

■ Artigo Original

Autocuidado de pacientes inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio

Autocuidado de pacientes incluídos em un programa de automonitorización de la glucosa sanguínea en domicilio

Self-care among patients enrolled in a self-monitoring blood glucose program



Vivian Saraiva Veras^a
Manoel Antônio dos Santos^b
Flavia Fernanda Luchetti Rodrigues^c
Clarissa Cordeiro Alves Arrelias^c
Tatiane Aparecida Martins Pedersoli^c
Maria Lúcia Zanetti^d

RESUMO

Estudo transversal com o objetivo de verificar as atividades de autocuidado específicas de pacientes com diabetes mellitus inseridos em programa de automonitorização da glicemia capilar, de agosto a dezembro de 2012, em duas unidades básicas de saúde do interior paulista. A amostra foi composta por 74 sujeitos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos. Utilizou-se Questionário de Atividades de Autocuidado com Diabetes, contendo seis dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados com pés, uso de medicamento, acrescidos de três itens sobre tabagismo. Das 15 atividades de autocuidado, oito estavam dentro do padrão desejável, destacando-se: alimentação saudável, não ingerir doces, avaliar o açúcar no sangue e o número de vezes, secar os espaços interdigitais depois de lavar os pés e tomar medicamentos (três itens). Os resultados obtidos possibilitaram identificar as lacunas das atividades de autocuidado específicas de pacientes com diabetes mellitus.

Descritores: Autocuidado. Diabetes Mellitus. Automonitorização da glicemia. Enfermagem.

RESUMEN

Este estudio transversal objetivó verificar las actividades de autocuidado específicas para pacientes con diabetes mellitus insertados en el programa de automonitorización de glucosa sanguínea, de agosto a diciembre 2012 en dos unidades básicas de salud en el interior paulista. La muestra consistió en 74 sujetos de ambos sexos, con edad igual o superior a 18 años. Se empleó el Cuestionario de Actividades de Autocuidado con Diabetes, que contiene seis dimensiones: dieta general, dieta específica, actividad física, monitorización de glucosa sanguínea, cuidado con los pies, uso de fármacos y evaluación del tabaquismo. De las 15 actividades de autocuidado, ocho eran dentro de la norma deseable, a saber: la alimentación saludable, no comer dulces, evaluar el nivel de azúcar en la sangre y el número de veces, seca entre los dedos después de lavarse los pies y tomar medicamentos, además de tres artículos sobre el tabaquismo. Los resultados permitieron identificar lagunas específicas en las actividades de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus.

Descritores: Autocuidado. Diabetes Mellitus. Automonitorización de la glucosa sanguínea. Enfermería.

ABSTRACT

This cross-sectional study checks specific self-care activities of patients with diabetes mellitus enrolled in a self-monitoring blood glucose program from August to December 2012 in two Primary Health Care units in the interior of São Paulo, Brazil. The sample was composed of 74 female and male individuals, aged 18 years old or older. The Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire was used. It contains six dimensions: general diet, specific diet, physical activity, blood glucose monitoring, foot care, medication usage, plus three items about smoking. Eight out of the 15 self-care activities were within desirable levels, namely: healthy diet, not eating sweets, blood glucose testing and as frequently as recommended, drying between toes after washing feet, and taking medications (three items). The results enabled the identification of gaps in specific self-care activities among patients with diabetes mellitus.

Descriptors: Self-care. Diabetes Mellitus. Blood glucose self-monitoring. Nursing.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.47820>

^a Enfermeira. Doutora em Ciências do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil

^b Psicólogo. Doutor em Psicologia. Professor Associado 3 do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil

^c Enfermeira. Doutoranda em Ciências do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil

^d Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Associado 3 do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil

■ INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* (DM) é uma condição crônica complexa em razão dos múltiplos fatores envolvidos no tratamento. Dentre eles destacam-se a regularidade para a manutenção de uma alimentação saudável, a conquista da atividade física como hábito incorporado ao cotidiano, a automonitorização da glicemia capilar e o uso de medicamentos, nem sempre fáceis de administrar devido à sua farmacocinética e farmacodinâmica. Nessa direção, o autocuidado tem sido explorado na literatura como um construto importante para a consolidação da modificação do estilo de vida, necessária para obtenção de um bom controle metabólico⁽¹⁻⁴⁾.

Em relação à automonitorização da glicemia capilar (AMGC), em 2007, o Ministério da Saúde definiu o elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), destinados à AMGC dos usuários com DM. Para a efetivação dessa política pública, os usuários devem estar inscritos no Programa de AMGC no domicílio. Esse Programa tem como finalidade avaliar a glicemia capilar realizada pelos usuários com DM no domicílio, tendo em vista a adesão às orientações sobre o tratamento. Essa avaliação tem como propósito fornecer dados para os ajustes terapêuticos que se fazem necessários, com vistas ao alcance de um melhor controle glicêmico, auxiliando a prevenção de complicações agudas e crônicas⁽⁵⁾.

Entretanto, para a efetivação de resultados advindos da AMGC, os usuários com diabetes necessitam incorporar ações de autocuidado no conjunto de demandas exigidas para o controle metabólico. Autocuidado refere-se às atividades que a pessoa desempenha, de forma eficaz e responsável, em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar⁽⁶⁾. Está diretamente relacionado aos fatores que interferem na capacidade da pessoa em desempenhá-lo, tais como idade, experiências e padrão de vida, educação, cultura, gênero, atitudes, sistema de crenças e valores⁽⁷⁻⁸⁾.

Na literatura há vários estudos que identificam os fatores relacionados aos comportamentos de autocuidado de pacientes com DM utilizando instrumentos genéricos⁽⁹⁻¹⁰⁾. No entanto, observa-se escassez de estudos que utilizam instrumentos específicos^(2,4). Dentre os instrumentos específicos para avaliação das atividades de autocuidado das pessoas com DM destaca-se o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD).

No que concerne à avaliação de atividades de autocuidado por instrumentos específicos, os estudos brasileiros ainda são incipientes⁽²⁻⁴⁾, tendo em vista que a tradução, adaptação transcultural e validação do QAD foram disponibilizadas em 2010⁽¹¹⁾. Por outro lado, não existem estudos, no contexto brasileiro, que avaliem as atividades de auto-

cuidado de usuários com diabetes inseridos em programas de AMGC no domicílio.

Reconhecendo que os pacientes com diabetes têm especificidades devido à complexidade do tratamento, a utilização de um instrumento específico como o QAD pode contribuir para um diagnóstico acurado das atividades de autocuidado. Nessa vertente, o planejamento das ações interventivas será fundamentado em dados confiáveis do quanto os pacientes aderem às recomendações preconizadas pelos profissionais de saúde. Essas informações são valiosas para o planejamento de ações em saúde efetivas no controle da doença.

Ao reconhecer a importância de identificar as atividades de autocuidado dos pacientes em um programa de AMGC no domicílio, este estudo teve como objetivo verificar as atividades de autocuidado específicas de pacientes com DM inseridos em programa de AMGC.

■ MÉTODO

Estudo transversal, realizado em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Oeste da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, de agosto a dezembro de 2012. Essas Unidades de Saúde foram selecionadas por estarem localizadas no Distrito Oeste do município, vinculadas à Universidade e devido à inserção dos docentes e alunos de graduação e pós-graduação em atividades de extensão e pesquisa.

A amostra de conveniência foi constituída por 74 sujeitos com DM do tipo 1 e 2, que aceitaram participar de um grupo de educação em diabetes voltado para o autocuidado na automonitorização da glicemia capilar. Os grupos de educação eram compostos por 12 a 13 pacientes, que se reuniam semanalmente, com duração de 60 minutos, ao longo de 12 semanas. A estratégia de ensino utilizada foi a discussão em grupo dos seguintes tópicos: como o corpo e o diabetes funcionam; alimentação saudável e atividade física; tratamento medicamentoso e monitorização da glicose sanguínea; e como atingir as metas para o controle da doença.

O programa de AMGC do município foi implementado em 2005, em caráter permanente, conforme política pública do município, porém sem oferecimento de grupo educativo. Os pacientes cadastrados no programa de AMGC recebem glicosímetro, lancetador e fitas reagentes em número suficiente para a verificação da glicemia capilar no domicílio, conforme prescrição do número de testes ao mês.

Foram incluídos os usuários com DM de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, procedentes de Ribeirão Preto-SP ou região, em seguimento no Programa de AMGC no domicílio nas duas UBS eleitas, sem dificuldades de compreensão, de modo a possibilitar o preenchimento do instrumento.

Para obtenção dos dados foram utilizados dois instrumentos: um formulário de dados sociodemográficos e o Questio-

nário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). O formulário continha as variáveis sociodemográficas: sexo, idade em anos completos, escolaridade, renda familiar, ocupação, e as variáveis clínicas: tempo de diagnóstico, tratamento para o controle do DM e presença de comorbidades.

O QAD é um instrumento autoadministrável, específico para avaliação das atividades de autocuidado com o diabetes, desenvolvido originalmente na língua inglesa, com a denominação de *Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire* (SDSCA). O QAD foi adaptado em Portugal para a língua portuguesa⁽¹²⁾, sendo que o alpha de Cronbach variou de 0,36 a 0,68. Esse instrumento também foi adaptado e validado para o contexto brasileiro⁽¹¹⁾, apresentando boa consistência interna, sendo que a correlação interitens, medida pelo alfa de Cronbach, foi de 0,86.

Foi especificamente concebido para determinar seis dimensões dos comportamentos de autocuidado em pessoas com diabetes: alimentação geral (dois itens), alimentação específica (três itens), atividade física (dois itens), monitorização da glicemia (dois itens), cuidados com os pés (três itens) e uso de medicamento (três itens, de acordo com o esquema medicamentoso), acrescidos de três itens sobre tabagismo.

Esse questionário avalia as atividades de autocuidado realizadas pelo paciente nos últimos sete dias. A avaliação é padronizada em dias da semana, com os escores indicando o desempenho nas atividades de autocuidado, em uma escala de 0 a 7, correspondendo aos comportamentos referentes aos últimos sete dias, sendo que 0 corresponde à situação menos desejável e o 7, a mais desejável (exceto na dimensão alimentação específica, na qual os valores são invertidos). Nos itens da dimensão alimentação específica que investigam sobre o consumo de alimentos ricos em gordura e doces, os valores foram invertidos (se 7 = 0, 6 = 1, 5 = 2, 4 = 3, 3 = 4, 2 = 5, 1 = 6, 0 = 7, e vice-versa), conforme preconizado no instrumento original⁽¹²⁾. Os hábitos tabágicos são considerados separadamente, por estarem codificados de forma diferente, com ênfase na média de cigarros consumidos por dia⁽¹²⁾.

Para coleta de dados, os pacientes foram recrutados por telefone e convidados a comparecerem à unidade básica a qual estavam vinculados, em dia e horário previamente acordados. Os pacientes foram orientados quanto aos objetivos e natureza do estudo e, após sua concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados em agosto de 2012 em uma sala reservada, mediante aplicação individual dos instrumentos. O tempo médio de preenchimento dos instrumentos foi de 20 minutos.

Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva para caracterizar a distribuição das respostas dos pacientes com DM. Como se trata de uma escala tipo *Likert* de sete pontos, é preciso considerar a amplitude de distribuição de respostas. Para este estudo considerou-se comporta-

mento de autocuidado desejável quando a média obtida foi superior a 4. A escolha desse parâmetro justifica-se por corresponder às atividades de autocuidado mais desejáveis. Esse ponto de corte foi adotado também para os itens cujos valores são invertidos e está relacionado ao número de dias da semana em que a atividade de autocuidado foi realizada. Para análise, calculou-se a média e o desvio-padrão para cada item das seis dimensões do QAD. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Protocolo nº 418.

■ RESULTADOS

Em relação às variáveis demográficas, observou-se que a maioria dos pacientes era do sexo feminino e na faixa etária de 50 a 69 anos. Quanto à escolaridade, a maioria cursou até o ensino fundamental incompleto. Quanto às variáveis clínicas, 46,6% dos pacientes tinham a doença havia 10 anos. Em relação às comorbidades, a maioria apresentava mais de uma comorbidade, destacando-se a hipertensão arterial e dislipidemia. No que se refere ao uso de medicamentos, a maior parte fazia uso de insulina no tratamento. Quanto ao número de consultas/ano, obteve-se que metade dos pacientes realizou de uma a quatro consultas ao ano com o profissional médico.

A Tabela 1 mostra as atividades de autocuidado realizadas dos participantes avaliados pelo QAD. Cabe lembrar que a média superior a 4 indica um autocuidado desejável, exceto para os itens com valores reversos. Ao analisar os dados da Tabela 1 é preciso considerar que a escala é do tipo Likert de 7 pontos. Tendo em vista essa amplitude de respostas, os valores de 0 a 4 indicam as atividades de autocuidado não desejáveis e de 5 a 7, desejáveis, exceto para os itens com valores invertidos.

Na dimensão Alimentação Geral, a maioria dos usuários com DM em programa de AMGC apresentou comportamento de autocuidado desejável em relação às recomendações dos profissionais de saúde quanto a “seguir uma dieta saudável”. Contudo, quando se analisou essa dimensão em relação a “seguir a orientação alimentar”, obteve-se que a maioria apresentou comportamento de autocuidado não desejável nesse item.

Na dimensão Alimentação Específica, nos itens “Ingerir cinco ou mais porções de frutas/e ou vegetais” e “Ingerir carnes vermelhas e/ou derivados do leite integral”, cujo escore é reverso, houve predomínio de usuários com comportamento de autocuidado desejável.

Na dimensão Atividade Física, os itens “Realizar atividade física por pelo menos 30 minutos” e “Realizar exercício físico específico” indicam comportamento de autocuidado não desejável.

Tabela 1. Atividades de autocuidado de pacientes inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio, avaliados pelo QAD. Ribeirão Preto-SP, 2012.

| Itens do QAD | Frequência (dias da semana) | | | | Média±DP |
|---|-----------------------------|------|------------|------|------------|
| | 0 a 4 dias | | 5 a 7 dias | | |
| | n | % | n | % | |
| Alimentação Geral | | | | | |
| 1. Seguir uma dieta saudável (D) | 33 | 44,0 | 41 | 54,7 | 4,41± 0 |
| 2. Seguir a orientação alimentar (D) | 45 | 60,0 | 29 | 38,7 | 3,00± 3,08 |
| Alimentação Específica** | | | | | |
| 3. Ingerir cinco ou mais porções de frutas/e ou vegetais (ND) | 36 | 48,0 | 38 | 50,7 | 4,24± 2,69 |
| 4. Ingerir carnes vermelhas e/ou derivados do leite integral (ND) | 30 | 40,0 | 44 | 58,7 | 5,10± 2,23 |
| 5. Ingerir doces (ND) | 67 | 89,3 | 7 | 9,4 | 1,45± 1,95 |
| Atividade Física | | | | | |
| 6. Realizar atividade física por pelo menos 30 minutos (D) | 55 | 73,3 | 19 | 25,4 | 2,05± 2,53 |
| 7. Realizar exercício físico específico (D) | 66 | 88,0 | 8 | 10,7 | 0,89± 2,03 |
| Monitorização da glicemia | | | | | |
| 8. Avaliar o açúcar no sangue (D) | 34 | 45,3 | 40 | 53,4 | 4,71± 2,49 |
| 9. Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado (D) | 41 | 54,7 | 33 | 44,0 | 4,06± 2,74 |
| Cuidado com os pés | | | | | |
| 10. Examinar os pés (D) | 43 | 57,3 | 31 | 41,4 | 3,29± 3,18 |
| 11. Examinar o interior dos sapatos antes de calçá-los (D) | 39 | 52,0 | 35 | 46,7 | 3,59± 3,26 |
| 12. Secar os espaços interdigitais depois de lavar os pés (D) | 22 | 29,3 | 52 | 69,4 | 4,97± 3,11 |
| Medicação | | | | | |
| 13. Tomar os medicamentos conforme recomendado (D) | 4 | 5,3 | 70 | 93,4 | 6,58± 1,35 |
| 14. Tomar injeções de insulina conforme recomendado (D) | 10 | 13,3 | 64 | 85,4 | 6,14± 2,05 |
| 15. Tomar o número indicado de comprimidos de diabetes* (D) | 13 | 17,3 | 56 | 74,7 | 5,63± 2,59 |

Fonte: Dados da pesquisa.

* 5 pacientes não faziam uso de comprimidos ** Escore reverso (D): desejável; (ND): não desejável

Em relação à dimensão Monitorização da Glicemia, ao analisar a média dos valores obtidos nos itens "Avaliar o açúcar no sangue" e "Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado", constatou-se que a maioria dos usuários apresentou comportamento de autocuidado desejável.

Quanto à dimensão Cuidado com os pés, os itens "Examinar os pés" e "Examinar o interior dos sapatos antes de calçá-los" indicam que a maioria dos usuários não apresenta esses comportamentos de autocuidado desejáveis. No entanto, a maioria evidencia resultado desejável em relação ao comportamento de "secar os espaços interdigitais depois de lavar os pés".

Ao considerar a dimensão Medicação, em todos os itens avaliados ("Tomar os medicamentos conforme recomendado", "Tomar injeções de insulina conforme recomen-

dado" e "Tomar o número indicado de comprimidos de diabetes"), a maioria dos usuários mostra comportamento de autocuidado desejável.

A Tabela 2 apresenta os resultados obtidos nos itens do QAD relacionados ao tabagismo. Em relação aos hábitos tabágicos, evidenciou-se que a grande maioria dos usuários não havia fumado nos últimos sete dias, sendo também expressivo o número de pessoas que nunca haviam fumado e de ex-tabagistas.

■ DISCUSSÃO

Ao analisar as atividades de autocuidado de pacientes em programa de automonitorização da glicemia capilar utilizando pela primeira vez no contexto brasileiro um

Tabela 2. Hábitos tabágicos da amostra estudada, conforme itens do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). Ribeirão Preto-SP, 2012.

| Itens do QAD | | Frequência | n | % |
|--------------------------------|------------------------------|------------|----|------|
| Tabagismo | | | | |
| Fumou nos últimos sete dias? | Não | | 67 | 89,4 |
| | Sim | | 7 | 9,3 |
| Quando fumou o último cigarro? | Nunca fumou | | 42 | 56,0 |
| | Há mais de dois anos | | 21 | 28,0 |
| | De um a dois anos atrás | | 2 | 2,6 |
| | De quatro a doze meses atrás | | 1 | 1,3 |
| | De um a três meses atrás | | 1 | 1,3 |
| | No último mês | | 0 | 0 |
| | Hoje | | 7 | 9,4 |

Fonte: Dados da pesquisa.

instrumento específico de avaliação, este estudo mostrou que ainda é necessário envidar esforços no seguimento dos indivíduos com a doença. Os resultados obtidos mostraram que os pacientes reconhecem a importância da alimentação, atividade física, monitorização da glicemia capilar e cuidados com os pés, mas demandam apoio contínuo para o alcance das metas estabelecidas para o controle da doença, na perspectiva da educação em diabetes.

Ao analisar a dimensão Alimentação Geral, observou-se que os pacientes com DM apresentaram comportamento de autocuidado desejável em relação ao seguimento de dieta saudável. Estudo mostrou que as dificuldades e barreiras para a mudança de hábitos alimentares já são conhecidas, tais como: percepção negativa em relação à recomendação do plano alimentar, barreiras relacionadas aos eventos sociais, falta de conhecimento e compreensão da importância da alimentação saudável como um pilar no tratamento do diabetes, falta de motivação e barreiras relacionadas à promoção de mudanças de estilo de vida, tais como: horários regulares e alimentação fracionada, relação da alimentação com o uso de medicamentos e prática de atividade física, entre outros⁽¹³⁾.

Foram observadas dificuldades no seguimento do plano alimentar, o que pode ser explicado em parte pela falta de nutricionista para compor a equipe multidisciplinar nas duas unidades de saúde estudadas. A falta desse profissional faz com que os pacientes com diabetes não tenham oportunidade de discutir e, de forma compartilhada, elaborar o plano alimentar, atendendo às suas reais necessidades quanto às preferências e custos. Estudo realizado com pacientes com DM com complicações em membros inferiores mostrou médias superiores às obtidas no presente estudo⁽²⁾.

Há que se considerar que o hábito alimentar já está estabelecido no indivíduo adulto e é mantido pelo conjunto de crenças e valores já incorporados ao longo da vida⁽⁷⁻⁸⁾. Desse modo, analisar as atividades de autocuidado é sempre um exercício árduo, que compreende uma tarefa complexa. Verifica-se frequentemente que as mudanças no plano alimentar podem ser desejáveis do ponto de vista dos profissionais, mas inexecutáveis para o usuário.

Ao analisar a dimensão Alimentação Específica, constatou-se que os pacientes com DM apresentaram comportamento de autocuidado não desejáveis, relacionados ao consumo excessivo de alimentos, tais como carne vermelha e leite integral. Esperava-se predomínio de usuários com comportamento de autocuidado desejável, uma vez que essas recomendações são basilares, pois têm efeito direto nos valores da glicemia capilar. Esses resultados também foram encontrados em estudo realizado na Índia com pacientes com DM2, que corroborou que atividades de autocuidado em relação à dieta também estão aquém do desejável na população investigada⁽³⁾. Em contrapartida, no presente estudo obteve-se comportamento altamente desejável em relação à restrição do consumo de carboidratos simples, de absorção imediata.

Na dimensão Atividade Física, evidenciou-se que os usuários não reconhecem esse recurso terapêutico como uma atividade incorporada às suas ações de autocuidado. Desse modo, os resultados mostram que os pacientes com DM não incorporaram a atividade física às suas ações de autocuidado, em consonância aos resultados encontrados em estudos realizados na China e na Índia^(1,3). Essa situação pode refletir a falta de recomendação pelos profissionais de saúde em relação a esse pilar do tratamento. Outros

aspectos que podem explicar esse comportamento não desejável são o risco da hipoglicemia durante a atividade física, problemas ortopédicos que dificultam a realização da prática de exercícios físicos, entre outros⁽¹⁰⁾. Estudo conduzido na Índia constatou que as atividades de autocuidado em relação ao exercício físico mostraram-se abaixo do desejável⁽³⁾. Estudo conduzido na China evidenciou que, ainda que 56% da amostra investigada realizasse algum tipo de atividade física, sob a forma de lazer ou não lazer, apenas 4% foram considerados muito ativos⁽¹¹⁾. Estudo brasileiro mostrou que pacientes com DM2 com baixa escolaridade e renda, e longo período de doença, apresentaram baixa adesão aos comportamentos de autocuidado em relação ao exercício físico e à dieta⁽⁴⁾.

Estudo de revisão sistemática identificou que a maioria das pessoas com DM realizam o automanejo da doença, embora haja variação na adesão às principais atividades de autocuidado. Os níveis de atividade física não se alteram ao longo do tempo. As evidências sugerem que o padrão de resposta para a atividade física modifica-se em resposta a vários fatores, tais como férias, feriados e fins de semana, o que sugere a necessidade de futuras pesquisas para elucidar essa questão⁽¹⁴⁾.

A maioria dos pacientes com DM apresentou comportamento de autocuidado desejável em relação aos itens "Avaliar o açúcar no sangue" e "Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado". Esses dados evidenciam que os usuários do programa de AMGC estão realizando a verificação da glicemia capilar no domicílio conforme a prescrição.

Estudo realizado na Índia mostrou que as atividades de autocuidado relacionadas à AMGC foram consideradas adequadas⁽³⁾. Estudo chinês evidenciou que apenas 13% dos 163 participantes apresentava o comportamento desejável em relação à AMGC, sendo que só 3% faziam o teste quatro ou mais vezes durante a semana⁽¹¹⁾. Outro estudo que investigou as experiências de pacientes com monitorização da glicemia mostrou que esta dimensão do autocuidado traz benefícios e colabora para o enfrentamento na tomada de decisões para o controle da doença⁽¹⁵⁾.

Devem ser consideradas as dificuldades dos pacientes com DM para tomada de decisão frente aos resultados da AMGC devido à insuficiência educacional para a leitura e interpretação apropriada dos dados. Nessa vertente, a educação para o autocuidado na monitorização da glicemia constitui um desafio para os profissionais de saúde, que devem buscar estratégias inovadoras⁽¹⁶⁾. Em contrapartida, os enfermeiros necessitam de capacitação para motivar os pacientes a reconhecer a monitorização da glicemia capilar como ferramenta importante para o autocuidado⁽¹⁷⁾.

Se os enfermeiros não forem capacitados para atuação em um programa de AMGC, os recursos disponibilizados

para a AMGC no domicílio (glicosímetro, lancetadores, fitas reagentes, entre outros) podem ser subutilizados ou utilizados de forma não racional. Isso sugere que a simples disponibilização de insumos não garante que estes sejam empregados da maneira recomendada⁽³⁾.

A maior parte dos usuários não apresentou os comportamentos de autocuidado desejáveis em relação aos cuidados com os pés. Estudo com pacientes em processo educativo em um hospital de grande porte de uma cidade do interior paulista mostrou escores muito próximos ao desejável nas três dimensões em relação aos comportamentos de autocuidado com os pés, indicando a importância da educação para a modificação de comportamentos em saúde⁽²⁾.

Na dimensão Medicação, destaca-se que o melhor resultado obtido foi no item relativo a tomar os medicamentos conforme recomendado⁽¹⁰⁾. Analisando o comportamento de "Tomar injeções de insulina conforme recomendado", nota-se que a dificuldade provavelmente se dá em termos de não tomar na dose e no horário recomendado. Já em relação ao número indicado de antidiabéticos orais, obteve-se que uma parcela minoritária dos usuários não conseguia tomar o número de comprimidos recomendado em alguns dias da semana. Estudo chinês mostrou que a maioria dos participantes apresentava comportamento de autocuidado relacionado à adesão à medicação muito desejável⁽¹¹⁾.

No que concerne aos hábitos tabágicos, este estudo mostrou que há incorporação de autocuidado em relação ao tabagismo, considerando que o tabaco é um fator de risco para o desenvolvimento da neuropatia diabética. Os resultados encontrados são consistentes com os obtidos em um estudo que investigou o tabagismo utilizando o QAD em pacientes com DM com complicações em membros inferiores⁽²⁾.

Esperava-se que os comportamentos de autocuidado relacionados à alimentação específica, atividade física e automonitorização da glicemia capilar estivessem em um nível altamente desejável, ao considerar que os pacientes do presente estudo estavam inseridos em um programa de AMGC em uma unidade de atenção primária à saúde em um município do interior paulista. Todavia, os resultados obtidos em relação aos comportamentos de autocuidado nas seis dimensões do QAD estão aquém do desejável, evidenciando a necessidade de desenvolvimento de estratégias educativas efetivas para o fortalecimento das práticas de autocuidado pela pessoa com diabetes em programa de AMGC.

Investigar as atividades de autocuidado utilizando um instrumento específico para a população com diabetes possibilitou identificar a fragilidade do processo educativo, uma vez que os usuários investigados já estavam inseridos em um programa de AMGC no domicílio. A escassez de es-

tudos que utilizaram o QAD para investigar as atividades de autocuidado de pacientes com diabetes constituiu em uma limitação para a comparação dos dados obtidos, de modo a estabelecer semelhanças e discrepâncias. Espera-se que estudos futuros sejam realizados para melhor compreensão das atividades de autocuidado de pacientes com DM.

Em síntese, a modificação das ações de autocuidado do paciente com diabetes passam pela articulação da equipe de saúde, oferta de recursos, construção de alternativas envolvendo os familiares, outras pessoas da rede social do paciente e organizações sociais.

■ CONCLUSÃO

Ao analisar as atividades de autocuidado específicas de pacientes com DM inseridos em grupo de educação em diabetes de um programa de AMGC, conclui-se que, das 15 atividades de autocuidado avaliadas, oito estavam dentro do padrão desejável, destacando-se: alimentação saudável, não ingerir doces, avaliar o açúcar no sangue e o número de vezes recomendado, secar os espaços interdigitais depois de lavar os pés e tomar medicamentos (três itens). Esses resultados podem subsidiar o redimensionamento do programa de AMGC do município, uma vez que os comportamentos de autocuidado adotados pelos pacientes podem comprometer a efetividade do programa e o alcance das metas de controle metabólico. Avaliar as atividades de autocuidado específico fornece elementos valiosos para que o profissional de enfermagem, como agente que coordena, prioritariamente, os grupos de educação em diabetes possa repensar a reformulação das práticas educativas em relação à AMGC. As práticas de saúde devem fortalecer os comportamentos de autocuidados desejáveis. O processo educativo é árduo, contínuo e permanente, e exige a utilização de estratégias inovadoras para o alcance das metas para o controle da doença, uma vez que requer a modificação de hábitos e padrões de comportamentos que mobilizam sentimentos, emoções e crenças arraigadas.

■ REFERÊNCIAS

1. Zhou Y, Liao L, Sun M, He G. Self-care practices of Chinese individuals with diabetes. *Exp Ther Med*. 2013;5(4):1137-42.
2. Gomides DS, Villas-Boas LCG, Coelho ACM, Pace AE. Self-care of people with diabetes mellitus who have lower limb complications. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(3):289-93.
3. 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.
4. 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*. 2012;20(1):52-8.
5. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (BR). Protocolo de atendimento em hipertensão e diabetes [Internet]. Ribeirão Preto; 2011 [citado 2014 mar 17]. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/cronico/prot-hipertensao.pdf>
6. Organización Panamericana de Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria en salud: la contribución de las instituciones de salud en America Latina. Santiago; 2006.
7. Rodrigues FFL, Zanetti ML, Santos MA, Martins TA, Sousa VD, Teixeira CRS. Conhecimento e atitudes: componentes para a educação em diabetes. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009;17(4):436-73.
8. Oliveira NF, Souza MCBM, Zanetti ML, Santos MA. Diabetes mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em grupo de apoio psicológico. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(2):301-7.
9. 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*. 2010;18(6):1195-202.
10. Faria HTG, Rodrigues FFL, Zanetti ML, Araújo MFM, Damasceno MMC. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(3):231-7.
11. Michels MJ, Coral MHC, Sakae TM, Damas TB, Furlanetto LM. Questionário de atividades de autocuidado com diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2010;54(7):644-51.
12. Bastos F, Severo M, Lopes C. Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Med Port*. 2007;20(1):11-20.
13. 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.
14. Coyle ME, Francis K, Chapman Y. Self-management activities in diabetes care: a systematic review. *Aust Health Rev*. 2013;37(4):513-22.
15. Dlugasch LB, Ugarriza DN. Self-monitoring of blood glucose experiences of adults with type 2 diabetes. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2013;18:1-7.
16. Evans JM, Mackison D, Swanson V, Donnan PT, Emslie-Smith A, Lawton J. Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: patients' perceptions of 'high' readings. *Diabetes Res Clin Pract*. 2013;102(1):e5-7.
17. Schöld AK, Ylikivelä R, Lindström K, Östgren CJ, Grodzinsky E. The options of the management of self-monitoring of blood glucose in primary health care centres by the diabetes nurses and patients. *Prim Care Diabetes*. 2013;7(2):143-9.

■ Endereço do autor:

Maria Lucia Zanetti
Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre
14040-902, Ribeirão Preto, SP
E-mail: zanetti@eerp.usp.br

Recebido: 10.06.2014

Aprovado: 10.11.2014