

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO

ADRIANA LIRA RUFINO DE LUCENA

**PREVALÊNCIA DE ATITUDES E ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO EM
IDOSOS DIABÉTICOS**

JOÃO PESSOA - PB

2017

ADRIANA LIRA RUFINO DE LUCENA

**PREVALÊNCIA DE ATITUDES E ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO EM
IDOSOS DIABÉTICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, **área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Fundamentos Teórico – Filosóficos do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Projeto de Pesquisa vinculado: Processo de cuidar em pacientes com doenças crônico-degenerativas e transmissíveis

Orientadora: Prof^ª. Dra. Marta Miriam Lopes Costa

JOÃO PESSOA – PB

2017

L935p Lucena, Adriana Lira Rufino de.
Prevalência de atitudes e atividades de autocuidado em
idosos diabéticos / Adriana Lira Rufino de Lucena. - João
Pessoa, 2017.
86 f. : il. -

Orientadora: Marta Mirian Lopes Costa.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/ CCS

1. Enfermagem. 2. Idoso. 3. Diabetes Mellitus.
4. Autocuidado. I. Título.

UFPB/BC

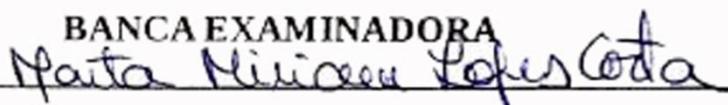
CDU: 616-083(043)

ADRIANA LIRA RUFINO DE LUCENA

**PREVALÊNCIA DE ATITUDES E ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO EM
IDOSOS DIABÉTICOS**

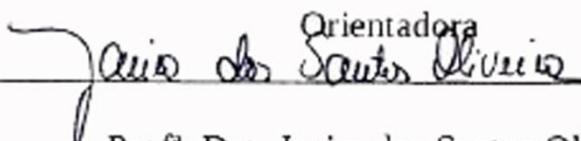
APROVADA EM: 07 abril de 2017

BANCA EXAMINADORA



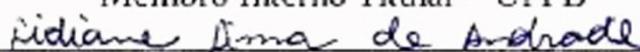
Profª. Dra. Marta Mirian Lopes Costa

Orientadora



Profª. Dra. Jacira dos Santos Oliveira

Membro Interno Titular – UFPB



Profª. Dra. Lidiane Lima de Andrade

Membro Externo Titular – UFCG

Prof. Dr. Francisco Stélio de Sousa

Membro Externo Suplente- UEPB

Profª. Dra. Maria Julia Guimarães Oliveira Soares

Membro Interno Suplente - UFPB

Dedicatória

Dedico este estudo a Deus e a Virgem Maria, fonte de força e esperança;
A minha família, minha base de sustentação, por todo carinho e atenção. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Ao meu bom e generoso Deus, por ter me dado a graça de vencer essa etapa na minha vida, me concedendo força, esperança e fé.

À minha Virgem Santíssima, minha intercessora, por ter me colocado nos braços todas as vezes que desanimei, me dando paciência e amor.

Aos meus amados pais Ednaldo e Laudicéa (in memorian), pela condução espiritual em toda as fases desse estudo, por ter sentido o amor deles fluir no meu coração.

Ao meu amado esposo Leonilson, pela sua compreensão, amor, dedicação e paciência. Por acreditar que sempre iria conseguir vencer essa etapa.

Aos meus queridos filhos Amanda, Leonilson Filho e Brunna, razão pela qual procuro vencer pessoalmente e profissionalmente, por compreender minhas ausências com tanta paciência.

Ao meu amado irmão Ednaldo Filho, fonte de inspiração e força. Meu “eterno professor” que me mostra, a cada dia, que para vencer é preciso unir forças e determinação.

À minha orientadora Prof^a Dra^a Marta Mirian Lopes Costa, pela dedicação, estímulo e motivação que me fizeram vencer.

Aos membros da banca examinadora, pela contribuição e zelo com este estudo.

As minhas amigas, pelo carinho e atenção, em especial a Suellen Duarte Oliveira, por me acompanhar desde o egresso na pós-graduação, compartilhando comigo os momentos alegres e principalmente os difíceis. Muito obrigada!

Aos colegas do mestrado, pelo convívio, cumplicidade e apoio constante.

Aos professores do programa da pós-graduação em Enfermagem, pela dedicação e empenho durante toda a construção do conhecimento.

Aos idosos que participaram da pesquisa, ajudando-me na concretização desse sonho.

Aos funcionários do programa da pós-graduação em Enfermagem, por todo o auxílio prestado nos momentos que precisei, em especial a Nataly, pelo carinho dispensado em todo o percurso deste estudo.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente com a construção deste estudo. Muito Obrigada!

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas ...
Que já têm a forma do nosso corpo ...
E esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos
mesmos lugares ...
É o tempo da travessia ...
E se não ousarmos fazê-la ...
Teremos ficado ... para sempre ...
À margem de nós mesmos...”

Fernando Pessoa

RESUMO

LUCENA, Adriana Lira Rufino. **Prevalência de Atitudes e Atividades de Autocuidado em Idosos Diabéticos**. 2017. 86f. (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação, Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Introdução: O diabetes mellitus é um distúrbio metabólico que, para manter o controle, necessita da realização de atividades de autocuidado. **Objetivo:** analisar a relação de atitudes e atividades para o autocuidado em idosos com diabetes mellitus no município de João Pessoa-PB. **Metodologia:** estudo transversal, quantitativo, realizado em Unidades Básicas de Saúde, com 153 idosos diabéticos. A coleta de dados ocorreu entre junho e julho de 2016. Realizou-se a análise estatística descritiva, cálculos de frequências absolutas e percentuais, bem como medidas de tendência central e de dispersão. Foram feitos testes de comparação de médias, considerando um intervalo de confiança de 95%, nível de significância fixado em $p < 0,05$. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, conforme o CAAE 54402216.4.0000.5188. **Resultados:** os dados sociodemográficos revelaram que 89 (58,2%) idosos tinham entre 60 e 69 anos, 116 (75,8%), do sexo feminino, 85 (55,6%) casadas, 96 (62,7%) sem escolaridade, 147 (96,1%) aposentadas, 81 (52,9%) tempo de diagnóstico 8 anos, 93 (60,8%) apresentam patologias associadas e 121 (79,1%) sem complicações. Nos escores do ATT-19 houve variação de 43 a 76 pontos e escore total médio de 57,87. As características clínicas evidenciaram diferença estatisticamente significativa em relação ao escore médio do ATT-19 e patologias associadas ($p < 0,002$). Quanto ao escore total obtido no ATT-19 e a pontuação média de cada questão do questionário QAD, foi evidenciada a associação entre orientação alimentar ($p = 0,097$) e tomar os medicamentos, conforme o recomendado ($p = 0,063$), número indicado de comprimidos do diabetes ($p = 0,105$) e ingestão de doces ($p < 0,003$). **Conclusão:** o estudo permitiu refletir sobre a importância de investigar nos idosos diabéticos as práticas de autocuidado desenvolvidas para o enfrentamento da doença, e, a partir daí, buscar estratégias que venham atender as necessidades clínicas e emocionais.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Idoso. Diabetes Mellitus. Atitude Frente à Saúde. Autocuidado

ABSTRACT

LUCENA, Adriana Lira Rufino. **Prevalence of Attitudes and Self-care activities in diabetic elderly people.** 2017. 86p. (Master in Nursing) – Graduate Program, Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa.

Introduction: Diabetes mellitus is a metabolic disorder that needs self-care activities, in order to maintain its control. **Objective:** to analyze the relation of attitudes and activities for self-care in elderly people with diabetes mellitus in João Pessoa-PB. **Methodology:** it is a transversal study, quantitative, which was developed in a Basic Health Unit with 153 diabetic elderly people. The data collection was done between June and July, 2016. They were done descriptive statistical analysis, calculations of absolute and percentage frequencies, as well as measures of central and of dispersion tendency. In addition, comparison tests of averages were developed, considering a confidence interval of 95%, with a significance level fixed in $p < 0.05$. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Paraíba, according to CAAE 54402216.4.0000.5188. **Results:** the socio-demographic data revealed that 89 (58.2%) elderly people were between 60 and 69 years, 116 (75.8%) were female members, 85 (55.6%) were married, 96 (62.7%) were without schooling, 147 (96.1%) were retired, 81 (52.9%) had 8-years diagnostic time, 93 (60.8%) had associated pathologies, and 121 (79.1%) had no complications. In the ATT-19 scores there was a variation from 43 to 76 points and average total score of 57.87. The clinical characteristics evidenced a statistically significant difference in relation to the average score of the ATT-19 and associated pathologies ($p < 0.002$). As for the total score obtained in the ATT-19 and the average score of each question of the QAD questionnaire, it was evidenced the association between food orientation ($p = 0.097$) and to take the medicines as recommended ($p = 0.063$), the indicated number of tablets for diabetes ($p = 0.105$) and the ingestion of sweets ($p < 0.003$). **Conclusion:** the study permitted to reflect about the importance of investigating in the diabetic elderly people the self-care practices that are developed to cope with the disease and, thenceforth, to search for strategies in order to attend the emotional and clinical needs.

KEYWORDS: Nursing. Elderly people. Diabetes Mellitus. Attitude to Health. Self-care.

RESUMEN

LUCENA, Adriana Lira Rufino. **Prevalencia de actitudes y actividades de autocuidado en pacientes diabéticos ancianos.** 2017. 86 hojas. (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado, Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa.

Introducción: La diabetes mellitus es un trastorno metabólico que, para mantener el control, requiere la realización de las actividades de cuidado de uno mismo. **Objetivo:** Examinar la relación entre las actitudes y actividades de autocuidado en pacientes ancianos con diabetes mellitus en el municipio de João Pessoa, Estado de Paraíba. **Métodos:** Estudio transversal, cuantitativo realizado en Unidades Básicas de Salud con 153 pacientes diabéticos ancianos. La recolección de datos se llevó a cabo entre junio y julio de 2016. Realizó se el análisis estadístico descriptivo, cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes, así como medidas de tendencia central y de dispersión. Se realizaron pruebas de comparación de promedio, mientras que un intervalo de confianza del 95% nivel de significancia fijado en $p < 0.05$. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Federal de Paraíba como el CAAE 54402216.4.0000.5188. **Resultados:** Datos demográficos revelaron que 89 (58.2%) entre 60 y mayores de 69 años, 116 (75.8%), mujeres (55.6%), 85 (55.6%) casadas, 96 (62.7%) sin escolaridad, 147 retirado (96.1%), 81 (52.9%) tiempo de diagnóstico de 8 años, 93 (60.8%) presentan enfermedades asociadas y 121 (79.1%) sin complicaciones. En decenas de ATT-19 se observó una variación de 43 a 76 puntos y un total de puntuación media de 57.87. Las características clínicas mostraron una diferencia estadísticamente significativa en comparación con la puntuación media de ATT-19 y a patologías asociadas ($p < 0.002$). En cuanto a la puntuación total obtenida en el ATT-19 y el puntaje de cada pregunta en el cuestionario, PAF se evidenció la asociación entre la orientación dietética ($p = 0.097$) y tomar los medicamentos, según lo recomendado ($p = 0.063$), el número de tabletas de la diabetes ($p = 0.105$) y ($p < 0.003$) de ingestión. **Conclusión:** El estudio ha permitido reflexionar sobre la importancia de investigar en las prácticas de autocuidado de los diabéticos de edad avanzada desarrollada para contrarrestar la enfermedad, y, desde allí buscar estrategias que clínico y emocional necesita.

PALABRAS CLAVE: Enfermería; Personas de Edad; Diabetes Mellitus; Actitud frente a la salud; Cuidados Personales.

LISTA DE FIGURA

FIGURA 1 - Escores obtidos pelos participantes com diabetes no questionário ATT-19 em relação às atitudes de enfrentamento da doença. João Pessoa, PB, Brasil, 2016.....	39
---	----

LISTA DE TABELAS

Artigo original 1

Tabela 1. Análise comparativa do escore total médio do ATT-19, de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas João Pessoa, PB, Brasil, 2016.....	39
--	----

Artigo Original II

Tabela 1. Distribuição dos participantes de acordo com os itens do QAD. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016.....	47
--	----

Tabela 2. Distribuição da adesão aos itens do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD) com o gênero dos idosos com diabetes mellitus. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016.....	49
--	----

Tabela 3 Análise comparativa do escore médio do ATT-19 de acordo com os itens do QAD. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016.....	50
--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 OBJETIVOS	20
1.1.1 GERAL.....	20
1.1.2 ESPECÍFICOS	20
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	21
2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O DIABETES MELLITUS.....	22
2.2 ATITUDES E PRÁTICAS PARA O AUTOCUIDADO DE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS	25
3 MÉTODO	28
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	29
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	29
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	29
3.4 INSTRUMENTOS COLETA DE DADOS.....	30
3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	31
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	33
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	33
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
ARTIGO ORIGINAL I.....	35
ARTIGO ORIGINAL II	50
5 CONCLUSÃO.....	68
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	76
ANEXOS	79

1 INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

No século passado, devido a fatores como baixa condição econômica, desnutrição e o predomínio das doenças transmissíveis, a taxa de mortalidade no Brasil era muito elevada, principalmente entre as crianças. Porém, a partir da década de 40, com os avanços tecnológicos, através da elaboração de vacinas, antibióticos e a implementação de práticas inovadoras de atenção à saúde iniciou-se a queda da mortalidade infantil, desencadeando o aumento da taxa de fecundidade, motivando o crescimento populacional⁽¹⁾.

No Brasil, a transição demográfica ocorre devido a redução das taxas de mortalidade, natalidade, ocasionando alterações na estrutura etária e no perfil epidemiológico, provocando grandes desafios para os sistemas de saúde⁽²⁾

Essa modificação no processo de transição demográfica incidiu no surgimento das condições crônicas, problemas que, em longo prazo, podem interferir na saúde física e psicológica do indivíduo que, para se manter estável, sem sequelas, necessita receber cuidados integrais e contínuos. Essas precisões, vêm ocasionando desafios para as instituições tanto públicas quanto privadas, bem como aos familiares, por necessitarem que as pessoas, que contemplem esses locais, executem um cuidado especializado, coerente com as necessidades da faixa etária, implicando em gastos aos cofres públicos para qualificação profissional, além de conflitos intrafamiliares.

Dentre as condições crônicas, destacam-se as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estudos realizados no Brasil pelo Sistema Nacional de Vigilância por Inquérito Telefônico (Vigitel), em capitais brasileiras, no ano de 2006 e 2014, com pessoas de 65 anos ou mais, demonstraram o aumento da prevalência de hipertensão arterial (57,7% a 59,9%, respectivamente) e do diabetes mellitus (18,9% e 24,4%)⁽³⁾.

Pesquisas realizadas em âmbito internacional com 31.568 idosos mostram que nos Estados Unidos, nos anos de 1998, 2004 e 2008 as doenças crônicas mais referidas foram artrite (65,5%), hipertensão arterial (59,7%), doenças do coração (31,4%) e diabetes mellitus (19,3%). Na Espanha, verificou a presença da hipertensão arterial (48,7%), doença óssea (39,8%), cardiovasculares (33,4%) e diabetes mellitus (17,5%)⁽⁴⁾.

No ano de 2014, o diabetes mellitus (DM) foi responsável por 4,9 milhões de mortes no mundo. Na América Central e América do Sul a estimativa é de 24 milhões de pessoas acometidas, podendo chegar a 38,5 milhões em 2035, um aumento projetado de 60%⁽⁵⁾.

No Brasil, em 2015 existiam 14,3 milhões de pessoas com DM, com idade de 20 a 79 anos, correspondendo 9,4% da população total do país, ocupando a terceira colocação com maior número de adultos acometidos, perdendo apenas para Índia e China⁽⁶⁾.

A prevalência do DM aumenta com o avançar da idade, atingindo aproximadamente 20% da população na faixa etária entre 65 a 74 anos e de 75 anos ou mais, chegando a um contingente superior a 3,5 milhões de pessoas. Essa enfermidade apresenta-se como a sexta maior causa de internação hospitalar como diagnóstico principal ⁽⁷⁾.

O DM favorece o surgimento de complicações de curto e longo prazo como disfunções e falências de múltiplos órgãos, principalmente olhos (retinopatias), rins (nefropatias), nervos (neuropatias), coração e vasos sanguíneos⁽⁸⁾, problemas que exigem internações hospitalares, conseqüentemente, altos custos financeiros para o tratamento com exames de média e alta complexidade, além de, fomentar o aumento da incidência da mortalidade, fatores que vêm preocupando os profissionais de saúde.

Para buscar manter a estabilidade do quadro clínico, o controle metabólico da pessoa com diabetes, se faz necessário adotar novas atitudes comportamentais em relação ao estilo de vida e de autocuidado. Para isso, é primordial que a pessoa tenha (re)conhecimento da sua condição de vida e saúde⁽⁹⁾.

Vale destacar que o desenvolvimento dessas atitudes, em longo prazo, pode desencadear reações emocionais que influenciam no desenvolvimento de atitudes positivas ou negativas no que se refere à aceitação da condição de saúde e a capacidade para o desenvolvimento do autocuidado ⁽¹⁰⁾.

Entende-se atitude como um estágio mental que pode influenciar no comportamento humano, induzindo o indivíduo como viver diante das situações impostas por problema/necessidades, através das experiências que podem ser positivas (compensadoras) ou não. São formadas por condicionamento instrumental, têm relação direta com fatores como a socialização (interação com terceiros); condicionamento clássico (reações por meio de repetições de atos); observação (a forma como se apresenta algo) ⁽¹¹⁾.

Diante do contexto, verifica-se que as atitudes podem influenciar de forma potencializadora na saúde do indivíduo, já que o autocuidado no âmbito da enfermagem é compreendido como a prática de cuidados executados pela pessoa portadora de uma necessidade para manter a saúde e o bem-estar⁽¹¹⁾.

No entanto, como o envelhecimento é heterogêneo, dotado de significados e características multifacetadas, é preciso que durante o desenvolvimento das atribuições que envolvam as atividades de autocuidado, o idoso com DM e os profissionais de saúde busquem compreender as mudanças cognitivas inerentes a essa fase da vida, observando as habilidades e a forma como se desenvolve as atividades diárias, verificando ainda, se há presença de outros fatores que venham a contribuir para a não aceitação e adaptação ao envelhecimento e

a condição de saúde, como também, é importante considerar as atitudes psicológicas, sociais e culturais frente ao comportamento para o desempenho do autocuidado.

Nesta vertente, observou-se alguns estudos realizados, objetivando verificar as atitudes e o autocuidado de usuários frente ao DM na Atenção Básica, em cidades brasileiras como Ribeirão Preto–SP⁽¹²⁾, Itau de Minas–MG⁽¹³⁾; Interior paulista ⁽¹⁴⁾, Bebedouro–SP ⁽¹⁵⁾, Distrito Oeste de Ribeirão Preto–SP ⁽¹⁶⁾; Teresina–PI ⁽¹⁷⁾.

Diante dos estudos, percebe-se que é fundamental identificar as fragilidades e potencialidades que permeiam a condição de saúde, a motivação pessoal e familiar, as atitudes, o desempenho na realização das atividades de autocuidado no enfrentamento patológico, para assim proporcionar maior bem-estar e melhor qualidade de vida⁽¹²⁾.

Compreendendo essas necessidades, o governo brasileiro, respaldado pela Constituição de 1988 e pelas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), investiu em estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde para favorecer a esse grupo etário um envelhecimento saudável. Entre as estratégias estão a Política Nacional do Idoso (PNI), criada em 1999, para assegurar os direitos sociais, a integração e participação efetiva do idoso na sociedade. Em seguida, foi elaborado e implementado, em 2003, o Estatuto do Idoso para ofertar atenção integral às doenças prevalentes à idade. Já em 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) para assistir diante das necessidades individuais, através de ações que proponham maior autonomia e independência a pessoa idosa⁽¹⁸⁾.

Ainda na perspectiva de incrementar estratégias de cuidado à saúde do idoso, em 2010, o Ministério da Saúde (MS) criou as Diretrizes para a Organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em que preconiza que é responsabilidade da atenção primária atender, de forma resolutiva, a população idosa em todas as suas especificidades, propondo diminuir os danos e agravos, por meio de um cuidado resolutivo ⁽¹⁸⁾.

Refletindo sobre os avanços das políticas de saúde, percebe-se que o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), criado em 1994 pelo MS, objetiva desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio de uma assistência equânime, que pode ser desenvolvida durante o acompanhamento clínico, domiciliar e educativo, favorecendo as pessoas, cadastradas nesses serviços, maiores condições de readequarem o estilo de vida e a prática para o autocuidado, minimizando com isso, os efeitos dos agravos ⁽¹⁹⁾.

Diante das leituras realizadas, da experiência profissional, já que a pesquisadora leciona a disciplina Saúde do Idoso e coordena um projeto de extensão, no qual aborda a prevenção e a promoção da saúde, diante das enfermidades crônicas, percebe-se que, apesar

dos esforços governamentais, dos cuidados desenvolvidos pelos profissionais de saúde no âmbito primário, secundário e terciário, ainda se observa uma alta prevalência das condições crônicas, principalmente, por perceber que estão atreladas ao déficit de cuidado diário, já que, as mesmas exigem adaptações no estilo de vida.

Diante disso, foi percebida a necessidade em desenvolver este estudo para identificar as atitudes das pessoas idosas em relação ao DM e as atividades de autocuidado desenvolvidas por estas, pois, são fatores essenciais para a prevenção de complicações.

A importância desse estudo consiste em poder identificar a não adesão dos idosos com DM na realização do autocuidado, e assim, subsidiar a construção e implementação de intervenções que venham à contribuir para a motivação terapêutica, o monitoramento, controle da doença, satisfação e bem-estar da saúde, tanto no âmbito assistencial, como educativo, culminando na melhoria da assistência das pessoas que apresentem a referida doença.

Sob esse prisma, este estudo também servirá de estímulo e conhecimento para os profissionais de saúde, principalmente os da área gerontológica, que poderão explorar a temática, e assim, proporcionar subsídios que ampliem a qualidade da assistência, visto que na Paraíba ainda são poucos estudos que focalizam nessa proposta de investigação e cuidado.

Portanto, identificar a prevalência das atitudes e as atividades de autocuidado de idosos com diabetes nos serviços de Atenção Básica é de suma importância para toda equipe de saúde, por contribuir para o provimento de material de intervenção concreto e assim, elaborar ações apropriadas para atender as necessidades das pessoas diabéticas. Sendo assim, surgiram os seguintes questionamentos: Qual a prevalência das atitudes de idosos com diabetes mellitus frente o autocuidado? Quais as práticas desenvolvidas para o autocuidado? Qual a comparação entre as atitudes e as atividades para o autocuidado de idosos com diabetes mellitus?

1.1 OBJETIVOS

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 GERAL

- ✓ Analisar a relação de atitudes e práticas para o autocuidado em idosos com diabetes mellitus no município de João Pessoa–PB.

1.1.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar os idosos com diabetes mellitus, segundo variáveis sociodemográficas e clínicas;
- ✓ Identificar associações entre características sociodemográficas, clínicas e as atitudes de idosos diabéticos em relação a doença.
- ✓ Investigar as atividades de autocuidado desenvolvidas por idosos com diabetes acompanhados em Unidades Básicas de Saúde;
- ✓ Comparar os escores do questionário ATT-19 com os itens do QAD.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O DIABETES MELLITUS

A longevidade é um fenômeno universal, ocasionada pelas alterações demográficas decorrentes da redução das taxas de fecundidade e mortalidade infantil, como também, dos progressos das condições básicas de saúde em nível ambiental, sanitário, nutricional que, associados aos avanços industriais e tecnológicos vêm contribuindo para o aumento expressivo da expectativa de vida.

Projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) afirmam que em 2025 o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. A estimativa populacional brasileira foi de 14,9 (7,4%) milhões de idosos com 60 anos ou mais em 2013 e chegará a 58,4 (26,7%) em 2050⁽²⁰⁾.

Esse aumento na expectativa de vida vem produzindo problemas econômicos, sociais e políticos, uma vez que essa longevidade vem acompanhada por alterações no aspecto epidemiológico, com ascendência das doenças crônicas, as quais podem ocasionar na pessoa idosa limitação funcional e cognitiva⁽²¹⁾, condições que exigem cuidados contínuos, especializados e de longa duração, geradores de custos financeiros, pela necessidade de acompanhamento médico, hospitalizações, exames generalizados, cuidadores e apoio social, determinando para o sistema de saúde a implementação de recursos tecnológicos e humanos especializados para ofertar a essa população maior bem estar e melhor qualidade de vida⁽²²⁾.

Nesta perspectiva, vê-se a importância de compreender o processo de envelhecimento, que, segundo Mendes⁽²³⁾ é uma fase que surge de maneira individual e heterogênea, envolvendo as subjetividades humanas, o estilo de vida, as atitudes comportamentais, a autoconfiança, a motivação, diante das mudanças impostas pela idade e a convivência com a condição de saúde, principalmente, as práticas para o autocuidado.

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se neste estudo o Diabetes Mellitus. Atualmente, essa enfermidade tem se configurado como um dos principais problemas de saúde pública mundial, devido ao desenvolvimento de complicações agudas, elevadas taxas de morbimortalidade e a necessidade de cuidados contínuos por meio de estratégias que melhorem as práticas de autocuidado. A educação para o autocuidado é fundamental para prevenir e reduzir o risco de complicações a longo prazo⁽²³⁾.

Estima-se que o número de pessoas acometidas por DM em 2014, no mundo, foi de 387 milhões, podendo alcançar 592 milhões até 2035. Aproximadamente, 80% destes vivem

em países em desenvolvimento. Fatores como o envelhecimento populacional, a urbanização e o sedentarismo têm contribuído para essa prevalência. No Brasil, o contingente estimado é de 11,9 milhões de casos, podendo alcançar em 2035 19,2 milhões. Pesquisas recentes indicam que 11,9 milhões de pessoas na faixa etária entre 20 e 79 anos de idade são portadoras de diabetes, tornando o Brasil o quarto em número de casos de diabetes no mundo^(8,17).

As taxas de mortalidade por diabetes (por 100 mil habitantes) são de 33,7 para a população geral, com acentuado aumento no avanço da idade, que varia de 0,50 para a faixa etária de 0 a 29 anos a 223,8 para 60 anos ou mais, verificando que essa intensidade ocorre mais nas regiões Nordeste e Norte⁽²³⁾.

A crescente incidência e prevalência do DM, durante o envelhecimento, são atribuídos a fatores relacionados ao estilo de vida como inatividade física, hábitos alimentares inadequados, mudanças socioculturais que, com o passar do tempo, fragilizam psicologicamente o idoso, refletindo na dificuldade em impetrar metas de controle, ocasionando complicações como neuropatias, amputações dos membros inferiores, comprometendo a capacidade funcional, devido a mobilidade prejudicada⁽²⁴⁾, acarretando limitação para o desenvolvimentos das atividades diárias, influenciando de forma negativa a produtividade, autonomia e qualidade de vida⁽²⁵⁾.

O DM é um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. Quando a insulina produzida pelo pâncreas se torna insuficiente, a glicose não é absorvida pelas células, o que provoca uma elevação dos níveis de glicose no sangue. O valor normal em jejum é < 100 mg/dl por 100 ml de sangue⁽²⁶⁾.

O DM tipo 2 representa 90% a 95% dos casos de diabetes, acomete indivíduos em qualquer idade, porém, é mais diagnosticado após os 40 anos. É provocado por uma falha na secreção e não na ação da insulina (resistência à insulina), ou seja, o corpo não responde como deveria à ação e não a utiliza corretamente. Ressalta-se que a pessoa pode apresentar-se assintomática por muitos anos, sendo muitas vezes identificado por problemas tardios como proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença arteriosclerótica ou então por infecções de repetição⁽²⁶⁾.

A convivência e o manejo do idoso com esta patologia envolve atributos complexos, devido as especificidades e fragilidades que envolvem o processo de envelhecimento, muitas vezes, determinado pela redução no nível de independência, baixa adesão ao tratamento,

principalmente, pela falta de habilidades e competências para o desenvolvimento do autocuidado ⁽²⁷⁾.

Essas características implicam em maior complexidade para o tratamento, exigindo maior participação da pessoa diabética no controle da doença. Dessa maneira, para manterem o controle metabólico adequado, precisam ser orientadas a desempenhar cuidados que visem o manejo da enfermidade.

Nessa acepção, precisam aderir ao autocuidado, principalmente à terapia não medicamentosa. Essas ações de cuidado a longo prazo podem causar impacto na vida pessoal e social do indivíduo devido às limitações e exigências impostas, com isso, é necessário que os profissionais de saúde realizem um acompanhamento mais complexo, detalhado, investigando os aspectos físicos, psicológicos e socioeconômicos, como também, a ampliação do vínculo entre profissional/cliente, para que, durante todo o processo saúde/doença possam juntos, construir um plano terapêutico apropriado para as reais necessidades ^(28, 29).

Nesse contexto, identifica-se que a prioridade no tratamento para o DM é a implementação de mudanças comportamentais no cotidiano, a fim de prevenir e/ou retardar consequências, vislumbrando melhor estabilidade glicêmica e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida. Uma das estratégias que podem contribuir para o monitoramento e controle dessa enfermidade é a implementação de ações de promoção à saúde, tanto em nível individual, como coletivo, objetivando estimular o desenvolvimento de atividades que envolvam o autocuidado ⁽³⁰⁾.

Com base nessa perspectiva e, devido a essa patologia está em ascendência, causando preocupação para a população brasileira e para saúde pública, é preciso que haja maior delineamento das políticas e programas de saúde por meio da aplicabilidade de medidas terapêuticas eficazes, que contribuam para a promoção de hábitos saudáveis a fim de, prevenir e controlar o diabetes.

Como também, torna-se necessário que todos que fazem parte da Atenção Primária de Saúde adotem uma postura pautada na horizontalidade, desenvolvendo uma escuta qualificada, atitudes precisas, baseada em ação – reflexão – ação, de acordo com as condições e vivências do cliente em relação à sua condição de saúde. Essa forma de desenvolver o cuidado pode permitir transformações positivas na adesão e mudanças de comportamentos em relação ao diabetes mellitus e o autocuidado.

2.2 ATITUDES E PRÁTICAS PARA O AUTOCUIDADO DE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS

Doentes crônicos, principalmente os portadores de DM, constituem grandes desafios para os profissionais de saúde, pois, a manutenção contínua do tratamento, a obediência às condutas é de difícil aceitação, principalmente, devido a incorporação de novos hábitos que irão ajudá-los a conviver e manejar sua condição de saúde frente os cuidados diários. Essas dificuldades remetem à necessidade de orientação para maior adesão ao desenvolvimento de habilidades que propendam à reflexão sobre as ações de autocuidado, e assim, conviver melhor com a enfermidade ⁽³¹⁾.

Para que haja maior efetividade na conscientização para a adoção de atitudes que envolvam o autocuidado, é necessário que todos os profissionais de saúde, envolvidos na assistência, durante o desempenho de suas atribuições, investiguem as condições físicas e biopsicossociais dos idosos com DM, almejando estimular o desejo de ter uma vida independente, adaptando-se as modificações exigidas para o controle da enfermidade, estabelecendo estratégias que coloquem em prática os cuidados necessários para a manutenção da saúde ⁽²⁴⁾.

A necessidade de readequar o modo de viver impõe a pessoa a capacidade de gerir seu autocuidado e, ao enfermeiro, a supervisão deste. Essa interação exige do trabalhador o uso de competências técnicas, relacionais e comunicacionais para a construção e condução do plano terapêutico ⁽³²⁾. Nesta perspectiva, acredita-se que para incentivar a pessoa diabética a desenvolver atitudes positivas em relação ao seu autocuidado, é necessário que haja o desenvolvimento de ações que envolva todos os atores sociais (diabético, familiares, profissionais de saúde e a comunidade em geral), já que, os componentes do plano terapêutico submergem os aspectos afetivos, cognitivos, comportamentais, socioeconômicos e de saúde ⁽³³⁾.

Desta forma, percebe-se que os fatores cognitivos (crenças/atitudes) determinam o comportamento em relação à saúde. Ressalta-se, que o comportamento é desenvolvido dentro de um contexto social e relacional ⁽³⁴⁾.

Diante disto, é preciso compreender que a atitude é uma maneira organizada e coerente de pensar, sentir e reagir das pessoas, para que intimamente, possam perceber e organizar os fatos, as situações e/ou condições nas quais está envolvida ⁽³⁵⁻³⁶⁾. Pode ser representada por avaliações, segundo dimensões bipolares, como bom/mau, benéfico/maléfico e capaz/ incapaz ⁽³⁷⁻³⁸⁾. Nesta direção, o embasamento das atitudes, advêm de três fontes de informação: afetiva, cognitiva e comportamental ⁽³³⁾.

Portanto, a forma como a pessoa vivencia a transição saúde-doença, a gestão do plano terapêutico e a forma de como se desenvolve as atividades de autocuidado, podem influenciar no curso da doença. Sendo assim, entende-se que para o controle dos hábitos diários, exige-se ajustes nos comportamentos para o autocuidado, o que pode ocasionar impacto na vida, com implicações no bem-estar pessoal e familiar⁽³⁹⁾.

O autocuidado consiste nas ações desempenhadas pelas pessoas em seu benefício e propõe ao indivíduo repensar suas atitudes em relação à manutenção e/ou recuperação da saúde. A habilidade para o autocuidado está acoplado aos fatores orgânicos, psicológicos, socioeconômicos, espirituais e ao estilo de vida, pelo qual, interagem com o meio social⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾.

O desempenho desta habilidade é o elemento-chave para manter o controle das patologias crônicas. Portanto, avaliar a capacidade dos idosos para o autocuidado significa oportunizar o direcionamento da prática assistencial e a elaboração de ações interdisciplinares com vistas a reduzir as hospitalizações, efetivar a adesão ao plano terapêutico, além de melhorar o manejo e o convívio com a doença⁽⁴²⁾.

No entanto, para que se possam alcançar esses objetivos, é fundamental que o enfermeiro, durante o desenvolvimento dessas ações, construa alternativas de (re) orientações, fundamentadas na prática de escuta ao outro (sujeito do cuidado), como também, a escuta do próprio “eu” (produtor do cuidado). Nessa vertente, a escuta desejada objetiva conhecer os desejos do outro, oportunizando conhecer e imaginar-se com o “outro”, construindo de forma compartilhada planos de cuidado com desejos e interesses comuns⁽⁴³⁾.

Desta forma, o cuidado de enfermagem a pessoa idosa diabética precisa ter uma abordagem integral, atenta a complexidade da doença e as dimensões biopsicossociais⁽⁴⁴⁾ É importante que o enfermeiro identifique e analise o modo como o idoso compreende o DM, informação primordial para que possa planejar e implementar o cuidado em saúde uma vez que cada ser humano dispõe de uma realidade de vida⁽⁴⁵⁾.

No âmbito da Atenção Básica, o enfermeiro deve realizar ações preventivas, provendo uma assistência interdisciplinar, tanto em nível individual como familiar, fomentando aumentar o conhecimento dos envolvidos em relação aos cuidados necessários para evitar o surgimento de danos, favorecendo o bem-estar psicológico e social⁽⁴⁶⁾.

Para que o enfermeiro possa assistir o idoso com DM é necessário direcionar as intervenções clínicas e educativas, objetivando o alcance dos índices metabólicos satisfatórios. Para isso, necessita orientar em relação as atividades de autocuidado como à adesão a terapia não medicamentosa e medicamentosa⁽⁴⁷⁾.

Diante dessa exigência, percebe-se a importância da educação em saúde, principalmente, em relação ao idoso, visto que, o processo de envelhecimento favorece o declínio da função cognitiva e diminuição das habilidades sensoriais, que podem dificultar a compreensão das orientações de enfermagem⁽⁴⁸⁾.

Diante do contexto, percebe-se que o processo educativo em saúde necessita ser planejado, adaptado e executado de acordo com as condições pessoais, clínicas e ambientais, para assim, promover maior nível de aprendizagem, conscientização e adesão terapêutica⁽⁴⁹⁾.

O processo educativo desenvolvido pelo enfermeiro deve estar centrado em metodologias que incentivem a interação do idoso no seu contexto social e familiar, oportunizando a identificação de fragilidades, através de uma avaliação sistemática, que percorra as informações de vida pregressa, os problemas existentes e recorrentes, para assim, ofertar uma assistência programada, flexível, participativa e efetiva^(50,51).

Nesta perspectiva, estudos foram realizados para investigar, no meio científico brasileiro, a existência de instrumentos que proporcionassem a identificação da prevalência das atitudes e o desempenho de atividades para o autocuidado, em que, através desta aplicabilidade e dos elementos identificados, os profissionais de saúde possam subsidiar intervenções preventivas e assistenciais de acordo com as necessidades do cliente, e assim, fomentar novas pesquisas, implementando novas estratégias que possam contribuir da melhor forma para o enfrentamento deste agravo e assim, maior desempenho de ações cuidativas.

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal e de abordagem quantitativa. Os estudos transversais são aqueles que descrevem a situação de saúde de uma população, com base no estado de saúde de cada um dos membros ⁽⁵²⁾, identificando a presença de fatores de riscos, se a exposição é relativamente constante no tempo e o efeito (ou doença) é crônico ⁽⁵³⁾ como, o diabetes mellitus, objeto deste estudo. Esse modelo possui como principais vantagens o fato de serem de baixo custo, e por praticamente não haver perdas de seguimento ⁽⁵⁴⁾.

A pesquisa quantitativa possibilita a análise direta dos dados, na qual o pesquisador busca descrever significados aos objetos, permitindo assim, uma abordagem pontual e estruturada ⁽⁵⁵⁾. No caso do presente estudo, analisar as atitudes e atividades de autocuidado de idosos com diabetes mellitus.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Os dados da pesquisa foram provenientes de quatro Unidades Básicas de Saúde (Valentina I, Monte das Oliveiras, Santa Clara, Castelo Branco I) que integram o distrito sanitário III e V, pertencentes ao município de João Pessoa - PB. Os referidos serviços foram escolhidos por possuir maior número de idosos cadastrados.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída por idosos com Diabetes Mellitus tipo 2, atendidos nas unidades de saúde referidas anteriormente. Para se conhecer o número dos idosos com diagnóstico confirmado de DM, cadastrados e atendidos nestes serviços, foi solicitada informação junto à Secretaria Municipal de Saúde a qual informou não possuir mais esses dados, devido à mudança ocorrida no sistema com a implantação do E-SUS. Diante da ausência dos dados, a pesquisadora foi em cada unidade de saúde, procurou os responsáveis pelo serviço e foi encaminhada para a enfermeira.

O estudo teve como critérios de inclusão: ter diagnóstico médico de diabetes mellitus no mínimo há seis meses (tempo que já permite a interação e o conhecimento das necessidades e ações de autocuidado), idade a partir de 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados e acompanhados regularmente nas UBS escolhidas para este estudo. Os critérios de exclusão: pessoas desorientadas em relação a tempo e espaço, apresentando qualquer dificuldade aparente que inviabilizassem a comunicação e as respostas ao instrumento.

Ao consolidar as informações das enfermeiras, a população de idosos com diabetes era de, aproximadamente, 250 idosos. Sendo assim, neste universo amostral, assumindo um percentual de heterogeneidade de 50%, margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%, a amostra foi constituída de 152 idosos. A amostra coletada foi de 153 idosos, homens e mulheres.

3.4 INSTRUMENTOS COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos. O primeiro foi construído pela pesquisadora, contendo as variáveis sociodemográficas e clínicas (APÊNDICE B). Nesse questionário foram observadas as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, renda econômica e arranjo familiar. Entre as características relacionadas à saúde, observaram-se o tempo diagnóstico, presença de patologias associadas, complicações e a realização de dieta supervisionada por nutricionista, ou outro profissional.

O segundo refere ao *Diabetes Attitude Questionnaire* - ATT-19) (ANEXO A), o qual foi traduzido para a língua portuguesa e validado no Brasil ⁽⁵⁶⁾.

O ATT-19 é um instrumento autoaplicável, desenvolvido como resposta às necessidades de avaliação de aspectos psicológicos e emocionais sobre a doença. Consiste em dezenove itens que incluem seis fatores: a) estresse associado ao diabetes; b) receptividade ao tratamento; c) confiança no tratamento; d) eficácia pessoal; e) percepção sobre a saúde; f) aceitação social. As questões 11, 15 e 18 começam com escore reverso. Cada resposta é medida pela escala de Likert de cinco pontos (discordo totalmente – escore 1; até concordo totalmente – escore 5). O valor total do escore varia de 19 a 95 pontos. Um escore maior que 70 pontos indica atitude positiva acerca da doença.

Mesmo o questionário sendo autoaplicável, a pesquisadora deu a opção ao participante de responder aos instrumentos, ou da própria pesquisadora realizar a entrevista, fazendo o preenchimento do formulário, conforme as respostas do paciente, pelo fato da população pesquisada ser composta por idosos.

O terceiro é o questionário de atividades de autocuidado com diabetes – QAD (ANEXO B), versão traduzida do instrumento Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (SDSCA), adaptada para a cultura brasileira⁽⁵⁷⁾.

O QAD possui seis dimensões e 15 itens de avaliação do autocuidado com o diabetes distribuído em: "alimentação geral" (dois itens), "alimentação específica" (três itens), "atividade física" (dois itens), "monitoração da glicemia" (dois itens), "cuidado com os pés" (três itens) e "uso da medicação" (três itens, utilizados de acordo com o esquema

medicamentoso) e tabagismo (três itens). Para cada resposta são atribuídos valores de acordo com a frequência com que realizam determinada atividade, nos dias da semana, com variação dos escores, de cada item, de zero a sete. O valor zero corresponde à situação menos desejável e sete ao mais favorável. Nos itens da dimensão “alimentação específica”, os valores foram invertidos (7=0, 6=1,5=2, 4=3, 3=4, 2=5, 1=6, 0=7). A análise do tabagismo é realizada por meio das frequências absoluta e relativa de fumantes da amostra.

O uso desses instrumentos de avaliação é um importante recurso por possibilitar mensurar as necessidades dos diabéticos, as mudanças de atitudes frente o autocuidado. Sabe-se que o controle do DM é possível por meio da incorporação de atitudes e autocuidado sobre a doença. Portanto, justifica-se a escolha desses instrumentos para o estudo proposto.

3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Inicialmente, a pesquisadora fez uma aproximação com os locais onde foi desenvolvido o estudo, para conhecer a estrutura física, os profissionais de saúde e os idosos diabéticos inseridos nos serviços, e assim, compreender a dinâmica de trabalho, o qual o idoso está envolvido e habituado, para que, após essa análise, pudesse planejar a forma de interagir com o idoso.

Após essa interação do ambiente, a pesquisadora aproximou-se dos entrevistados, convidando-os para participar de uma reunião, sendo então agendado o dia e horário, de acordo com o atendimento do serviço de saúde a essa demanda. A partir desse momento, estabeleceram-se as etapas para coleta de dados. Vale ressaltar que, antes de se iniciar a coleta, foi realizado um teste piloto com vistas a adaptar a forma de entrevistar a realidade dos participantes da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada em um espaço físico amplo e tranquilo, o qual favoreceu a condução das entrevistas. As etapas que constituíram a coleta de dados foram as seguintes:

1) Reunião com os idosos

Essa primeira etapa foi desenvolvida em um espaço para atividades educativas, disponibilizada pelas unidades de saúde; pelo qual permitiu melhor contato com os idosos. Cada idoso que buscou atendimento nesse dia foi recebido pela pesquisadora de forma acolhedora e interativa.

Antes do início de cada coleta de dados, foi realizada uma dinâmica denominada “a feira”⁽⁵⁸⁾, objetivando proporcionar a integração, descontração e participação dos entrevistados. Essa interação tinha duração de aproximadamente 30 min.

Para realização desta prática, utilizaram-se figuras de frutas, legumes, fita crepe e aparelho de som. As gravuras eram correspondentes ao número de pessoas presentes no momento da coleta.

A pesquisadora orientava ao grupo que, ao iniciar a música todos deveriam cantar andando pela sala no ritmo da música, cumprimentando o outro. Quando a música parasse, cada participante escolhia uma gravura que mais gostasse. Como as imagens repetiam, cada entrevistado procurava seu par, ou seja, a pessoa que tinha escolhido a gravura igual a sua. Formado os pares, o pesquisador atribuiu um tempo, alguns minutos, para que as duplas se conhecessem e pudessem justificar a escolha do produto.

A justificativa da escolha dos elementos da dinâmica oportunizou os idosos se conhecerem, relaxarem, entusiasmar-se com o momento, como também, refletiram sobre preferências alimentares, descrevendo muitas vezes como escolha certa ou errada para o hábito alimentar. Após a dinâmica, a pesquisadora explicou os objetivos do estudo, iniciando a coleta de dados.

2) Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada pela autora da pesquisa no período entre junho a julho de 2016, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba–UFPB. As instituições foram denominadas por números ordinais (1, 2, 3, 4).

As entrevistas foram realizadas individualmente, uma única vez, durante a espera das avaliações médicas periódicas, sendo os dados coletados por meio de um questionário estruturado. Essa etapa teve cerca de meia hora de duração para cada idoso, destinada a obter informações referentes aos instrumentos de coleta de dados que buscavam verificar as atitudes e o autocuidado dos sujeitos em relação ao DM e assim, despertar para a prevenção e promoção da saúde do participante.

É sabido que a senescência contribui para o surgimento de déficits visuais e auditivos, condição que poderia favorecer para a não compreensão dos questionamentos. Diante desta observação, em cada entrevista realizada, foram apresentadas ao idoso imagens de carinhas (ANEXO D) que representassem as respostas do instrumento (ATT-19), facilitando assim, o respondente compreender a pergunta e, conseqüentemente, ter uma resposta mais fidedigna.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, realizou-se a análise estatística descritiva objetivando caracterizar a amostra. Em seguida, foram calculadas as frequências absolutas e percentuais para as variáveis qualitativas, bem como as medidas de tendência central (média, mediana) e de dispersão (desvio padrão, valor mínimo, valor máximo) para as variáveis quantitativas.

Como também, foram feitos testes de comparação de médias. Todas as análises foram conduzidas usando o *software* SPSS Statistics versão 20.0, considerando um intervalo de confiança de 95%. O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados que deram origem a esta pesquisa foram provenientes do projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa do Centro de Ciências as Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba, mediante o CAAE: 54402216.4.0000.5188 (ANEXO C).

O estudo atendeu aos trâmites legais, que determinam a normatização da Resolução 466/12⁽⁵⁹⁾, no que se refere aos aspectos éticos observados, envolvendo a realização de pesquisas com seres humanos. Foi precedido da formulação de esclarecimento ao sujeito da pesquisa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE-A) para ser assinado pelos participantes da pesquisa. Aos respondentes foi concedida a liberdade de desistência em qualquer etapa do estudo.

A pesquisa obedeceu a Resolução COFEN 311/2007, que trata do código de ética dos profissionais de Enfermagem⁽⁶⁰⁾.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, os resultados e a discussão estão sendo apresentados no formato de dois artigos originais. O artigo 1 foi submetido em periódico da área de saúde, de qualis B1 e o segundo será submetido, após apreciação e aprovação da banca examinadora que contribuirá para a ampliação do conhecimento e subsidiará outras pesquisas.

ARTIGO ORIGINAL I

DIABETES MELLITUS EM IDOSOS: ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E ATITUDES DE ENFRENTAMENTO À DOENÇA

DIABETES MELLITUS IN ELDERLY: ASSOCIATION BETWEEN SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS, CLINICS AND ATTITUDES OF FACING THE DISEASE

DIABETES MELLITUS EN LA MAYOR: LA ASOCIACIÓN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y ENFERMEDAD DE ACTITUDES AFRONTAMIENTO

RESUMO

Objetivo: identificar associações entre as características sociodemográficas e as atitudes de pacientes diabéticos em relação à doença. **Método:** trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 153 idosos com diabetes mellitus, cadastrados em unidades básicas de saúde, no município de João Pessoa-PB. Para a coleta de dados, foram utilizados o questionário das variáveis sociodemográficas e clínicas e o Atitudes Psicológicas do Diabetes - ATT-19. Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais para as variáveis qualitativas, bem como as medidas de tendência central (média, mediana) e de dispersão (desvio padrão, valor mínimo, valor máximo) para as variáveis quantitativas. O escore médio do ATT-19, de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas, foi realizado através dos testes não paramétricos de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis, em que o nível de significância foi fixado em $p < 0,05$. Todas as análises foram conduzidas usando o *software* SPSS Statistics versão 20.0 e considerando um intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** na análise dos dados do questionário ATT-19 verificou-se que houve variação de 43 a 76 pontos, apontando que a maioria dos participantes não apresentaram atitudes positivas no enfrentamento da doença. Na análise comparativa do escore total médio do ATT-19, de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas, não se verificou diferenças estatisticamente significativas (p -valores $< 0,05$). Idosos com diferentes idades, sexo, estado civil, escolaridade, atividade laboral, renda, arranjo familiar e religião apresentaram escore total médio inferior a 70, sinalizando dificuldades no enfrentamento da doença. Em relação às características clínicas, os dados evidenciaram diferença estatisticamente significativa em relação ao escore médio do ATT-19 e patologias associadas ($p = 0,002$). Pessoas que apresentaram alguma patologia associada apresentaram um escore médio (média = 59,29; desvio padrão = 7,72) significativamente maior em comparação com aquelas que não

apresentaram (média = 55,65; desvio padrão = 6,03). **Conclusão:** a análise dos escores apresenta a necessidade de que sejam implementadas intervenções educativas, para proporcionar a pessoa com diabetes maior conhecimento, segurança e autonomia no manejo da sua condição de saúde, como também, a prevenção para o surgimento de agravos.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos. Diabetes Mellitus. Atitude frente à saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify associations between the sociodemographic characteristics and the attitudes of diabetic patients in relation to the disease. **Method:** This is a cross-sectional, quantitative approach. The sample consisted of 153 elderly people with diabetes mellitus, enrolled in basic health units, in the city of João Pessoa - PB. Data were collected using a sociodemographic and clinical variables questionnaire and the Psychological Attitudes of Diabetes - ATT-19. Absolute and percentage frequencies were calculated for the qualitative variables, as well as the measures of central tendency (mean, median) and dispersion (standard deviation, minimum value, maximum value) for the quantitative variables. The mean ATT-19 score according to sociodemographic and clinical variables was determined using the non-parametric Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests, where the significance level was set at $p < 0.05$. All analyzes were conducted using SPSS Statistics software version 20.0 and considering a 95% confidence interval. **Results:** The analysis of the ATT-19 questionnaire data revealed that there was a variation from 43 to 76 points, indicating that most of the participants did not present positive attitudes regarding the disease. The comparative analysis of the mean total score of ATT-19 according to sociodemographic and clinical variables did not find statistically significant differences (p -values < 0.05). Elderly people with different ages, sex, marital status, schooling, work activity, income, family arrangement and religion presented mean total score lower than 70, signaling difficulties in coping with the disease. Regarding the clinical characteristics, the data showed a statistically significant difference in relation to the mean ATT-19 score and associated pathologies ($p = 0.002$). People who presented some associated pathology had a significantly higher mean score (mean = 59.29, standard deviation = 7.72) compared to those who did not present (mean = 55.65, standard deviation = 6.03). **Conclusion:** The analysis of the scores show the need for the implementation of educational interventions, in order to favor the person with diabetes greater knowledge, safety and autonomy in the management of their health condition, as well as prevention of the occurrence of diseases.

KEY WORDS: Elderly. Diabetes Mellitus. Attitude towards health.

RESUMEN

Objetivo: Para identificar asociaciones entre las características y actitudes de los pacientes diabéticos sobre la enfermedad sociodemográficos. **Método:** Se trata de un estudio transversal con un enfoque cuantitativo. La muestra consistió en 153 pacientes adultos con diabetes mellitus, registrada en unidades básicas de salud en la ciudad de João Pessoa - PB. Para la recolección de datos se utilizaron el cuestionario de variables sociodemográficas y clínicas y la diabetes psicológicos Actitudes - ATT-19. frecuencias absolutas y relativas se calcularon para las variables cualitativas, así como medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar, mínimo, máximo) para las variables cuantitativas. La puntuación media de la ATT-19 en función de variables sociodemográficas y clínicas se

realizaron mediante el no paramétrico de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, donde el nivel de significación se fijó en $p < 0,05$. Todos los análisis se realizaron utilizando el software SPSS versión 20.0 y teniendo en cuenta un intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** El análisis de los datos del cuestionario ATT-19 encontraron que había una variación 43-76 puntos, señalando que la mayoría de los participantes no mostraron actitudes positivas en la lucha contra la enfermedad. El análisis comparativo de la puntuación media total de la ATT-19 en función de variables sociodemográficas y clínicas no mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Las personas mayores con diferentes edades, sexo, estado civil, educación, actividad laboral, ingresos, la estructura familiar y la religión tenían puntuación total media por debajo de 70, las dificultades de señalización para hacer frente a la enfermedad. En cuanto a las características clínicas, los datos mostraron una diferencia estadísticamente significativa en comparación con la puntuación media de la ATT-19 y patologías asociadas ($p = 0,002$). Las personas que presentan alguna patología asociada mostraron una puntuación media (media = 59.29, SD = 7,72) significativamente mayor en comparación con los que no tienen (media = 55.65, SD = 6,03). **Conclusión:** El análisis de las puntuaciones tienen la necesidad de implementar intervenciones educativas para favorecer a la persona con diabetes mayor conocimiento, seguridad y autonomía en la gestión de su estado de salud, así como la prevención de la aparición de enfermedades.

PALABRAS CLAVE: ancianos. Diabetes Mellitus. Actitud para la salud.

INTRODUÇÃO

A longevidade, vivenciada em países em desenvolvimento como o Brasil, é geradora de desafios que demandam dos gestores da saúde e profissionais da área gerontológica maior interação e reflexão de suas atribuições na aplicabilidade do cuidado, com o propósito de identificar, dimensionar e intervir nas necessidades individuais e coletivas das pessoas idosas.

Nos idosos, as alterações, mediante as agressões intrínsecas do organismo, aliadas aos fatores ambientais e sociais, favorecem o surgimento de doenças crônicas que refletem na perda da autonomia e independência para realização do autocuidado, podendo comprometer sua condição de saúde¹.

Dentre as doenças crônicas, destaca-se o Diabetes Mellitus (DM) que, pelo seu impacto epidemiológico, atualmente vem configurando-se em desafios para os serviços de saúde, devido as consequências impostas aos pacientes como o comprometimento da produtividade, sobrevida e a qualidade de vida⁽²⁾. Avaliou-se que no Brasil, em 2015, o número de pessoas com DM era aproximadamente 382 milhões, com previsão de aumento para 592 milhões até 2035, um acréscimo equivalente a 55% caso não seja controlado³.

O DM é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção e/ou ação da insulina⁴. Fatores como a hereditariedade;

comportamento e as condições socioeconômicas influenciam no controle metabólico⁵, determinando que a pessoa acometida faça readaptações no estilo de vida, implementando na rotina diária hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física regular e adesão ao tratamento medicamentoso⁶.

No entanto, a rotina sistemática de uma pessoa com DM pode se tornar complexa, influenciando de forma positiva ou não nas atitudes pessoais. Nesse contexto, as atitudes favoráveis para alguns, contribuirão para o controle da doença, enquanto que para outros, atitudes desfavoráveis atuam como sobrecarga e contrária a rotina necessária para o autocuidado⁷.

Portanto, para que o idoso com diabetes possa conviver com as dificuldades estabelecidas pela enfermidade, vê-se a necessidade de capacitá-los para compreender o processo de adoecimento, onde o plano terapêutico estimule a implementação de atitudes positivas que venham contribuir com o autocuidado, almejando menos complicações e incapacidades.

Nesta perspectiva, o cuidado prestado à pessoa idosa deve ser contínuo, integral e compartilhado, compreendendo-os de acordo com suas condições socioeconômicas, culturais e de saúde, possibilitando assim, a composição de ações efetivas que visem assegurar a promoção da saúde, prevenção de doenças, minimizar sequelas, melhorando a qualidade de vida desta população. Deste modo, o estudo teve como objetivo identificar associações entre as características sociodemográficas e as atitudes de pacientes diabéticos em relação à doença.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e de abordagem quantitativa realizada em Unidades Básicas de Saúde, na cidade de João Pessoa - PB. A amostra foi de 153 idosos, homens e mulheres, com idades acima de 60 anos. Os critérios de inclusão do estudo foram: 1) ter diagnóstico médico de diabetes mellitus no mínimo há 6 meses; 2) idade a partir de 60 anos, de ambos os sexos; 3) estar cadastrado e acompanhado regularmente no serviço.

As entrevistas foram realizadas individualmente, uma única vez, durante a espera das avaliações médicas periódicas, sendo os dados coletados através de um questionário estruturado e a aplicação do instrumento *Diabetes Attitude Questionnaire* (ATT-19). O ATT-19 tem o objetivo de avaliar o grau da força da atitude positiva frente o DM. Contempla 19 itens, distribuídos em seis fatores. a) Estresse associado ao DM, b) Receptividade ao tratamento, c) Confiança no tratamento, d) Eficácia pessoal, e) Percepção sobre a saúde, f)

Aceitação social, sendo três dos 19 itens revertidos na escala. Cada uma das respostas é medida, através das escala do tipo *Likert*, variando em cinco pontos (1 = discordo totalmente a 5 = concordo totalmente). Esse instrumento estabelece uma taxa-escore que varia de 19 a 95 pontos. Escore maior que 70 indica atitude positiva frente à doença, assim, quanto maior for a variação do escore maior será a atitudes positiva sobre a doença⁸.

Para a leitura dos dados, inicialmente realizou-se a análise estatística descritiva, objetivando caracterizar a amostra. Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais para as variáveis qualitativas, bem como as medidas de tendência central (média, mediana) e de dispersão (desvio padrão, valor mínimo, valor máximo) para as variáveis quantitativas. Os pressupostos de normalidade dos dados e de homogeneidade das variâncias não foram confirmados, após realizar os testes de Kolmogorov-Smirnov e de Levene, respectivamente. Portanto, para comparar o escore médio do ATT-19 de acordo com as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas foram realizados os testes não paramétricos de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis. O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$. Todas as análises foram conduzidas usando o *software* SPSS Statistics versão 20.0 e considerando um intervalo de confiança de 95%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba– UFPB, sob CAEE 54402216.4.0000.5188. Em acordo com os princípios éticos da Resolução do CNS 466/12, após serem informados sobre os objetivos da pesquisa e participação voluntária, todos os idosos assinaram (ou deixaram a marca digital) no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

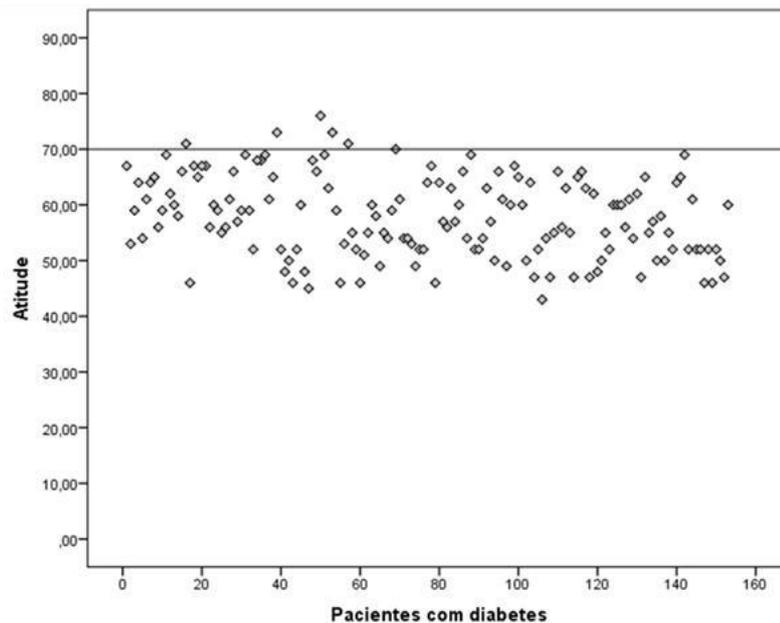
RESULTADOS

A análise estatística das características sociodemográficas e clínicas dos com diabetes mellitus, mostrou que 153 idosos pertencia ao sexo feminino 116 (75,8%) e 37 (24,2%) do sexo masculino, 96 (62,7%) sem escolaridade, 147 (96,1%) aposentados, 139 (90,8%) com renda familiar de 1 salário mínimo, equivalente a R\$ 880,00 e 130 (85,0%) morava com algum acompanhante. Em relação às características clínicas, 81 (52,9%) foram diagnosticadas com diabetes há 8 anos ou menos, 60,8%(93) apresentava patologias associadas e 121 (79,1%) não possuía complicações.

Na Figura 1, verificou-se a dispersão dos escores obtidos em relação às atitudes de enfrentamento, apresentadas pelos idosos com diabetes, de acordo com aplicação do

questionário ATT-19. Houve variação de 43 a 76 pontos do ATT-19 e escore total médio de 57,87 (Desvio Padrão = 7,30) e Mediana de 58,00.

Figura 1. Escores obtidos pelos participantes com diabetes no questionário ATT-19 em relação às atitudes de enfrentamento da doença. João Pessoa, PB, Brasil, 2016.



A Tabela 1 apresenta os resultados da análise comparativa do escore total médio do ATT-19 de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Em relação às características clínicas, os dados evidenciaram diferença estatisticamente significativa em relação ao escore médio do ATT-19 e patologias associadas ($p = 0,002$).

Tabela 1. Análise comparativa do escore total médio do ATT-19 de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas. João Pessoa, PB, Brasil, 2016.

Variáveis	ATT-19
	M (DP)
Faixa etária	
60-69 anos	57,89 (7,43)
70-79 anos	57,60 (7,14)
≥ 80 anos	58,83 (7,64)
p-valor ^(b)	0,916
Sexo	
Masculino	57,11 (7,01)
Feminino	58,10 (7,41)
p-valor ^(a)	0,467
Estado civil	
Viúvo	58,76 (7,43)

Casado	57,26 (7,07)
Solteiro	59,92 (7,06)
Divorciado	54,90 (8,84)
p-valor ^(b)	0,261
Escolaridade	
Sem instrução	57,72 (7,72)
Ensino fundamental I	58,46 (7,03)
Ensino fundamental II	57,45 (5,85)
p-valor ^(b)	0,794
Atividade laboral	
Aposentado	57,95 (7,36)
Pensionista	55,67 (5,96)
p-valor ^(a)	0,440
Renda	
1 salário mínimo	57,89 (7,22)
> 1 salário mínimo	57,57 (8,42)
p-valor ^(a)	0,929
Arranjo familiar	
Mora sozinho	59,17 (7,96)
Mora acompanhado (a)	57,63 (7,19)
p-valor ^(a)	0,487
Religião	
Evangélico	58,15 (7,75)
Católico	57,86 (6,92)
Sem religião	55,83 (9,13)
Espírita	64,50 (2,12)
p-valor ^(b)	0,418
Tempo diagnóstico	
≤ 8 anos	57,77 (7,37)
> 8 anos	57,97 (7,29)
p-valor ^(a)	0,940
Patologias associadas	
Não	55,65 (6,03)
Sim	59,29 (7,72)
p-valor ^(a)	0,002*
Complicações	
Não	57,60 (7,15)
Sim	58,84 (7,91)
p-valor ^(a)	0,316

Nota. M = média; DP = desvio padrão; ^(a) Teste de Mann-Whitney; ^(b) Teste de Kruskal-Wallis; * $p \leq 0,05$.

FONTE: PESQUISA DIRETA.

DISCUSSÃO

O Brasil vivencia um momento de grande longevidade, apresentando modificações significativas, tanto em sua estrutura etária como no perfil epidemiológico, com ênfase nas doenças crônicas como o diabetes mellitus (DM). Estima-se que em curto prazo haverá grandes problemas com as morbidades e comorbidades, que, se não controladas, podem impedir os idosos de levarem uma vida saudável⁹.

Tendo em vista os resultados apresentados, os quais, tiveram como amostra sujeitos comprovadamente diabéticos, condição que deve salientar alguns achados deste estudo, como por exemplo, a predominância do sexo feminino.

O fato de encontrar nas unidades de saúde mais pessoas do sexo feminino pode ser justificado pela necessidade que as mulheres têm de se manterem saudáveis, não apenas para as questões relacionadas à estrutura, funcionalidade fisiológica e emocional, mas, por elas assumirem uma multiplicidade de papéis sociais, condição que as levam a ter um maior cuidado com o seu bem-estar e procurarem mais os serviços de saúde com foco na assistência preventiva e assistencial¹⁰⁻¹¹.

Estudos realizados em Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família da área urbana de Cuiabá, também apresentaram predomínio de mulheres compreendendo a faixa etária acima de 60 anos, ressaltando a prevalência de DM nessa variável¹².

Essa característica demográfica assemelha-se a outro estudo de corte transversal, realizado em seis Centros de Saúde da Família (CSF), em Fortaleza-CE, com idosos portadores de DM acompanhados e cadastrados. Nesse grupo prevaleceu o sexo feminino¹³.

É sabido que o estado civil pode influenciar na adesão da busca por um envelhecimento saudável, uma vez que a dinâmica familiar pode contribuir para o controle da doença, devido ao envolvimento dos aspectos relacionados ao auxílio nas atribuições de casa, no uso adequado dos medicamentos, incentivo a prática de atividade física e lazer¹⁴. Essas ações desenvolvidas pelos familiares podem favorecer adesão frente à construção de atitudes para o autocuidado¹³.

No entanto, a conjuntura familiar apresenta modificações advindas das dificuldades de relacionamento, entre os familiares e idosos, devido à ausência de informações provenientes do processo de envelhecimento e adoecimento, podendo ocasionar conflitos intergeracionais¹⁵ que refletem na condição clínica do senil. Outra condição preocupante é o idoso desacompanhado, fato este que pode retumbar no surgimento de riscos de morbimortalidade,

alterações psicoemocionais, prejudicando na autonomia e independência para o enfrentamento da doença.

Estudo realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), com pessoas idosas, portadores de condições crônicas, verificou que os senis, que moravam sozinhos, apresentaram três vezes mais chances de não aderência ao tratamento dentre os que moravam acompanhados¹⁶.

Nesta perspectiva, é importante ressaltar a importância do vínculo entre os profissionais e as famílias cadastradas nas unidades de saúde, com o propósito de oportunizar o cuidado compartilhado e o manejo da enfermidade. Afinal, o diabetes mellitus engloba todo o contexto de vida e saúde da pessoa, exigindo para o controle metabólico adesão ao tratamento.

Em relação ao baixo nível de escolaridade, este pode ser explicado pelo fato da educação não ser prioridade tempos atrás, mas sim, a sobrevivência financeira a qual era fruto de trabalho braçal e pouco remunerados¹⁷. No entanto, esta enfermidade exige da pessoa acometida maior incremento nos cuidados diários, pelo qual está diretamente interligado à informações, compreensão e orientações para o autocuidado¹⁸. De acordo com estudo realizado no Centro Alemão de Diabetes, observou-se que os idosos de baixa escolaridade têm dificuldade de compreensão acerca dos cuidados para o controle do DM o que dificulta a prevenção das complicações¹⁹.

A maioria dos idosos deste estudo têm renda mensal de 01 salário mínimo, 130 (85%) e 147 (96,1%) são aposentados. Estes dados exprimem a realidade das condições de saúde dos idosos brasileiros corroborando com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), no qual se verificou que cerca de 42,1% e 40,9% da renda familiar, nas regiões Nordeste e Sudeste, respectivamente, eram provenientes das aposentadorias²⁰. Afinal, uma boa situação socioeconômica está associada à melhor condição de saúde e melhor de vida²¹.

Visto que, para a manutenção do controle metabólico é necessário que a pessoa diabética tenha condições de efetivar o tratamento dietético, como também, a prática de exercícios físicos para os quais, necessitam ser monitorados, por profissionais especializados, resultando assim, em custos financeiros que comprometem o orçamento familiar²². Portanto, a renda apresentada não permite aos idosos deste estudo, adesão satisfatória para a efetivação de cuidados de acordo com as necessidades terapêuticas.

No entanto, os dados deste estudo ressaltam que a dificuldade de enfrentamento da doença não ficou restrita aos idosos com piores condições socioeconômicas, o que revela a magnitude desta doença na população de modo geral.

Os achados clínicos obtidos têm como tempo de diagnóstico 08 anos ou menos, corroborando com estudos realizados no Irã, o qual apresentou tempo médio de diagnóstico de 6 a 8 anos²³. Remete-se a depreender a necessidade de verificar nesta faixa etária o tempo de diagnóstico e a identificação da presença de patologias, elementos que permitem aos profissionais de saúde a construção de medidas terapêuticas que contribuam para minimizar os agravos a saúde.

Estudos realizados no México e no Brasil apresentaram tempo médio de diagnóstico de diabetes de 12 anos²⁴⁻²⁵. Esses achados diferem em relação ao resultado do presente estudo, podendo ser explicado pelo período assintomático da doença, o qual justifica a não adesão de muitos idosos aos serviços de saúde, para realização de exames que possam confirmar o diagnóstico²⁶, o qual, muitas vezes, pode-se evitar o surgimento de fatores que venham a contribuir para o agravamento da condição clínica.

Os resultados dos escores obtidos em relação às atitudes avaliadas pela aplicação do ATT-19, apresentada na Figura 1, permitiram averiguar que, a maioria dos entrevistados, apresentou escore entre 43 a 76 pontos, o que indica baixa atitude em relação à doença. Esses resultados confirmam os de outros estudos realizados no interior paulista utilizando o ATT-19 com adultos, no qual apresentou escores menores ou iguais a 70²⁶; na mesma região, utilizando o mesmo instrumento, porém, com idosos, foram verificados escores de 25 a 71, sugerindo que esse público tem maior dificuldade para enfrentar o diabetes mellitus²⁷.

No entanto, outros estudos realizados na área urbana do sul da Índia e Emirados Árabes Unidos apresentaram achados contraditórios, exibindo bom nível de atitude em relação à doença entre as pessoas diabéticas²⁸⁻²⁹.

Deste modo, observa-se a necessidade de motivar o público entrevistado a ter maior interesse em ampliar o conhecimento acerca da patologia e, a partir daí, refletir sobre novas adesões em relação aos costumes que proporcione enfrentar o problema de forma eficaz, coerente com os padrões clínicos e assim, minimizar e/ou postergar as complicações do diabetes.

Para isso, é necessário realizar ações educacionais pontuais, baseadas na compreensão dos valores culturais, pelos quais podem influenciar no desempenho de atitudes que (re)adequem os comportamentos, a fim de reduzir e/ou eliminar o surgimento de agravos à saúde.

Em relação a Tabela 02, nota-se que, apesar de não ter havido significância na associação entre a análise comparativa dos escores total médio do ATT-19 com as variáveis sociodemográficas, percebe-se que idosos com diferentes idades, sexo, estado civil, escolaridade, atividade laboral, renda, arranjo familiar e religião apresentaram escore total médio inferior a 70, sinalizando dificuldades no enfrentamento da doença.

Frente a isso, os achados deste estudo revelam que, independente da classe econômica que o idoso esteja inserido, as dificuldades de enfrentamento da doença são evidentes diante dos resultados. É necessário ressaltar que as modificações no estilo de vida e aceitação da doença são fatores que contribuem para o controle dos índices glicêmicos resultando em funcionamento metabólico aceitável, podendo contribuir para uma atitude positiva frente a doença.

Todavia, os resultados de investigação realizada na Ásia, Oriente Médio e no Nepal²⁸⁻³² diferem diante dos achados deste estudo, ao revelarem que o alto nível escolar e econômico favorece o desempenho de atitudes positivas, por influenciar no conhecimento e, conseqüentemente, na adesão ao tratamento. Além do que, o baixo nível de escolaridade pode ser um fator limitante na compreensão sobre o mecanismo da doença e tratamento, devido à falta de conhecimento de habilidade de leitura, escrita e fala^{26, 33-34}.

Com relação às características clínicas, as variáveis tempo de diagnóstico e complicações não demonstraram diferenças significativas entre os escores médio em relação a variável patologia associada. É possível observar que a variável patologia associada evidenciou ($p < 0,002$), escore médio ($M=59,29$) significativamente maior em comparação com aquelas que não apresentaram ($M= 55,65$).

Diante disto, vale ressaltar a importância do diagnóstico precoce do Diabetes Mellitus (DM), como também a importância do cuidado quando diagnosticado³⁵. Sabe-se que a falta de cuidado com a doença tende a outras conseqüências clínicas tais como problemas renais, cardíacos, deficiência visual (cegueira), perda da sensibilidade nas extremidades e dentre outros que podem estar relacionados antes do diagnóstico da doença³⁶⁻³⁸.

Nessa conjuntura, a literatura aponta a necessidade de valorizar e supervisionar aspectos referentes à vida pregressa e hodierna da pessoa, cujas ações de autocuidado são influenciadas por fatores cognitivos, emocionais e motivacionais³⁹⁻⁴⁰ uma vez que, essas interações podem desencadear maior ou menor período de adesão aos cuidados frente ao processo de doença, podendo impactar na qualidade de vida⁴¹⁻⁴².

Estudos realizados com pessoas diabéticas, na faixa etária entre 44 a 76 anos, abordando a influência dos aspectos psicoemocionais, no enfrentamento do diabetes, permitiu

identificar a presença de sentimentos como ansiedade e estresse, concluindo, que estes indicadores estão presentes no convívio com o diabetes, proporcionando atitudes negativas durante o processo saúde/ doença⁴³.

Desta forma, o estudo vem ressaltando a importância da participação dos profissionais de saúde, quanto à supervisão dos riscos de complicações, por meio de ações educativas que influenciem no autocuidado e no controle do índice glicêmico³⁹.

Neste prisma, identifica-se a importância de observar na pessoa diabética a aceitação e o manejo da doença, e assim, proporcionar mais segurança e habilidade com os cuidados diários, objetivando diminuir os riscos de complicações e, conseqüentemente, proporcionar maior longevidade.

CONCLUSÃO

No presente estudo foi possível verificar que a maioria dos idosos entrevistados apresentou baixa atitude em relação aos cuidados com o diabetes mellitus, independente da classe econômica. Como também, ficou evidenciado que a presença de outras patologias associadas e grau de escolaridade pode interferir no controle da doença.

Esses resultados podem ser provenientes de conhecimentos restritos em relação a doença, o que remete em dificuldades quanto a adoção de cuidados para enfrentar os agravos, possibilitando maior prevalência para o surgimento de complicações.

Considerando que os participantes do estudo são acompanhados por profissionais de saúde, que atuam em Unidades Básicas de Saúde, cabe salientar a importância em conhecer o contexto de vida, saúde, nível social e educacional, no qual a pessoa com diabetes está inserida, para assim, construir juntos, intervenções que possam atender as necessidades de saúde, como também, identificar fatores emocionais e motivacionais que, por ventura, venham influenciar nas atitudes para o desempenho do autocuidado e, assim, favorecer melhor adaptação ao diabetes mellitus, principalmente, o alcance das metas terapêuticas.

No mais, enfatiza-se a necessidade de publicações direcionadas ao público e a temática abordada, para que a assistência, principalmente, do enfermeiro nas Unidades de Saúde sejam mais específicas e resolutivas.

REFERÊNCIAS

1. Mafra SCT. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de re-significar o papel da família. Rev Bras Geriatr Gerontol 2011; 14(2): 353-64.

2. Silva TR, Feldmam C, Lima MHA, Nobre MRC, Domingues RZL. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*. [Internet]. 2006 [citado em 03 jan 2016]; 15(3): 180-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/15.pdf>
3. International Diabetes Federation (IDF). *Diabetes Atlas*. 7th edition. Brussels: International Diabetes Federation, 2015.
4. Grossi SAA, Pascali PM. *Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus - Manual de Enfermagem*. São Paulo, 2009.
5. Menezes TN, Sousa NDS, Moreira AS, Pedraza DF. Diabetes mellitus referido e fatores associados em idosos residentes em Campina Grande, Paraíba. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet] 2014 [citado em 10 dez 2016]; 17(4):829-839. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00829.pdf>
6. Roos AC, Baptista DR, Miranda RC. Adesão ao tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. *Demetra*. 2015;10(2): 329-46.
7. Michener HA, DeLamater JD, Myers DJ. *Psicologia Social*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2005.
8. Torres HC, Hortale VA, Schall VT. Validação dos questionários de conhecimentos (DKN-A) e atitude (ATT-19) de diabetes mellitus. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(6): 906-11.
9. Linck CL, Lange C, Schwartz E, Dilélio AS, Zillmer JGV, Thorferhn MB. A inserção do idoso no contexto da pós-modernidade. *Cienc Cuid Saude* 2009; 8(suplem.):130-5.
10. Rocha RM, Zanetti ML, Santos MA. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. *Acta Paul Enferm*. [Internet] 2009 [citado em 10 jan 2017];22(1):17-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a03v22n1.pdf>
11. Bragança CM, Gomes IC, Fonseca MRCC, Colmanetti MNS, Vieira MG, Souza MFM. Avaliação das práticas preventivas do pé diabético. *J Health Sci Inst*. 2010; 28(2):159-63.
12. Ferreira CLRA, Ferreira MG. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2009;53(1): 80-6.
13. Marques MB, Silva MJ, Coutinho JFV, Lopes MVO. Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado, *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(2):415-20
14. Cruz ARR, Melo CMA, Barbosa CO. Conhecimentos dos diabéticos sobre a doença e o tratamento nutricional. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum*. 2011; 8(3): 343-54.
15. Farias RG, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto & Contexto Enferm*. [Internet] 2012 [citado em 10 jan 2017]; 21(1): 167-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a19v21n1.pdf>

16. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet] 2010 [citado em 10 jan 2017]; 15(3): 3507-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a25.pdf>
17. Alves-Silva JD, Scorsolini-Comin F, Santos MA. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. *Psicol Reflex Crit*. 2013; 26(4): 820-30.
18. Grillo MFF, Gorini MIPC. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(1):49-54.
19. Cortez DN, Reis IA, Souza DAS, Macedo MML, Torres HC. Complications and the time of diagnosis of diabetes mellitus in primary care. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(3):250-5.
20. Giatti L, Barreto SM, Lima MFC. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):735-43.
21. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *J Bras Psiquiatr*. [Internet] 2009 [citado em 04 fev 2017]; 58(1): 39-44. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/12843/art_TORRES_Qualidade_de_vida_e_fatores_associados_em_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Gusmai LF, Novato TS, Nogueira LS. Influência da qualidade de vida na adesão ao tratamento do paciente diabético: revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2015 [citado em 04 fev 2017]; 49(5):839-46. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0839.pdf
23. Karbalaefar R, Kazempour-Ardebili S, Ghannadi S, Tahmasebinejad Z, Amouzega A. Evaluating the effect of knowledge, attitude and practice on self-management in patients with type 2 diabetes. *Acta Diabetol*. 2016; 53:1015–23.
24. Lerman I, López-Ponce A, Villa AR, Escobedo M, Caballero EA, Velasco ML. Estudio piloto de los diferentes estrategias para reforzar conductas de autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes de bajos recursos económicos con diabetes tipo 2. *Gac Méd Méx*. 2009; 145(1):15-9.
25. Dias AF, Vieira MF, Rezende MP, Oshima A, Muller ME, Santos ME, Serracarbassa PD. Perfil epidemiológico e nível de conhecimento de pacientes diabéticos sobre Diabetes e retinopatia diabética. *Arq Bras Oftalmol*. 2010; 73(5):414-8.
26. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira RS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com Diabetes Mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(2): 284-90.
27. Rodrigues FFL, Zanetti ML, Santos MA, Martins TA, Sousa VD, Teixeira CRS. Knowledge and attitude: important components in diabetes education. *Rev. Latino-Am*

Enferm. [Internet] 2009 [citado em 04 fev 2017]; 17(4). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_06.pdf

28. Al-Maskari F, El-Sadig M, Al-Kaabi JM, Afandi B, Nagelkerke N, Yeatts KB. Knowledge, attitude and practices of diabetic patients in the United Arab Emirates. *PLoS One*. [Internet] 2013 [citado em 04 fev 2016];8(1). Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0052857>

29. Hawal NP, Kamar S, Patil S, Hiremath M. Knowledge, attitude and behaviour regarding self-care practices among type 2 diabetes mellitus patients residing in an urban area of South India. *Int Multidisciplinary Res J*. 2012;2(12):31–5.

30. Demaio AR, Dugee O, De Courten M, Bygbjerg IC, Enkhtuya P, Meyrowitsch DW. Exploring knowledge, attitudes, and practices related to alcohol in Mongolia: a national population-based survey. *BMC Public Health*. [Internet] 2013 [citado em 04 fev 2017];13(178). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3606611/>

31. Islam FMA, Chakrabarti R, Dirani M, Islam MT, Ormsby G, Wahab M, Critchley C, Finger RP. Knowledge, Attitudes and Practice of Diabetes in Rural Bangladesh: The Bangladesh Population Based Diabetes and Eye Study. *PLoS One*. [Internet] 2014 [citado em 6 fev 2017]; 9(10):e110368. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4196995/>

32. Shah VN, Kamdar P, Shah N. Assessing the knowledge, attitudes and practice of type 2 diabetes among patients of Saurashtra region, Gujarat. *Int J Diabetes Dev Countries*. [Internet] 2009 [citado em 6 fev 2017]; 29(3):118-22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2822215/>

33. Doak CC, Doak LG, Root JH. The literature problem. In: Doak CC, Doak LG, Root JH *Teaching patients with low literacy skills*. 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1995, p.1-9.

34. Gamba MA, Gotlieb SLD, Bergamaschi DP, Viana LAC. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(3): 399-404.

35. Hoyos TN, Arteaga MV, Muñoz M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en el domicilio. *La visión del cuidador familiar*. *Invest Educ Enferm*. 2011; 29(2):194-203.

36. Icks A, Haastert B, Trautner C, Giani G, Glaeske G, Hoffmann F. Incidence of lower-limb amputations in the diabetic compared to the non-diabetic population. Findings from nationwide insurance data, Germany, 2005–2007. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2009;117(09):500–4.

37. Resnikoff S, Pascolini D, Etya'ale D, Kocur I, Pararajasegaram R, Pokharel GP, Mariotti SP. Global data on visual impairment in the year 2002. *Bull World Health Organ*. 2004;82(11):844–51.

38. Khaw K-T, Wareham N, Bingham S, Luben R, Welch A, Day N. Association of hemoglobin A1c with cardiovascular disease and mortality in adults: the European prospective investigation into cancer in Norfolk. *Ann Intern Med.* 2004;141(6):413–20.
39. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, César CLG. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saude Publica.* [Internet] 2012 [citado em 6 fev 2017]; 26(1):175-84.
40. Santos AL, Cecílio HPM, Teston EF, Arruda GO, Peternella FMN, Marcon SS. Complicações microvasculares em diabéticos tipo 2 e fatores associados: inquérito telefônico de morbidade autorreferida. *Ciênc & Saúde Coletiva* [Internet] 2015 [citado em 6 fev 2017]; 20(3):761-70. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00761.pdf
41. Ramos L, Ferreira EAP. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2 with diabetes type 2. *Reb Bras Crescimento Desenvolv Hum.* [Internet] 2011 [citado em 6 fev 2017]; 21(3): 867-77. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v21n3/13.pdf>
42. Milioli R, Vargas MAO, Leal SMC, Montiel AA. Qualidade de vida em pacientes submetidos à amputação. *Rev Enferm UFSM.* [Internet] 2012 [citado em 6 fev 2017];2(2):311-9 3. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4703/3755>
43. Santos Filho CV, Rodrigues WHC, Santos RB. Papéis de autocuidado - subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* [Internet] 2008 [citado em 6 fev 2017]; 12(1): 125-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eaa/v12n1/v12n1a19>

ARTIGO ORIGINAL II

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO DE IDOSOS FRENTE O DIABETES MELLITUS

EVALUATION OF SELF-CARE ACTIVITIES OF ELDERLY IN FRONT OF DIABETES MELLITUS

EVALUACIÓN DEL AUTOCUIDADO ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA ADELANTE LA DIABETES MELLITUS

RESUMO

INTRODUÇÃO: o envolvimento de múltiplos fatores de risco, principalmente o conhecimento acerca do manejo da doença, exige maior adesão às atividades de autocuidado. **OBJETIVO:** avaliar as atividades de autocuidado desenvolvidas por idosos com diabetes mellitus, acompanhados em Unidades Básicas de Saúde, e comparar os escores do Diabetes

Attitude Questionnaire com os itens do Questionário de Atividades de Autocuidado. **MÉTODO:** Estudo transversal, de abordagem quantitativa. A amostra é constituída por 153 idosos diabéticos, cadastrados em Unidades Básicas de Saúde. Na coleta de dados utilizou-se a caracterização sociodemográfica, o Diabetes Attitude Questionnaire e o questionário de atividades de autocuidado. Os dados foram codificados e digitados em planilhas do programa *Excel*, em seguida tratados estatisticamente com auxílio do software SPSS 20.0. Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais para as variáveis qualitativas, bem como as medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) para as variáveis quantitativas. Para comparar homens e mulheres, de acordo com a pontuação média obtida nas questões referentes às atividades de autocuidado com a doença, empregou-se o teste de Mann-Whitney. O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$, considerando um intervalo de confiança de 95%. **RESULTADOS:** a média de cada atividade de autocuidado evidenciou associação entre orientação alimentar ($p=0,097$), tomam os medicamentos conforme o recomendado ($p=0,063$), número indicado de comprimidos do diabetes ($p=0,105$), ingestão de doces ($p < 0,003$). Os escores médios do questionário de autocuidado e das atitudes verificaram que os idosos que passavam 6-7 dias sem ingerir cinco ou mais porções de frutas e vegetais, bem como alimentos ricos em gordura apresentaram médias significativamente maiores no Diabetes Attitude Questionnaire. **CONCLUSÃO:** verificou-se baixa adesão ao autocuidado em relação aos hábitos saudáveis, demonstrando a necessidade dos profissionais de saúde da Atenção Básica realizarem ações educativas que proporcionem maior conhecimento em relação a patologia e aos fatores que impactam no estado geral de saúde.

Descritores: Enfermagem. Diabetes Mellitus tipo II. Autocuidado.

INTRODUÇÃO

O curso inicial assintomático, o envolvimento de múltiplos fatores de risco como a hereditariedade, estilo de vida, adesão ao tratamento medicamentoso, consumo abusivo de álcool, tabaco e, principalmente, o conhecimento acerca do manejo da doença, exige da pessoa diabética maior responsabilidade e compromisso em relação ao controle metabólico⁽¹⁾.

O controle metabólico só é alcançado a partir do momento em que a pessoa com diabetes desenvolve suas ações de autocuidado. Estas ações se remetem as práticas que o próprio indivíduo realiza em prol da sua saúde, por meio do desenvolvimento de comportamentos saudáveis que irão favorecer o bem-estar biológico e psicológico e, conseqüentemente, a estabilidade do quadro clínico, postergando assim, a evolução da doença e a instalação de complicações⁽²⁾.

Como o tratamento dessa patologia exige da pessoa com diabetes mudanças comportamentais, é preciso que haja aderência ao tratamento e melhor acompanhamento, por parte dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica de Saúde, por estes, iniciarem sua assistência desde os cuidados primários⁽³⁾. Estudos afirmam que as pessoas acometidas pelo diabetes têm pouco conhecimento acerca da doença, condição que não contribui para o

desenvolvimento de atitudes favoráveis em relação à efetivação do autocuidado, e assim, colabora negativamente para o enfrentamento da doença⁽⁴⁾.

Deste modo, compreendendo a importância do desenvolvimento de atividades de autocuidado para a prevenção de complicações crônicas, o estudo teve como objetivo avaliar as atividades de autocuidado, desenvolvidas por idosos com diabetes mellitus, acompanhados em Unidades Básicas de Saúde e comparar os escores do questionário Diabetes Attitude Questionnaire (ATT-19), com os itens do Questionário de Atividades de Autocuidado (QAD).

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, realizado em Unidades Básicas de Saúde no município de João Pessoa – PB. A população compreendeu 250 idosos sendo a amostra constituída por 153 idosos, com diabetes, cadastrados nessas instituições.

Para a seleção da amostra, os critérios de inclusão utilizados foram: idade a partir de 60 anos, de ambos os sexos, ter diagnóstico médico de DM, cadastrados e acompanhados regularmente nesses serviços no mínimo há 06 meses, período que oportuniza a interação com os profissionais de saúde, favorecendo o conhecimento das atividades de autocuidado realizados. Os critérios de exclusão considerados foram: idosos desorientados em relação ao tempo e espaço e apresentando qualquer dificuldade aparente que inviabilizasse a comunicação e as respostas aos instrumentos.

Para a coleta de dados, foram utilizados três instrumentos. O primeiro abordou as variáveis sociodemográficas e clínicas, o segundo o Diabetes Attitude Questionnaire (ATT-19) e o terceiro Questionário de Atividades de Autocuidado (QAD), traduzidos e validados no Brasil.

O ATT-19 é um instrumento autoaplicável, desenvolvido como resposta às necessidades de avaliação de aspectos psicológicos e emocionais sobre a doença. Consiste em dezenove itens que incluem seis fatores: a) estresse associado ao diabetes; b) receptividade ao tratamento; c) confiança no tratamento; d) eficácia pessoal; e) percepção sobre a saúde; f) aceitação social. As questões 11, 15 e 18 começam com escore reverso. Cada resposta é medida pela escala de Likert de cinco pontos (discordo totalmente – escore 1; até concordo totalmente – escore 5). O valor total do escore varia de 19 a 95 pontos. Um escore maior que 70 pontos indica atitude positiva acerca da doença⁵.

O QAD é a versão traduzida do instrumento Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (SDSCA), possui seis dimensões e 15 itens de avaliação do autocuidado com o diabetes distribuído em: "alimentação geral" (dois itens), "alimentação específica" (três itens), "atividade física" (dois itens), "monitoração da glicemia" (dois itens), "cuidado com os pés" (três itens) e "uso da medicação" (três itens, utilizados de acordo com o esquema medicamentoso) e tabagismo (três itens) ⁽⁸⁾. Para a análise das atividades de autocuidado, contidas no QAD, os itens do questionário foram parametrizados em dias da semana, de 0 a 7, sendo zero a situação menos desejável e sete a mais favorável. Nos itens da dimensão alimentação específica que questionam sobre o consumo de alimentos ricos em gordura e doces, os valores foram invertidos; a avaliação do tabagismo foi codificada considerando-se a proporção de fumantes e a última vez em que fumou ⁽⁶⁾.

No contexto literário, evidenciam-se vários estudos que descrevem os fatores que podem relacionar os comportamentos de autocuidado de pessoas com diabetes ⁽⁷⁻⁸⁾, porém, observa-se a escassez de pesquisas que façam uso de instrumentos específicos, como o QAD ⁽⁹⁻¹⁰⁾, justificando assim, o uso desse instrumento nesse estudo.

Os dados quantitativos coletados foram codificados e digitados em planilhas do programa *Excel*, em seguida os dados foram tratados estatisticamente com auxílio do software (*Statistical Package for the Social Sciences*) – *SPSS* versão 20.0. Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais para as variáveis qualitativas, bem como as medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) para as variáveis quantitativas.

Os pressupostos de normalidade dos dados e de homogeneidade das variâncias não foram confirmados, após realizar os testes de Kolmogorov-Smirnov e de Levene, respectivamente.

Para comparar homens e mulheres, de acordo com a pontuação média obtida nas questões referentes às atividades de autocuidado com a doença (QAD), empregou-se o teste de Mann-Whitney. O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$ e considerando um intervalo de confiança de 95%.

Foram consideradas as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução CNS 466/12, sobretudo no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos participantes, sigilo e confidencialidade dos dados, como também, a Resolução do COFEN 311/2007 que trata do código de ética dos profissionais de Enfermagem. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética

e Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba – UFPB segundo CAEE 54402216.4.0000.5188.

RESULTADOS

O estudo foi composto por 153 pessoas idosas com diabetes mellitus e, de acordo com as características sociodemográficas, a maioria tinha entre 60 a 69 anos de idade 8,2% (58,2%), do sexo feminino 116 (75,8%), casados 85 (55,6%), aposentados 147 (96,1%) e 139 (90,8%) tinham renda de 01 salário mínimo, equivalente a R\$ 880,00 reais. A associação de patologias e tempo de diagnóstico da doença, 93 (60,8%) apresentavam alguma patologia associada, 81 (52,9%) diagnosticado de DM há 8 anos.

Tabela 1. Distribuição dos participantes de acordo com os itens do Questionário de Atividades de Autocuidado (QAD). João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016.

Itens do QAD	N	%
1. ALIMENTAÇÃO GERAL		
1.1 Seguir uma dieta saudável		
≤ 5 dias	92	60,1
6-7 dias	61	39,9
1.2 Seguir a orientação alimentar		
≤ 5 dias	126	82,4
6-7 dias	27	17,6
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA		
2.1 Ingerir cinco ou mais porções de frutas e vegetais		
≤ 5 dias	93	60,8
6-7 dias	60	39,2
2.2 Ingerir alimentos ricos em gordura		
≤ 5 dias	100	65,4
6-7 dias	53	34,6
2.3 Ingerir doces		
≤ 5 dias	65	42,5
6-7 dias	88	57,5
3. ATIVIDADE FÍSICA		
3.1 Realizar atividade física por pelo menos 30 minutos diários		
≤ 5 dias	132	86,3
6-7 dias	21	13,7
3.2 Realizar exercício físico específico (caminhar, nadar etc.)		
≤ 5 dias	140	91,5
6-7 dias	13	8,5
4. MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA		
4.1 Avaliar o açúcar no sangue		
≤ 5 dias	151	98,7
6-7 dias	2	1,3
4.2 Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado		
≤ 5 dias	152	99,3

6-7 dias	1	0,7
5. CUIDADOS COM OS PÉS		
5.1 Examinar os pés		
≤ 5 dias	78	51,0
6-7 dias	75	49,0
5.2 Examinar dentro dos calçados antes de calçá-los		
≤ 5 dias	105	68,6
6-7 dias	48	31,4
5.3 Secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los		
≤ 5 dias	78	51,0
6-7 dias	75	49,0
6. MEDICAÇÃO		
6.1 Tomar os medicamentos do diabetes conforme o recomendado		
≤ 5 dias	18	11,8
6-7 dias	135	88,2
6.2 Tomar injeções de insulina conforme o recomendado		
≤ 5 dias	135	88,2
6-7 dias	18	11,8
6.3 Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes		
≤ 5 dias	20	13,1
6-7 dias	133	86,9
7. TABAGISMO		
Fumou um cigarro (ainda que só uma tragada durante os últimos SETE DIAS)?		
Sim	18	11,8
Não	135	88,2
Quando fumou seu último cigarro?		
Não fuma	134	87,6
Mais de um ano atrás	1	0,7
Hoje	18	11,8

Fonte: Pesquisa Direta.

Em relação à Tabela 1 foi possível observar que os idosos tendem a praticar as ações de autocuidado com frequência ≤ 5 dias. É importante destacar que para os itens ingestão de doces 88 (57,5%), tomar os medicamentos do diabetes conforme o recomendado 135 (88,2%) e tomar o número indicado de comprimidos do diabetes 133 (86,9%) realizam entre 6-7 dias.

Tabela 2. Distribuição da adesão aos itens do Questionário de Atividades de Autocuidado (QAD) com o gênero dos idosos com diabetes mellitus. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016.

Itens do QAD	Gênero			p-valor ^(a)
	Total	Masculino	Feminino	
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
1. ALIMENTAÇÃO GERAL				
1.1 Seguir uma dieta saudável	3,98 (2,82)	3,81 (2,73)	4,03 (2,86)	0,391
1.2 Seguir a orientação alimentar	1,80 (2,74)	1,19 (2,34)	2,00 (2,83)	0,097
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA*				
2.1 Ingerir cinco ou mais porções de frutas e vegetais	3,56 (2,97)	3,11 (2,74)	3,71 (3,04)	0,386

2.2 Ingerir alimentos ricos em gordura	3,33 (2,86)	2,89 (2,78)	3,47 (2,88)	0,443
2.3 Ingerir doces	5,41 (1,99)	4,59 (2,27)	5,66 (1,84)	0,003*
3. ATIVIDADE FÍSICA				
3.1 Realizar atividade física por pelo menos 30 minutos diários	1,79 (2,55)	1,86 (2,52)	1,77 (2,57)	0,810
3.2 Realizar exercício físico específico (caminhar, nadar etc.)	1,25 (2,22)	1,05 (2,13)	1,32 (2,25)	0,403
4. MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA				
4.1 Avaliar o açúcar no sangue	0,80 (1,04)	0,97 (1,24)	0,75 (0,97)	0,229
4.2 Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	0,58 (0,82)	0,57 (0,69)	0,58 (0,86)	0,893
5. CUIDADOS COM OS PÉS				
5.1 Examinar os pés	4,05 (3,10)	4,16 (2,89)	4,01 (3,17)	0,885
5.2 Examinar dentro dos calçados antes de calçá-los	2,54 (3,13)	2,41 (2,85)	2,58 (3,22)	0,579
5.3 Secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los	3,99 (3,14)	4,05 (2,93)	3,97 (3,22)	0,844
6. MEDICAÇÃO				
6.1 Tomar os medicamentos do diabetes conforme o recomendado	6,27 (1,94)	6,11 (1,91)	6,32 (1,95)	0,063
6.2 Tomar injeções de insulina conforme o recomendado	0,82 (2,26)	0,76 (2,20)	0,84 (2,29)	0,837
6.3 Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes	6,16 (2,11)	6,11 (1,91)	6,18 (2,17)	0,105

Nota. Os itens da alimentação específica estão expressos na forma de escore reverso, ou seja, quantidade de dia que o participante passa sem realizar determinada prática; ^(a) Teste de Mann-Whitney comparando homens e mulheres de acordo com os itens do QAD; * Diferença estatisticamente significativa ao nível de $p < 0,05$.

Fonte: Pesquisa Direta.

Em relação à média diária das atividades de autocuidado do instrumento QAD, constatou-se que houve diferença estatisticamente significativa no item alimentação específica, mais precisamente, em ingerir doces ($p < 0,003$), evidenciando que os idosos têm predisposição para a ingestão de doces, conforme apresenta a Tabela 2.

Como também, ainda pode-se verificar que, apesar das variáveis alimentação geral, subitem “seguir uma orientação alimentar” ($p = 0,097$), medicação, subitem “tomar os medicamentos do diabetes conforme recomendado” ($p = 0,063$) e “tomar o número indicado de comprimidos do diabetes” ($p = 0,105$) não apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), porém, demonstraram uma baixa adesão em relação ao autocuidado.

Tabela 3. Análise comparativa do escore médio do ATT-19 de acordo com os itens do QAD. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016.

Itens do QAD	ATT-19 Média (desvio padrão)
1. ALIMENTAÇÃO GERAL	
1.1 Seguir uma dieta saudável	
≤ 5 dias	58,47 (7,31)
6-7 dias	56,97 (7,25)
p-valor ^(a)	0,215
1.2 Seguir a orientação alimentar	
≤ 5 dias	57,41 (7,29)
6-7 dias	60,00 (7,10)
p-valor ^(a)	0,062
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA*	
2.1 Ingerir cinco ou mais porções de frutas e vegetais	
≤ 5 dias	56,54 (7,53)
6-7 dias	59,93 (6,47)
p-valor ^(a)	0,002
2.2 Ingerir alimentos ricos em gordura	
≤ 5 dias	56,46 (6,91)
6-7 dias	60,53 (7,35)
p-valor ^(a)	0,001
2.3 Ingerir doces	
≤ 5 dias	57,60 (7,21)
6-7 dias	58,07 (7,40)
p-valor ^(a)	0,776
3. ATIVIDADE FÍSICA	
3.1 Realizar atividade física por pelo menos 30 minutos diários	
≤ 5 dias	58,48 (7,27)
6-7 dias	54,05 (6,45)
p-valor ^(a)	0,011
3.2 Realizar exercício físico específico (caminhar, nadar etc.)	
≤ 5 dias	57,99 (7,39)
6-7 dias	56,62 (6,44)
p-valor ^(a)	0,523
4. MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA	
4.1 Avaliar o açúcar no sangue	
≤ 5 dias	57,74 (7,25)
6-7 dias	68,00 (2,83)
p-valor ^(a)	0,039
4.2 Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	
≤ 5 dias	57,82 (7,30)
6-7 dias	65,00 (0,00)
p-valor ^(a)	0,418
5. CUIDADOS COM OS PÉS	
5.1 Examinar os pés	
≤ 5 dias	58,74 (7,23)
6-7 dias	56,96 (7,31)
p-valor ^(a)	0,153

5.2 Examinar dentro dos calçados antes de calçá-los	
≤ 5 dias	59,74 (7,09)
6-7 dias	53,77 (6,02)
p-valor ^(a)	< 0,001
5.3 Secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los	
≤ 5 dias	58,36 (7,30)
6-7 dias	57,36 (7,32)
p-valor ^(a)	0,437
6. MEDICAÇÃO	
6.1 Tomar os medicamentos do diabetes conforme o recomendado	
≤ 5 dias	55,17 (7,34)
6-7 dias	58,23 (7,25)
p-valor ^(a)	0,093
6.2 Tomar injeções de insulina conforme o recomendado	
≤ 5 dias	57,55 (7,31)
6-7 dias	60,28 (6,94)
p-valor ^(a)	0,120
6.3 Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes	
≤ 5 dias	55,80 (7,36)
6-7 dias	58,18 (7,27)
p-valor ^(a)	0,181
7. TABAGISMO	
Fumou um cigarro (ainda que só uma tragada durante os últimos SETE DIAS)?	
Sim	52,28 (6,25)
Não	58,61 (7,13)
p-valor ^(a)	0,001

Nota. * Escore reverso, ou seja, dias que passam sem realizar essas práticas; ** Diferença estatisticamente significativa ao nível de 5% revelada por meio do teste de Mann-Whitney.

Fonte: Pesquisa Direta.

Considerando as respostas categorizadas dos itens do QAD e os escores médios do ATT-19, verificou-se que os idosos que passavam 6-7 dias sem ingerir cinco ou mais porções de frutas e vegetais, bem como sem ingerir alimentos ricos em gordura apresentaram médias significativamente maiores no ATT-19, conforme Tabela 3. Os dados também evidenciaram que pessoas que não fumavam apresentaram média significativamente maior no ATT-19 em comparação com aquelas que fumavam.

DISCUSSÃO

Durante o processo de envelhecimento, as transformações fisiológicas, metabólicas, os declínios físicos, cognitivos, quando se associam ao estilo de vida, tornam o idoso vulnerável à desenvolver problemas crônicos. Diante disso, é muito importante estratificar os riscos

nessa população, a fim de prevenir danos tanto no âmbito primário como secundário no setor da saúde ⁽¹¹⁾.

Quando se refere à estratificação de riscos, os dados sociodemográficos são importantes por permitirem conhecer a população e estabelecer metas de apoio. Neste estudo, foi possível verificar o predomínio do sexo feminino, dado que pode ser justificado pelo fato de as mulheres serem mais atentas e preocupadas quanto à presença de sintomas e sinais físicos de doenças e, com isso, buscar de forma mais rápida assistência médica ⁽¹²⁾.

Dado que merece importância também é o estado civil, 65,8% dos respondentes são casados. Estudo realizado no interior de São Paulo revelou que 57% dos idosos vivem com o companheiro, valor aproximado deste estudo, o qual pode sugerir que essa convivência pode ser benéfica para o idoso, por poder contribuir para os cuidados em relação à saúde ⁽¹³⁾.

No entanto, essa convivência está correndo riscos de insatisfação, devido o valor recebido com a aposentadoria, equivalente a um salário mínimo, renda insuficiente para a manutenção básica do idoso ⁽¹⁴⁾.

É importante lembrar que, no momento em que o idoso se aposenta, tem perda financeira significativa, a qual compromete sua condição de poder manter cuidados em relação a uma boa alimentação, uso de medicamentos, realização de exames periódicos, fatores que contribuem para a não preservação da saúde ⁽¹⁵⁾.

Frente à avaliação clínica dos pacientes, estes foram questionados sobre a aderência às atividades de autocuidado em relação sua condição de saúde - diabética. As avaliações inter-itens das dimensões do QAD foram variáveis, dependendo do autocuidado avaliado. No entanto, conforme observado na Tabela 1, de maneira majoritária, os indivíduos tendem a praticar as ações de autocuidado com frequência menor ou igual a 5 dias, dentro do contexto máximo de 7 dias.

Ressaltam-se as exceções para os itens 'ingestão de doces' (entre 6-7 dias = 57,5%); 'Tomar os medicamentos do diabetes conforme o recomendado' (entre 6-7 dias = 88,2%) e 'Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes' (entre 6-7 dias = 86,9%), os quais são realizados como tal pela amostra. Sob outra perspectiva, também se infere que, em linhas gerais, os maiores valores de aderência foram encontrados para o uso das medicações e o menor, para a monitorização da glicemia e realização de atividade física.

Dentre as dificuldades de adesão ao tratamento, estudo de revisão aponta a prática de atividade física, seguimento do plano alimentar e adesão ao tratamento medicamentoso para controlar a doença, especialmente relacionado a insulino terapia ⁽¹⁶⁾.

As médias encontradas para monitoração semanal da glicemia se encontraram abaixo do esperado. O motivo da baixa adesão a essa atividade pode ser inferido pela ausência muitas vezes dos materiais necessários para a realização do exame nos serviços de Atenção Básica. Como também, a exigência desse procedimento ser realizado na maioria das vezes apenas nos dias de consulta ao diabético, contrariando muitas vezes, a solicitação médica e o planejamento assistencial ao idoso preconizado pelo Ministério da Saúde. Outro fator determinante é a falta de glicosímetro próprio, o alto custo envolvido no método, e/ou pela falta de percepção da importância dessa avaliação no controle da doença.

O procedimento de automonitorização glicêmica é uma forma eficaz de o paciente atingir o controle metabólico e compreender o que pode causar variação em sua glicemia, por isso, a aderência às mudanças de estilo de vida, o aumento da frequência de monitorização da glicemia, pode minimizar riscos, além de implicar numa participação mais ativa do paciente no projeto terapêutico ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Partindo do pressuposto que a análise da aderência aos itens do questionário QAD são parametrizados em dias da semana, de zero a sete, sendo zero a situação menos desejável e sete a mais favorável, consubstancia-se dos dados apresentados acima, que a prática evidenciada pelos indivíduos precisa ser melhorada para manutenção do controle metabólico e prevenção de agravos advindos da sua condição de saúde.

As médias de adesão aos itens relativos à alimentação geral e específica não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, quando comparados os grupos de homens e mulheres, com exceção do item relativo à ingestão de doces ($p < 0,003$), como aponta a Tabela 2.

Refletindo sobre os dados referente à alimentação, foi possível observar que os idosos com diabetes sabem da importância dessa prática para o controle metabólico, porém, o tempo de diagnóstico, a cronicidade da doença, a condição socioeconômica tem o poder de induzir o não desenvolvimento dessa ação adequada.

Esse fato pode ser proveniente de que, muitos se sentem cansados pela exigência de um desempenho diário para uma dieta balanceada, como também, para a prática de atividade física. Essa cobrança pode vir a contribuir para a prevalência do diabetes, caso esses indivíduos, não sejam sensibilizados e orientados que os hábitos de vida escolhidos são fatores que atingem diretamente à sua saúde .

Nesta pesquisa, observa-se uma adesão regular dos respondentes para o item dieta saudável e seguir uma orientação alimentar. No entanto, observou-se que as mulheres (média

= 4,03) apresentaram maior adesão à esse requisito, atitude importante para manter o diabetes mellitus controlado.

Estudos corroboram com esse resultado, confirmando que as mulheres e idosos são mais propícios a seguir as orientações dietéticas⁽¹⁹⁾. No entanto, percebe-se maior aderência à esse segmento pessoas que apresentam maior tempo de escolaridade⁽²⁰⁾.

No item alimentação específica, subitem ingerir doces, foi observado que os entrevistados apresentaram comportamento de autocuidado indesejável, principalmente as mulheres (média = 5,66). Estudos realizados com a população brasileira ratificam esse resultado ao identificar que as preferências alimentares são os refrigerantes, biscoitos e refeições prontas, alimentos de alto teor glicêmico⁽²¹⁻²²⁾. Vale destacar, que o consumo de açúcar pelos brasileiros está excedendo em mais de 50% o limite máximo recomendado pela Organização Mundial de Saúde⁽²³⁾.

Neste estudo, o comportamento alimentar adotado pelos idosos pode ser justificado pela ausência de assistência especializada no serviço para acompanhar de forma mais específica as dificuldades, resistências e os resultados dos exames realizados, como também, a subvalorização para o encaminhamento nutricional, onde, as consultas à esse profissional é priorizado mais para atendimento a puericultura.

Essa realidade vai de encontro ao processo de planejamento do Ministério da Saúde em relação à saúde do idoso, o qual busca aperfeiçoar o Modelo de Atenção à Saúde da pessoa idosa no Sistema único de Saúde, com foco em melhorar a assistência e a qualidade de vida desse público⁽²⁴⁾. Salienta-se que a falta de implementação de linhas de cuidado compromete a saúde do indivíduo, o funcionamento do serviço, por superlotar os sistemas de referências⁽²⁵⁾.

Estudo realizado na Finlândia sobre o cuidado com o diabetes, verificou a importância e a possibilidade de prevenção, desde que, se faça acompanhamento nutricional, uma orientação educativa individual em relação ao consumo alimentar⁽²⁶⁾ em alimentos ricos em cereais integrais e ácidos graxos poli-insaturados⁽²⁷⁾.

Neste mesmo direcionamento, estudos realizados na Tailândia colaboram, assegurando que uma dieta saudável pode reduzir os principais fatores de risco para doenças crônicas, sugerindo a importância de realizar educação em saúde em relação à educação nutricional, para assim, as pessoas apresentarem melhor desenvolvimento alimentar e qualidade de vida⁽²⁸⁾.

É importante enfatizar que durante o atendimento às pessoas com condições crônicas, é necessário fazê-las compreender sua patologia e refletir sobre seu contexto alimentar. É

sabido que a rotina nutricional envolve especificidades que abrangem desde o contexto sociocultural, como o emocional e psicológico, quando, muitas vezes é invadida pela manifestação de sentimentos como angústia, medo, ansiedade, tensão e a restrição da autonomia⁽²⁹⁾, ocasionando o não cumprimento da prescrição dietética.

Em relação ao exercício físico, o desempenho dessa prática requer determinação e foco, pois, a cronicidade da doença exige que esta prática seja realizada de forma contínua⁽³⁰⁾.

Estudos realizados, analisando o efeito do exercício sobre as taxas glicêmicas, identificaram uma redução pós-intervenção de 0,66% ($p < 0,001$) na hemoglobina glicada (HbA1c) valor importante para a captação da glicose, devido a redução da resistência hepática e muscular à insulina⁽³¹⁾.

Averiguando as práticas de atividades físicas em idosos de ambos os sexos, estudos realizados em universidades públicas do sul do Brasil, verificaram efeitos benéficos no aspecto psicofisiológicos⁽³²⁾ principalmente em relação à autoimagem, autoestima, na prevenção da hipertensão arterial, diabetes tipo 2, diminuição obesidade, ansiedade e depressão⁽³³⁾. No entanto, estudo realizado na Índia com pessoas diabéticas enfatizam as dificuldades deste público em aderir em relação ao exercício físico e a dieta alimentar⁽³²⁾.

Entende-se que a avaliação dos valores glicêmicos permite a pessoa diabética realizar ajustes terapêuticos necessários com vistas ao alcance de um melhor controle glicêmico, condição necessária para a prevenção de complicações tanto de âmbito agudo como crônico^(34,35). A falta do controle adequado da glicose, o tempo de diagnóstico, a doença renal, são fatores que predispõe o surgimento de úlceras nos pés, cuja média anual varia entre 1 a 4% de pessoas acometidas⁽³⁶⁾.

Com relação ao pé diabético, estudo realizado no Nordeste com idosos em um Centro de Assistência Integrada à Saúde – CAIS, apresentou que 58,3% examinavam e secavam os pés às vezes, 91,7% não observava a presença de problemas, 70,8% não se preocupava com o calçado⁽³⁷⁾. Com base no exposto, cabe enfatizar a importância dos profissionais de saúde da Atenção Básica em direcionar ações multidisciplinares, preventivas, para o cuidado com os pés e com isso, proporcionar maior compreensão, comando e adesão aos cuidados básicos⁽³⁸⁾.

Outro requisito importante que influencia na estabilidade do quadro clínico e provoca complicações, aumentando a demanda na atenção secundária é a baixa adesão medicamentosa. Na maioria das vezes, é motivada pela falta de habilidade na compreensão da prescrição médica, efetiva comunicação e interação com os profissionais de saúde⁽³⁹⁾

Como o DM é resultante da interação entre os fatores genéticos e estilo de vida, ressalta-se a importância de que, durante a assistência de enfermagem, investiguem e

analisem as atividades do autocuidado, associando-as as condições socioeconômicas, ambientais, culturais e familiares, para assim constituir novos subsídios para o plano terapêutico, maior sensibilização e aderência no cuidado e assim, tentar reduzir os riscos e agravos.

Diante da amplitude da doença, da resistência à adesão aos hábitos saudáveis, percebe-se a importância da atuação do enfermeiro no tratamento do diabetes, para investigar e analisar as atividades de autocuidado, realizadas no dia a dia, objetivando obter informações e associá-las as condições socioeconômicas, ambientais, culturais e familiares, para assim, constituir novos subsídios para o plano terapêutico, maior sensibilização à aderência para o desempenho do autocuidado e assim, tentar reduzir os riscos e agravos.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nesta pesquisa permitiram atingir os objetivos da pesquisa, já que foi possível identificar as atitudes e as atividades de idosos com DM referente ao autocuidado. Verificou-se que muitos deles apresentam baixa adesão ao autocuidado, mais precisamente aos hábitos alimentares, monitoramento da glicemia, uso de medicamentos, cuidados com os pés, aliado a outros comportamentos não saudáveis como a falta de atividade física e tabagismo.

Os achados merecem ser aprofundados por pesquisas futuras, para possibilitar a construção de estratégias que venham assistir essa demanda de forma resolutiva, proporcionando maior interação entre o conhecimento técnico e científico do enfermeiro sobre o ser idoso, as doenças crônicas, a interdisciplinaridade no trabalho em equipe, vislumbrando uma assistência que envolva todo o processo de atenção e cuidado.

Neste ínterim, demonstra-se a necessidade dos profissionais de saúde, que exercem suas atribuições principalmente na Atenção Básica, realizarem ações educativas que proporcionem ao idoso diabético maior conhecimento em relação a patologia, aos fatores que impactam no estado geral de saúde, o nível motivacional em desenvolver o autocuidado, para assim, estabelecer metas que incentivem o empoderamento das ações frente o autocuidado.

REFERÊNCIAS

1. Mantovani MF, Mendes FRP, Ulbrich EM, Bandeira JM, Fusuma F, Gaio DM. As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2011 dez [cited 2017 Jan 28];32(4):662-8. Available from: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3453/1/14471.pdf>.
2. Organización Panamericana de Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina [Internet]. Santiago, Chile; 2006. [cited 2017 Jan 17]. Available from: <http://www.biblioteca.cotecnova.edu.co/docentes/Magali/Cartillas/autocuidado.pdf>.
3. Sousa MC, Dias FA, Nascimento JS, Tavares DMS. Correlation of quality of life with the knowledge and attitude of diabetic elderly. *Invest Educ Enferm.* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 16];34(1):180-188. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v34n1/v34n1a20.pdf>.
4. Oliveira KC, Zanetti ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2011 Aug [cited 2017 Feb 07];45(4):862-868. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400010&lng=en.
5. Torres HC, Hortale VA, Schall VT. Validação dos questionários de conhecimentos (DKN-A) e atitude (ATT-19) de diabetes mellitus. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(6): 906-11.
6. Michels MJ, Coral MHC, Sakae TM, Damas TB, Furlanetto LM. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arq Bras Endocrinol Metab* [Internet]. 2010 Oct [cited 2017 Feb 07];54(7): 644-651. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S000427302010000700009&lng=en
7. Baquedano IR, Santos MA, Martins TA, Zanetti ML. Self-care of patients with diabetes mellitus cared for at an emergency service in Mexico *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2010 Dec [cited 2017 Feb 07]; 18(6): 1195-1202. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600021&lng=en.
8. Faria HTG, Rodrigues FFL, Zanetti ML, Araújo MFM, Damasceno MMC. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 07]; 26(3): 231-237. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002013000300005&lng=en.
9. Gomides DS, Villas-Boas LCG, Coelho ACM, Pace AE. Self-care of people with diabetes mellitus who have lower limb complications. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 07]; 26(3):289-293. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300014&lng=en.

10. Villas Boas LCG, Foss MC, Freitas MCF. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 Feb [cited 2017 Feb 07];20(1):52-58. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692012000100008&lng=en.
11. Zardo M, Bassan MB, Farias KCM; Diefenthaeler HS; Grazziotin NA. Rastreamento de fatores de risco para diabetes tipo 2 em trabalhadores de uma indústria da cidade de concórdia-sc. *Perspectiva, Erechim* [Internet]. 2015 [cited 2017 Fev 02];39(145):85-95. Available from: http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/145_484.pdf.
12. Rossaneis MA, Haddad MCFL, Mathias TAF, Marcon SS. Diferencias entre mujeres y hombres diabéticos en el autocuidado de los pies y estilo de vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2017 Fev 02];24:e2761. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692016000100384&lng=pt.
13. Santos FS, Oliveira KR, Colet CF. Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de diabetes mellitus, atendidos em uma Unidade básica de saúde no município de Ijuí: um estudo exploratório. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2010;31(3):223-7.
14. Areosa SVC, Areosa AL. Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. *Textos&Contexto Enferm.* 2008 jan/jun;7(1):138-50.
15. Silva HO, Carvalho MJAD de, Lima FEL de, Rodrigues LV. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu. *Rev. bras. geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2011 [cited 2017 Fev 05];14(1):123-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n1/a13v14n1.pdf>.
16. Rodrigues JA, Lima FJS, Santos AG. Atuação do enfermeiro com pacientes com diabetes mellitus na melhoria da qualidade de vida. *Rev. de Atenção à Saúde.* 2015;13(46):84-90.
17. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Associação Brasileira de Nutrologia. *Diabetes Mellitus tipo 2: insulinização.* v. 10. São Paulo: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina; 2011.
18. Roos AC, Baptista DR, De Miranda RC. Adesão ao tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde.* 2015;10(2):329-346.
19. Ervin RB. Healthy Eating Index-2005 total and component scores for adults aged 20 and over: National Health and Nutrition Examination Survey, 2003-2004. *Natl Health Stat Report.* [Internet] 2011 [cited 2017 Fev 05];44:1-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22432250>

20. Ervin RB. Healthy Eating Index Scores Among Adults, 60 Years of Age and Over, by Sociodemographic and Health Characteristics: United States, 1999-2002. *Adv Data* 2008; 20(395):1-16.
21. Lenardt MH, HautschWillig MSSC, Shimbo AY, Tallmann AEC, Maruo GH. O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. *Cogitare Enfermagem*. [Internet] 2006 [cited 2017 Fev 01];11(2):117-123. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/6853/4867>.
22. Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Rev Saude Publica* [Internet]. 2005 ago [cited 2017 Fev 02];39(4):530-40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400003&lng=en.
23. Levy RB, Claro RM, Monteiro CA. Disponibilidade de “açúcares de adição” no Brasil: distribuição, fontes alimentares e tendência temporal. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2012 mar [cited 2017 Jan 26];15(1):3-12. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2012000100001&lng=en.
24. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p160, 2013.
25. Erdmann ALorenzini, Andrade SR de, Mello ALSF de, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2013 Feb [cited 2017 Feb 05]; 21(spe): 131-139. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692013000700017&lng=en.
26. Tuomilehto J, et al. Prevention of type 2 *diabetes mellitus* by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Eng J Med*. 2001 [cited 2017 Fev 02];344(18):1343-50. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM200105033441801>
27. Mcllellan KCP, Barbalho SM, Cattalini M, Lerario AC. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. *Rev. Nutr.* 2007 [cited 2017 Fev 03]; 20(5):515-524. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732007000500007&lng=en.
28. Taechangam S, Pinitchun U, Pachotikarn C. Development of Nutrition Education Tool: Healthy Eating Index in Thailand. *Asia Pac J Clin Nutr*, 2008;17 (Suppl 1):365-367.
29. Péres DS, Franco LJ, Santos MA. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Rev Saúde Pública* 2006 [cited 2017 Fev 03];40(2):310-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28537.pdf>
30. Booth AO, Lowis C, Dean M, Hunter SJ, McKinley MC. Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: barriers and facilitators identified by patients and health professionals. *Prim Health Care Res Dev*. 2013;14(3):293-306.

31. Boulé NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ. Effects of exercise on glycemic control and bodymass in type 2 Diabetes Mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. *JAMA*. 2001 Sep; 286(10):1218-27.
32. Gopichandran SV, Lyndon MK, Angel PB, Manayalil BP, Blessi KR, Alex RG et al. Diabetes self-care activities: a community-based survey in urban southern India. *Natl Med J India*. 2012;25(1):14-7.
33. Brasil, Ministério Da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.
34. Oliveira DM, et al. Desafios no cuidado às complicações agudas do diabetes mellitus em serviço de emergência adulto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia. [Internet] 2016 [cited 2017 Fev 03];18. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/35523>.
35. Veras VS, Santos MA, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Pedersoli TAM, Zanetti ML. Autocuidado de pacientes inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014 dez;35(4):42-8.
36. Lee KM, Kim WH, Lee JH, Choi MSS. Risk factors of treatment failure in diabetic foot ulcer patients. *Arch Plast Surg*. 2013;40(2):123-8.
37. Rezende KF, Nunes MAP, Melo NH, Malerbi D, Chacra AR, Ferraz MB. Internações por pé diabético: comparação entre o custo direto estimado e o desembolso do SUS. *Arq Bras Endocrinol Metab* [Internet]. 2008 Apr [cited 2017 Feb 07]; 52(3): 523-530. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000300013&lng=en.
38. Barros MFA, Mendes JC, Nascimento JA, Carvalho AGC. Impacto de intervenção fisioterapêutica na prevenção do pé diabético. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014 dez;35(4):42-8.
39. Boas LCG-V, Foss MC, Foss-Freitas MC, Torres HC, Monteiro LZ, Pace AE. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com Diabetes mellitus. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2011 June [cited 2017 Feb 07] ; 20(2): 272-279. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072011000200008&lng=en.

5 CONCLUSÃO

O estudo oportunizou constatar que os participantes entrevistados apresentaram atitudes insatisfatórias em relação ao desempenho de atividades que envolve o autocuidado frente o diabetes mellitus.

Diante dos resultados ficou evidente a importância da Enfermagem em contribuir de forma mais preventiva na assistência aos idosos com diabetes, buscando proporcionar a ampliação do conhecimento sobre a patologia, condição clínica, construção de um plano terapêutico compartilhado, baseado nas decisões, desejos e possibilidades do diabético, já que, o controle da doença não envolve apenas tratamento medicamentoso, mas, principalmente aceitação da doença e adesão aos hábitos saudáveis de vida.

Como também, o estudo verificou a importância em utilizar instrumentos que possam identificar as fragilidades biológicas e psicológicas que envolvem a doença, e assim, proporcionar aos profissionais de saúde, principalmente os que trabalham na Atenção Básica de Saúde, subsídios que permitam a construção de ações estratégicas que fortaleçam à assistência a esse público.

Vale destacar, que a rigorosidade dos cuidados terapêuticos para a manutenção do controle metabólico, fortalece a necessidade dos profissionais de saúde em acompanhar esses indivíduos de acordo com suas peculiaridades de saúde, socioeconômica e emocional, já que, o passar dos anos, colabora para a associação desses fatores.

Diante disso, ressalta-se a importância de investir em ações educativas inovadoras, dialógicas, atentadas em compreender o conhecimento prévio, o estilo de vida adotado pelo indivíduo, as dificuldades, as emoções, e assim, constituir novos conhecimentos, novas formas de sensibilizar, agir e acima de tudo, de enfrentar a doença.

Espera-se que este estudo estimule novas pesquisas, já que, está evidente a necessidade de intervenções educativas para este público com a finalidade de evidenciar a efetividade de diferentes estratégias, como também a capacidade dos enfermeiros nas ações educativas, por serem os principais profissionais envolvidos no cuidado e rastreamento do DM2

REFERÊNCIAS

1. Chaimowicz F. Saúde do idoso. 2ª edição. Belo Horizonte: Nescon UFMG; 2013.
2. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet]. 2016 [cited 2017 mar 03]; 19(3):507-519. Available from:http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf13.03
3. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Saúde Suplementar. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
4. Marventano S, Ayala A, Gonzalez N, Rodríguez-Blásquez C, Garcia-Gutierrez S, Forjaz MJ. Multimorbidity and functional status in community- dwelling older adults. Eur J Intern Med. 2014; 25(7): 610-6.
5. International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas. 7th edition. Brussels: International Diabetes Federation, 2015.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000-2060. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. [Cited 2017 mar 10]. Available from:<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000014425608112013563329137649.pdf>
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
8. Tschiedel B. Complicações crônicas do diabetes. J Bras Med. 2014; 102(5): 7-12.
09. Santos Filho CV, Rodrigues WHC, Santos RB. Papéis de autocuidado-subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008; 12(1): 125-9.
10. Michener HA, DeLamater JD, Myers DJ. Psicologia Social. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2005.
11. Bub MBC, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss PE, Santos EKA. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. Texto & Contexto Enferm. [Internet] 2006 [citado em 10 dez 2017]; 15(Esp):152-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18.pdf>
12. Oliveira KCS, Zanetti ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. Rev Esc Enferm USP. [Internet] 2011 [citado em 10 dez 2017]; 45(4):862-8.
13. Touse MFS, Gonçalves NEXM, Ferraudo AS et al. Dificuldades emocionais e psicológicas em indivíduos com diabetes mellitus. J Nurs UFPE on line. [Internet] 2016 [citado em 10 dez 2017]; 10(2):524-30.

14. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm.* [Internet] 2012 [citado em 10 dez 2017]25(2):284-90.
15. Seramin CMSilva, Danze L, Oliveira KCS. Conhecimento e atitude: componentes para a educação em diabetes mellitus nas unidades básicas de saúde de Bebedouro, SP. *Revista Fafibe* [Internet] 2013 [citado em 10 dez 2017] 6: 130–139.
16. Veras VS, Santos MAntônio, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Pedersoli TAM, Zanetti ML. Autocuidado de pacientes inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet] 2014 dez;35(4):42-8.
17. Neta DSR, Silva ARV, Silva GRF. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. *Rev Bras Enferm.* [Internet]2015[citado em 10 dez 2017] jan-fev; 68(1):111-6.
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica - Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). População idosa no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto brasileiro de geografia e estatística, 2010.
21. Nunes MI, Ferretti REL, Santos M. *Enfermagem em Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
22. Neri AL. *Fragilidade e qualidade de vida velhice*. 1ª ed. Campinas: Alínea; 2013.
23. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. 1ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana de saúde; 2012.
24. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non- communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*. 2011; 377(9781): 1949-61.
25. Klafke A, Duncan BB, Rosa RS, Moura L, Malta DC. Mortalidade por complicações agudas do diabetes mellitus no Brasil, 2006-2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014; 23(3): 455-62.
26. Sociedade Brasileira de Diabetes. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. São Paulo, 2013. [citado em 10 jan 2017]. Disponível em: www.diabetes.org.br.

27. Benedetti TRB, Schwingel A, Gomez LSR, Chodzko-Zajko W. Programa “VAMOS” (vida ativa melhorando a saúde): da concepção aos primeiros resultados. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* 2012;14(6):723-37.
28. Oliveira JEP, Vencio S. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)*. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.
29. Villas Boas LCG, Foss MC, Foss-Freitas MC, Torres HC, Monteiro LZ, Pace AE. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto & Contexto Enferm.* 2011; 20(2):272-9.
30. Oliveira KCS, Zanetti ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(4):862-8. 2011.
31. Torres HC, Franco LJ, Stradioto MA, Hortale VA, Shcall VT. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(2):291-8.
32. Timm M, Rodrigues MCS, Machado VB. Adherence to treatment of type 2 diabetes mellitus: a systematic review of randomized clinical essays. *J Nurs UFPE on line.* [Internet] 2013 [citado em 13 dez 2016]; 7(4): 1204-15. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4569/pdf_2423
33. Torres RM, Fernandes JD, Enêde AC. Adesão do portador de diabetes ao tratamento: revisão bibliográfica. *Rev Baiana Enferm.* 2007; 21(2/3): 61-70.
34. Tanqueiro MTOS. A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. *Rev Enf Ref.* 2013; 3(9): 151-60.
35. Cavazza N. *Psicologia das atitudes e das opiniões*. São Paulo: Loyola; 2008.
36. Patrão CL. *Eficácia em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 insulino tratadas*. [dissertação de mestrado]. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina de Coimbra; 2011.
37. Lambert WW, Lambert WE. *Psicologia Social*. 5.ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1981.
38. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira RS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(2):284-90.
39. Ajzen I. Nature and operation of attitudes. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:27-58.
40. Braghirolli EM, Pereira S, Rizzon LA. *Temas de psicologia social*. 7.ed. Petrópolis: Vozes; 1994.
41. Bastos FS. *A pessoa com doença crônica - uma teoria explicativa sobre a problemática da doença e do regime terapêutico*. [tese de doutorado]. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; 2012.

42. Ataíde MBC, Damasceno MMC. Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes. *Rev Enferm UERJ*. [Internet] 2006 [citado em 13 dez 2016]; 14(4): 518-23. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n4/v14n4a05.pdf>
43. Baquedano IR, Santos MA, Teixeira CRS, Martins TA, Zanetti ML. Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em serviço de urgência no México. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4):1017- 23.
44. Barbosa IM, Lima FET, Magalhães FJ, Almeida, PC de. Influência da assistência de enfermagem por telefone na prática do autocuidado do usuário com Diabetes Mellitus. *Rev Enferm. UFPE on line*. 2014 nov; 8(11):3874-80, 6.
45. Lima AF, Moreira ACA, Silva MJ, Monteiro PAA, Teixeira PG. A percepção do idoso com diabetes acerca de sua doença e o cuidado de enfermagem. *Cienc Cuid Saude* 2016 Jul/Set; 15(3):522-529.
46. Medeiros FAL, Nóbrega MML, Medeiros ACT de, Bittencourt KGD, Leite, GA de. Contextualização do envelhecimento saudável na produção científica brasileira. *Rev Enferm UFPE online*. 2015 fev; 9(2):985-93.
47. SILVA, A. S. B. et al. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. *Texto e contexto Enferm*, v.20, n.3, p.512-8, 2011.
48. CHAVES, M. O.; TEIXEIRA, M. R. F.; SILVA, S. É. D. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. *Rev. bras. Enferm*. v.66, n.2, p. 215-21, 2013.
49. SAMPAIO, H. A. C. et al. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. *Ciênc. Saúde coletiva*. v.20, n.3, p.865-74, 2015.
50. SILVA, A. S. B. et al. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. *Texto e contexto Enferm*, v.20, n.3, p.512-8, 2011.
51. CHAVES, M. O.; TEIXEIRA, M. R. F.; SILVA, S. É. D. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. *Rev. bras. Enferm*. v.66, n.2, p. 215-21, 2013.
52. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
53. Haddad N. *Metodologia de estudos em ciências da saúde*. 1ed. São Paulo: Roca; 2004.
54. Hochman B, Nahas FX, Oliveira Filho RS, Ferreira LM. *Desenhos de pesquisa*. *Acta Cir Bras*. [Internet] 2005 [citado em 10 abr 2016]; 20(supl. 2): 1-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s2/v20s2a02.pdf>
55. Rodrigues WC. *Metodologia Científica* [Internet]. 2007 [citado 10 abr 2016]. Disponível em: http://www.ebras.bio.br/autor/aulas/metodologia_cientifica.pdf.
56. Torres HC, Hortale VA, Schall VT. Validação dos questionários de conhecimentos (DKN-A) e atitude (ATT-19) de diabetes mellitus. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(6): 906-11.

57. Michels MJ. Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2010; 54(7): 54-7.
58. Bourget MMM. *Dinâmicas Pedagógicas. Uma Experiência do Núcleo de Capacitação do PSF/CSSM.* São Paulo: Martinari, 2005.
59. Ministério da Saúde (BR). Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
60. COFEN N° 311/2007. **Resolução.** Aprovação da Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa intitula-se “**PREVALÊNCIA DE ATITUDES E ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO EM IDOSOS DIABÉTICOS**” venho por meio deste solicitar a sua participação e contribuição para o desenvolvimento de um projeto de pesquisa, que será realizado em Unidades Básicas de Saúde, tendo como objetivo geral: analisar a relação de atitudes e práticas para o autocuidado em idosos com diabetes mellitus no município de João Pessoa – PB e específicos: Identificar associações entre características sociodemográficas, clínicas e as atitudes de idosos diabéticos em relação a doença, avaliar as atividades de autocuidado desenvolvidas por idosos com diabetes acompanhados em Unidades Básicas de Saúde, comparar os escores do questionário ATT-19 com os itens do QAD. Com relação aos possíveis riscos inerentes ao estudo proposto, poderá ocasionar algum tipo de constrangimento ao idoso, devido ao reconhecimento de uma compreensão errônea sobre o DM e conseqüentemente, pela não ação de autocuidado frente a doença. Diante dessa possibilidade, a pesquisadora se compromete a minimizar tal desconforto, através de uma escuta acolhedora e compreensiva, deixando o idoso à vontade em relação a sua participação. Como benefício, há possibilidades de se identificar fragilidades em idosos, portadores de DM, para o controle da doença, o que poderá subsidiar e instigar estratégias a serem adotadas por profissionais de saúde no que se refere às ações educativas direcionadas ao autocuidado de idosos portadores de DM. Também, os resultados desse estudo poderão contribuir para o incremento de outros estudos sobre a temática, de forma a ampliar cada vez mais o conhecimento acerca do tema aqui abordado.

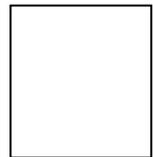
Desta forma, solicito a sua autorização para a realização de uma entrevista e após a conclusão do estudo apresentar em eventos científicos e posteriormente publicar periódicos indexados de Enfermagem e/ou de áreas afins. Informo-lhe que esta pesquisa não lhe causará danos, comprometo-me em manter seu nome em sigilo caso decida participar, ressalto ainda que sua participação é voluntária e de extrema importância. Caso decida não participar ou desistir em qualquer etapa, estará em seu pleno direito. Coloco-me a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer fase da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos antecipadamente vossa contribuição, o que tonará possível o sucesso desta pesquisa tão importante para o nosso meio científico.

Eu, _____, diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a), estando ciente do objetivo e finalidade da pesquisa, bem como do meu direito de desistir a qualquer momento com liberdade de retirar este consentimento sem que traga qualquer prejuízo. Dou o meu consentimento para participar desta pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinado por mim e pela pesquisadora responsável.

João Pessoa _____/_____/2016.

Pesquisadora responsável

Participante da Pesquisa



Contato da Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a Pesquisadora Adriana Lira Rufino de Lucena do Programa de Pós – Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba – Telefone: (083) 3216-7109, E-mail: adriana.lira.rufino@hotmail.com

Ou

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Comitê de Ética em Pesquisa: Centro de Ciências da Saúde da UFPB. 1º andar. Campus I - Cidade Universitária - Bairro Castelo Branco CEP: 58051-900 - João Pessoa-PB. Fone (83)3216-7791. E-mail:eticaccsufpb@hotmail.com

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1.1 Iniciais: _____
1.2 Idade: _____
1.3 Sexo: _____
1.4 Estado Civil: _____
1.5. Atividade laboral: _____
1.6 Renda mensal (familiar): _____
1.7. Arranjo familiar: _____
1.8. Religião: _____

2. DADOS CLÍNICOS

2.1 Tempo diagnóstico: _____

2.2 Patologias associadas: _____

2.3 Presença de complicações:

- () doença renal
() amputação causada pela diabete
() pé diabético
() acidente vascular cerebral

Outro (s) _____

2.4 Dieta supervisionada por nutricionista/endocrinologista Sim () Não ()

ANEXOS

ANEXO A
Versão Brasileira do Questionário
Diabetes Attitude Questionnaire (ATT-19)

1. Se eu não tivesse **DIABETE**, eu seria uma pessoa bem diferente
 Não concordo de jeito nenhum
 Discordo
 Não sei
 Concordo
 Concordo totalmente

2. Não gosto que me chame de **DIABÉTICO**
 Não concordo de jeito nenhum
 Discordo
 Não sei
 Concordo
 Concordo totalmente

3. Ter **DIABETE** foi a pior coisa que aconteceu na minha vida
 Não concordo de jeito nenhum
 Discordo
 Não sei
 Concordo
 Concordo totalmente

4. A maioria das pessoas tem dificuldade em se adaptar ao fato de ter **DIABETE**
 Não concordo de jeito nenhum
 Discordo
 Não sei
 Concordo
 Concordo totalmente

5. Costumo sentir vergonha por ter **DIABETE**
 Não concordo de jeito nenhum
 Discordo
 Não sei
 Concordo
 Concordo totalmente

6. Parece que não tem muita coisa que eu possa fazer para controlar o meu **DIABETE**
 Não concordo de jeito nenhum
 Discordo
 Não sei
 Concordo
 Concordo totalmente

7. Há pouca esperança em levar uma vida normal com **DIABETE**

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

8. O controle adequado do **DIABETE** envolve muito sacrifício e inconvenientes

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

9. Procuro não deixar que as pessoas saibam que tenho **DIABETE**

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

10. Ser diagnosticado com **DIABETE** é o mesmo que ser condenado a uma vida de doença

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

11. Minha dieta do **DIABETE** não atrapalha muito minha vida social

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

12. Em geral os médicos precisam ser muito mais atenciosos ao tratar pessoas com **DIABETE**

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

13. Ter **DIABETE** durante muito tempo muda a personalidade da pessoa

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

14 Tenho dificuldade em saber se estou bem ou doente

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

15 **DIABETE** não é realmente um problema porque pode ser controlado

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

16 Não há nada que eu possa fazer, se você tiver com **DIABETE**

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

17 Não há ninguém com quem eu possa falar abertamente sobre o meu **DIABETE**

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

18 Acredito que convivo bem com o **DIABETE**

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

19 Costumo achar que é injusto que eu tenha **DIABETE** e outras pessoas tenham saúde muito boa

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

ANEXO B

Versão Brasileira do Questionário

Questionário de Atividades de Autocuidado – QAD

1. ALIMENTAÇÃO GERAL

1.1 Em quantos dos últimos **SETE DIAS** seguiu uma dieta saudável

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

1.2 Durante o último mês, **QUANTOS DIAS POR SEMANA**, em média seguiu a 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 rico em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos 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 min? (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar?)

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

3.1 Em quantos dos últimos **SETE DIAS** participou de algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta) sem incluir suas atividades em casa ou em seu trabalho?

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

4. MONITORIZAÇÃO DE 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 enfermeiro ou médico?

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

5. CUIDADOS COM OS PÉS

5.1 Em quantos dos últimos **SETE DIAS** avaliou seus pés?

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

5.2 Em quantos dos últimos **SETE DIAS** examinou dentro dos sapatos antes de calçá-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?

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
---	---	---	---	---	---	---	---

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 doze meses atrás
- Um a três meses atrás
- No último mês
- Hoje

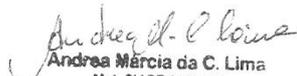
ANEXO C

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 10ª Reunião realizada no dia 17/11/2016, a **Emenda** da mudança do Título do Projeto de pesquisa: “IMPACTO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS PARA O AUTOCUIDADO DE IDOSOS DIABÉTICOS”, para “**PREVALÊNCIA DE ATITUDES E ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO EM IDOSOS DIABÉTICOS**” da pesquisadora Adriana Lira Rufino de Lucena. Prot. nº 096/16. CAAE: 54402216.4.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

ANEXO D



1	2	3	4	5
Não concordo de jeito nenhum	Discordo	Não sei dizer	Concordo	Concordo totalmente