO

7.1 Você fumou um cigarro – ainda que só uma tragada – durante os últimos sete dias? Não

Sim

7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros:

7.3 Quando fumou seu último cigarro?

- Nunca fumou
- Há mais de dois anos atrás
- Um a dois anos atrás
- Quatro a 12 meses atrás
- Um a três meses atrás
- No último mês
- Hoje

Fonte: MICHELS et al., 2010

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Pesquisador: Ana Roberta Vilarouca da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78568417.9.0000.8057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.389.110

Apresentação do Projeto:

Título: ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Pesquisador responsável: Ana Roberta Vilarouca da Silva.

Sinderlândia Domingas dos Santos.

Instituição: Universidade Federal do Piauí- UFPI.

Trata-se de um estudo analítico com corte transversal. Conforme Matias-Pereira (2016), pesquisas com abordagem analítica utilizam em comum técnicas de coleta, tratamento e análise de dados quantitativos e possuem como característica privilegiar os estudos práticos, visto que suas propostas possuem caráter técnico, restaurador, incrementalista e forte preocupação com a relação causal entre variáveis. Os estudos transversais por sua vez, segundo Polit e Beck (2011), envolvem coleta de dados em determinado ponto de tempo, obtendo um recorte momentâneo do fenômeno investigado.

O estudo será realizado em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Estratégia Saúde da Família (ESF), localizadas na zona urbana da cidade de Picos-PI, no período de agosto de 2017 a julho de 2018. No município funcionam 36 UBS, sendo que 25 estão localizadas na zona urbana e as demais na zona rural. Cada UBS conta com equipe multiprofissional formada por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde mais profissionais de

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 2.389.110

saúde bucal – dentista e auxiliar em saúde bucal.

A população será composta por 278 pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 cadastradas em cinco Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família, de ambos os sexos.

o número mínimo de pessoas com diabetes que deverão ser investigadas será de 163, sendo 35 da unidade A, 27 da unidade B, 27 na unidade C, 49 na unidade D e 25 na unidade E.

Serão estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade acima de 18 anos;
- Ter diagnóstico de no mínimo 12 meses de DM2;
- Participar de todas as etapas da pesquisa: responder questionário; preencher formulário; mensuração das medidas antropométricas e dosagem de glicemia capilar.

Serão estabelecidos os seguintes critérios de exclusão:

- Não saber ler e escrever;
- Estar gestante;
- Ter limitação física e cognitivas aparentes ou declaradas pelo paciente.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

Analisar a frequência de atividades de autocuidado em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 inseridos na Estratégia Saúde da Família.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar a amostra a ser estudada quanto as variáveis sociodemográficas e clínicas;
- Identificar associação entre atividades de autocuidado e características sociodemográficas e clínicas;
- Comparar a frequência de atividades de autocuidado entre homens e mulheres com Diabetes Mellitus tipo 2.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: A pesquisa expõe o participante a risco mínimo de constrangimento pela verificação de peso, altura, IMC e circunferência abdominal que será minimizado pela realização da coleta em sala reservada. Existe risco biológico pela coleta de uma gota de sangue para aferição de glicemia

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

UF: PI

Município: PICOS

CEP: 64.607-670

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

**UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES**



Continuação do Parecer: 2.389.110

capilar, assim será realizado por equipe devidamente treinada, utilizando-se de materiais individuais, descartáveis e esterilizados.

BENEFÍCIOS: Quanto aos benefícios, terão como direto, a oportunidade de conhecer seu estado nutricional (magreza, normal, sobrepeso ou obesidade; e se há riscos para doenças cardiovasculares) e obter o resultado da glicemia capilar do dia que poderá ser utilizada para monitoramento dos níveis glicêmicos, e como indiretos os de que os dados poderão ser utilizados como subsídios para o desenvolvimento de estratégias de melhoria para o tratamento de diabetes, além de estimular a criação de programas institucionais que levem ao aprimoramento das condições de controle do Diabetes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância incontestável para população e estando o projeto devidamente alicerçado em metodologia que não fere princípios ético está apto a ser executado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados de forma satisfatória.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências o que torna o projeto apto para aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1008965.pdf	08/10/2017 16:01:52		Aceito
Outros	paracoleta.pdf	08/10/2017 16:01:22	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Outros	curriculo.pdf	08/10/2017 15:59:42	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	08/10/2017 15:58:57	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	08/10/2017 15:58:38	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Outros	carta.pdf	08/10/2017	Ana Roberta	Aceito

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 2.389.110

Outros	carta.pdf	15:58:03	Vilarouca da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	06/10/2017 15:03:53	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/10/2017 15:01:04	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocep.docx	06/10/2017 15:00:02	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	06/10/2017 14:56:38	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	06/10/2017 14:51:59	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	06/10/2017 14:49:58	Ana Roberta Vilarouca da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PICOS, 21 de Novembro de 2017

Assinado por:
LUISA HELENA DE OLIVEIRA LIMA
(Coordenador)

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: ced-pic@ufpi.edu.br



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
() Dissertação
(X) Monografia
() Artigo

Eu, **Sinderlândia Domingas dos Santos**, autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação **Frequência de atividades de autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 2** de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI, 19 de julho de 2018.

Sinderlândia Domingas dos Santos

Assinatura

Sinderlândia Domingas dos Santos

Assinatura