

Adesão ao regime terapêutico de pacientes com diabetes Mellitus: análise de atividades de autocuidado**Adherence to the therapeutic regime of patients with diabetes mellitus: analysis of self-care activities**

DOI:10.34117/bjdv6n7-453

Recebimento dos originais: 15/06/2020

Aceitação para publicação: 17/07/2020

Ana Zaiz Flores Hormain Teixeira de Carvalho

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará

Instituição: Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará

Endereço: Rua Caetano Ximenes Aragão, 110, Eng. Luciano Cavalcante, Fortaleza-CE, Brasil.

E-mail: anazaizflores@hotmail.com

Josilene Uchôa Andrade

Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará

Instituição: Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará

Endereço: Rua Caetano Ximenes Aragão, 110, Eng. Luciano Cavalcante, Fortaleza-CE, Brasil.

E-mail: josileneuchoa20@gmail.com

Thais Marques Lima

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará

Instituição: Faculdade Terra Nordeste - FATENE

Endereço: Rua Coronel Correia, 1119, Soledade Caucaia-CE, Brasil.

E-mail: thais.ml@hotmail.com

Meysa Quezado de Figueiredo Cavalcante Casadevall

Doutora em Ciências Médico-Cirúrgicas - Universidade Federal do Ceará

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Prof. Costa Mendes, 1608 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza – CE, Brasil.

E-mail: mequezado@gmail.com

Juliana Alencar Moreira Borges

Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará

Instituição: Centro Universitário Estácio do Ceará

Endereço: Rua Eliseu Uchoa Beco, 600, Patriolino Ribeiro. Fortaleza- CE, Brasil.

E-mail: julianaamoreira@hotmail.com

Aline de Souza Pereira

Doutora em Saúde Coletiva pelo departamento de Pós-graduação em Saúde Coletiva Associação ampla UFC/UECE/UNIFOR.

Instituição: Centro Universitário Christus - UNICHRISTUS.

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, 133 - Coco- Fortaleza- Ceará.

E-mail: szp.aline@gmail.com

Ana Débora Alcântara Coêlho Bomfim

Mestre em Promoção à Saúde pela Universidade Federal do Ceará
Instituição: Centro Universitário Christus - UNICHRISTUS.
Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, 133 - Coco- Fortaleza- Ceará.
E-mail: anadeboraac@yahoo.com.br

Eysler Gonçalves Maia Brasil

Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - UECE
Instituição: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Brasileira (UNILAB)
Endereço: Rua José Franco de Oliveira, s/n, Redenção-CE, Brasil.
E-mail: eyslerbrasil@unilab.edu.br

RESUMO

Objetivo: Objetivou-se discutir os principais fatores responsáveis pela não adesão ao regime terapêutico, avaliar a adesão ao tratamento e sua relação com as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com diabetes mellitus e indicar intervenções de enfermagem para adesão ao tratamento. **Método:** Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado com 50 pacientes com diagnóstico de diabetes, em uma cidade do nordeste do Brasil. Para coleta de dados utilizou-se um formulário com dados sociodemográficos e o questionário Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire adaptado para a língua portuguesa. Os dados foram analisados através do programa SPSS- versão 20.0. **Resultados:** Os resultados apontam que há uma relação entre idade avançada e comorbidades associadas ao diabetes, dentre elas, a Hipertensão Arterial (p -valor $< 0,01$). Houve significância estatística entre as variáveis escolaridade e adesão a atividade física (p -valor $< 0,05$) e quanto à ingestão de doces ($1,42 \pm 1,94$ dias por semana). **Conclusão:** Sendo assim, intervenções de enfermagem são necessárias para contribuir para adesão ao tratamento, através do incentivo ao autocuidado.

Palavras chaves: Autocuidado. Enfermagem em saúde comunitária. Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Objective: The objective was to discuss the main factors responsible for non-adherence to the therapeutic regime, to evaluate adherence to treatment and its relationship with the sociodemographic and clinical characteristics of people with diabetes mellitus and to indicate nursing interventions for adherence to treatment. **Method:** This is a cross-sectional study with a quantitative approach, conducted with 50 patients diagnosed with diabetes, in a city in northeastern Brazil. For data collection, a form with sociodemographic data and the Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire adapted to the Portuguese language was used. The data were analyzed using the SPSS program - version 20.0. **Results:** The results indicate that there is a relationship between advanced age and comorbidities associated with diabetes, among them, Arterial Hypertension (p -value < 0.01). There was statistical significance between the variables education and adherence to physical activity (p -value < 0.05) and regarding the intake of sweets (1.42 ± 1.94 days per week). **Conclusion:** Therefore, nursing interventions are necessary to contribute to adherence to treatment, by encouraging self-care.

Keywords: Self Care. Community Health Nursing. Diabetes Mellitus.

1 INTRODUÇÃO

As doenças não infecciosas geram grandes gastos ao sistema único de saúde (SUS). O Diabetes *Mellitus* (DM) definido como uma patologia de alcance metabólico corroborou acendendo a mudança epidemiológica de doenças crônico-degenerativas no mundo. Em decorrência do complexo domínio e da morbimortalidade elevada, revela-se hoje como um desafio para a saúde pública e uma emergência mundial no século 2⁽¹⁾.

Em média, havia 425 milhões de pessoas com DM no mundo e 26 milhões na América do Sul e Central em 2017, e essa incidência nas Américas chegará a aumentar para 42,3 milhões até 2045. O Brasil se encontra na quarta posição no mundo entre os dez países com maior índice de pessoas com DM, com 12,5 milhões de indivíduos com a patologia⁽¹⁾.

Existem três tipos principais de DM: o Diabetes tipo 1, Diabetes tipo 2 e Diabetes Gestacional, sendo o tipo 2 o mais incidente. O DM tipo 2 demanda cumprimento dos pacientes para com as sugestões e prescrições dos profissionais por toda vida, tornando então a autogestão da doença, um componente importante para evitar complicações futuras⁽²⁾.

Portanto, logo na primeira consulta deve ser pactuado com o paciente a mudança do estilo de vida (MEV) que demanda contínua educação em saúde, para com os profissionais, garantindo uma adesão maior ao tratamento e prevenção das complicações da doença⁽³⁾.

Estudos têm demonstrado que o aumento da participação do usuário em responsabilizar-se pelo seu cuidado diário pode melhorar os comportamentos em relação à saúde, levando o usuário a adquirir autonomia na tomada de decisões para a mudança de comportamento e ser agente das transformações para o autocuidado⁽⁴⁻⁵⁾.

Neste contexto, as estratégias de autocuidado são importantes ferramentas para modificar o estilo de vida e para obter um satisfatório controle metabólico, uma vez que essas medidas capacitam os pacientes para realizar o gerenciamento da doença. Nesse contexto, o empoderamento do paciente para adesão ao tratamento torna-se um importante campo de atuação da equipe de saúde⁽⁶⁾.

Sabe-se que o autocuidado é definido como a prática de ações em seu próprio benefício, essas práticas dependem das limitações, valores, habilidades e crenças culturais de cada pessoa⁽⁷⁾.

As práticas das atividades de autogerenciamento incorporam benefícios ao portador do DM, tais como a manutenção de qualidade de vida e o controle metabólico, portanto é imperativo para o profissional enfermeiro identificar o perfil de autocuidado desses pacientes, para através deste, planejar o cuidado, determinando intervenções de enfermagem com práticas reflexivas de acordo com as suas necessidades⁽⁸⁾.

Em estudo realizado por enfermeiros, na cidade de Ribeirão Preto, com o objetivo de avaliar as atividades de autocuidado com o Diabetes em pessoas que possuem complicações em membros inferiores, observou-se uma pontuação maior para as atividades relacionadas a terapia medicamentosa e uma pontuação menor para as atividades relacionadas à atividade física. Ratificando a importância de estratégias da enfermagem para uma completa e efetiva adesão ao tratamento, de maneira a prevenir complicações que incapacitem os pacientes⁽⁹⁾.

Torna-se necessário, para tanto, compreender os fatores que influenciam a má adesão ao tratamento e o déficit de autocuidado que gera complicações da doença, já que na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, as enfermidades cardiovasculares, a cegueira, a insuficiência renal, amputações de membros inferiores, têm como principal causa o DM⁽¹⁰⁾.

Para a análise de atividades de autocuidado que culminam em uma boa gestão da doença e adesão ao tratamento, muitos pesquisadores optaram pelo uso do *Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire* (SDSCA), designado para aferir de modo sistemático, a aderência às atividades de autogerenciamento do paciente com DM; podendo também ser utilizado para conduzir os profissionais na avaliação e no seguimento clínico de pacientes, apoiando-se em tecnologia do cuidado como demonstração de habilidades e competências^(2,9,11).

Sendo assim, o presente estudo objetivou avaliar a adesão ao tratamento de DM, identificar os principais fatores responsáveis pela não adesão ao regime terapêutico e sua relação com as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com DM e indicar intervenções de enfermagem para aderência dos portadores de DM ao tratamento.

2 MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa. O estudo transversal é apropriado para descrever o estado de fenômeno ou relações entre fenômenos em um ponto fixo. Já a abordagem quantitativa tem a intenção de garantir os resultados, evitando distorções e erros de interpretações, permitindo uma margem de segurança quanto às inferências⁽¹²⁾.

2.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por portadores de DM tipo II residentes em uma cidade do Interior do Ceará, região nordeste do Brasil, atendidas em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no período de setembro a outubro de 2018.

Para compor a amostra foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estar regularmente comparecendo à unidade para atendimento e possuir condições cognitivas para responder a entrevista. Foram excluídos os pacientes com DM tipo I e os que apresentavam dificuldades de compreender os instrumentos.

2.3 COLETA DE DADOS

Após a explicação dos objetivos do estudo, os participantes que consentiram participar foram convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Após a assinatura foi aplicado um instrumento para a coleta de dados, contendo dados sociodemográficos e clínicos que incluíram: nome, sexo, idade, escolaridade, renda familiar, ocupação, e as variáveis clínicas: tempo de diagnóstico, tratamento para o controle do DM e presença de comorbidades.

Para avaliar as atividades de autocuidado exercidas pelos pacientes com Diabetes utilizou-se o SDSCA adaptado para a língua portuguesa denominado: Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). Este instrumento adaptado por Michels e colaboradores⁽¹³⁾, possui seis dimensões e 15 itens de avaliação do autocuidado com o Diabetes: alimentação geral (com dois itens), alimentação específica (três itens), atividade física (dois itens), monitorização da glicemia (dois itens), cuidado com os pés (três itens) e uso da medicação (três itens, utilizados de acordo com o esquema medicamentoso). Quando avaliados com o questionário, os pacientes relatam com que frequência eles realizaram as atividades ou os comportamentos nos sete dias anteriores. As respostas variam de 0 a 7, com os escores indicando as performances das atividades de autocuidado. Nos itens da dimensão alimentação específica que questionam sobre o consumo de alimentos ricos em gordura e doces, os valores serão invertidos (se 7=0, 6=1, 5=2, 4=3, 3=4, 2=5, 1=6, 0=7 e vice-versa).

2.4 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Para a análise dos dados utilizou-se o programa Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0. Para esta pesquisa foi adotado o critério que analisa a correlação Inter itens (alfa de Cronbach) e a classifica em fraca quando o α é inferior a 0,30, moderado entre 0,30 e 0,60 e forte quando superior a 0,60⁽¹⁴⁾.

Para comparação dos dados clínicos e sociodemográficos e as atividades de autocuidado utilizou-se o teste T de *Student*, com nível de significância ($p < 0,05$).

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu todos os critérios estabelecidos pela Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista sob parecer: 1.184.600/15.

3 RESULTADOS

Durante o período de estudo foram entrevistados 50 pacientes com diagnóstico médico de DM. Os dados sociodemográficos e clínicos destes pacientes evidenciaram que a maioria eram mulheres (35; 70%) com idade acima de 50 anos (44; 88%), e a idade média destes pacientes foi de $64,18 \pm 3,79$ [Intervalo de confiança (CI) de 95%; variação: 28-95 anos].

Em relação à escolaridade, destacaram-se os níveis fundamental (19; 38%) e médio (15; 30%) e a renda familiar era de até 1 salário em sua maioria (32; 64%). Em relação à medicação utilizada 32 pacientes utilizavam Antidiabéticos Orais (ADO) (64%), 10 utilizavam associação de Insulina com ADO (20%), 7 utilizavam apenas insulina (14%) e um paciente referiu não estar utilizando nenhuma medicação (2%).

Foi identificado que entre estes pacientes 86% possuía alguma comorbidade e que transtornos circulatórios foram os mais frequentes (74%) e a hipertensão foi o principal quadro associado a DM com 66% dos pacientes apresentando este quadro. As principais comorbidades encontradas na população estão caracterizadas na tabela 1.

Tabela 1. As principais comorbidades associadas a DM na população de estudo (N=50). Fortaleza-Ce, 2018.

Distúrbios patológicos	n (%)	Comorbidade	n (%)
Distúrbios circulatórios	37 (74%)	Hipertensão Arterial	33 (89,20)
		Infarto	1 (2,70)
		Acidente vascular cerebral	1 (2,70)
		Varizes	1 (2,70)
		Varicocele	1 (2,70)
Transtorno metabólico	12 (24)	Dislipidemia	12 (100%)
Transtorno locomotor	8 (16%)	Amputação	3 (37,5%)
		Osteoporose	3 (37,5%)

		Artrite	2 (25%)
Transtornos Oftalmológicos	5 (10%)	Retinopatia	2 (40%)
		Cegueira	2 (40%)
		Catarata	1 (20%)
		Depressão	1 (25%)
Transtornos mentais	4 (8%)	Mal de Alzheimer	1 (25%)
		Mal de Parkinson	1 (25%)
		Transtorno Bipolar	1 (25%)
		Litíase renal	1 (50%)
Transtorno renal	2 (4%)	Insuficiência Renal	1 (50%)

Fonte: Elaborada pelo autor.

O número de comorbidades variou em todos os pacientes, em média cada paciente apresentou $1,38 \pm 0,24$ [Intervalo de confiança (CI) de 95%; Variação: 0-4 comorbidades]. O número de comorbidades mostrou uma associação direta com a idade do paciente, ou seja, quanto maior a idade mais comorbidades o paciente apresenta (Correlação de Spearman: 0,368; p -valor $< 0,01$). O período de diagnóstico de DM também foi analisado e apresentou uma média em anos de $10,66 \pm 2,18$ [Intervalo de confiança (CI) de 95%; Variação: 1-30 anos].

3.1 CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS ÀS ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO DOS PACIENTES COM DM

O QAD foi utilizado para avaliar a frequência das atividades de autocuidado com o DM pelos pacientes participantes do estudo.

O valor para a correlação inter itens (alfa de Cronbach) para a escala de QAD foi de 0,8, o que indica confiabilidade das medidas utilizadas para testar a validade do instrumento aplicado. A análise da consistência interna para cada uma das seis dimensões do instrumento se encontram na Tabela 2. Os itens referentes ao tópico tabagismo não se aplicavam a análise de consistência interna, pois avaliam apenas a quantidade e a frequência do hábito de fumar.

Tabela 2: Análise da consistência interna para as seis dimensões do QAD. Fortaleza-Ce, 2018.

Dimensões QAD	Número de Itens	Coefficiente de α Cronbach
Alimentação Geral	2	0,993
Alimentação Especifica	3	0,042
Atividade Física	2	1
Monitoração da Glicemia	2	0,997
Cuidado com os pés	3	0,996
Medicação	3	0,326

A avaliação da aderência aos itens QAD evidencia os níveis de adesão às atividades de autocuidado da população avaliada neste estudo e permite a comparação entre as diferentes atividades de autocuidado nos pacientes diabéticos.

A aderência a cada um dos itens do QAD está descrita na Tabela 3.

Tabela 3: Aderência aos itens do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes por número de dias. Fortaleza-Ce, 2018.

Itens do QAD	Aderência (Média \pm Desvio Padrão)
1.1 Seguir uma dieta saudável	2,18 \pm 2,87
1.2 Seguir a orientação alimentar	2,16 \pm 2,83
2.1 Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	3,78 \pm 2,59
2.2 Ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral	1,68 \pm 1,48
2.3 Ingerir doces	1,42 \pm 1,94
3.1 Realizar atividades físicas por pelo menos 30 minutos	1,5 \pm 2,71
3.2 Realizar atividades físicas específicas (caminhar, nadar etc.)	1,5 \pm 2,72
4.1 Avaliar o açúcar no sangue	2,36 \pm 2,93
4.2 Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	2,34 \pm 2,95
5.1 Examinar os seus pés	3,04 \pm 2,97
5.2 Examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los	3,18 \pm 3,01
5.3 Secar os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los	3,32 \pm 2,97
6.1 Tomou Insulina e ADO	6,88 \pm 0,53
6.2 Tomar injeções de insulina conforme recomendado	7 \pm 0
6.3 Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes	6,91 \pm 0,46

Fonte: Elaborada pelo autor.

Nos pacientes avaliados, o menor valor de aderência foi encontrado no item “Ingerir doces” ($1,42 \pm 1,94$ dias por semana) e o maior, foi para “Tomar injeções de insulina conforme recomendado”.

Avaliou-se, também o uso do cigarro entre os pacientes. Observou-se que 48 (96%) pacientes afirmaram não ter fumado nenhum cigarro nos últimos 7 dias. Quando questionados sobre a última vez que fizeram uso de cigarro, a maioria (56%) deles respondeu nunca ter feito uso do cigarro. Observa-se que entre os 2 pacientes que referiram o hábito de fumar, a média de cigarros por dia foi $20 (\pm 0)$.

Observou-se através da utilização de teste T de *Student* uma significância estatística na relação escolaridade e o domínio atividade física, parecendo associar o aumento da escolaridade e a prática de atividade física (p -valor $< 0,05$). O domínio com as maiores médias foi o uso da medicação e o menor foi o de atividade física. A comparação entre as médias de dimensão do QAD e a variável idade, sexo, escolaridade e renda estão descritas na Tabela 4.

Tabela 04: Estatística descritiva e teste de comparação de médias para as dimensões do questionário de Atividades de Vidas (QAD) em pacientes com DM. Fortaleza-Ce, 2018.

Variáveis	Dimensões do QAD											
	Alimentação Geral		Alimentação Específica		Atividade Física		Monitorização da Glicemia		Cuidados com pés		Medicação	
Idade (anos)	Média (DP)	p -valor	Média (DP)	p -valor	Média (DP)	p -valor	Média (DP)	p -valor	Média (DP)	p -valor	Média (DP)	p -valor
Até de 50	3,25 (3,19)		2,33 (0,84)		2,83 (3,31)		3,33 (3,39)		4,56 (2,28)		7 (0,00)	
Mais de 50	1,94 (2,70)	0,28	2,29 (1,25)	0,93	1,31 (2,61)	0,20	2,26 (2,22)	0,45	2,99 (2,94)	0,17	6,72 (1,15)	0,12
Sexo												
Masculino	2,53 (3,31)		1,96 (1,23)		1,80 (2,83)		2,13 (2,88)		2,73 (2,66)		6,53 (1,81)	
Feminino	2,01 (2,65)	0,56	2,43 (1,18)	0,20	1,37 (2,69)	0,61	2,44 (3,00)	0,73	3,37 (3,01)	0,46	6,85 (0,55)	0,51
Escolaridade												
Analfabeto	1,54 (2,53)		1,83 (1,10)		0,21 (0,80)		2,32 (2,58)		2,38 (3,13)		6,93 (0,67)	
Fundamental	2,39 (3,20)		2,39 (1,13)		1,63 (2,89)		2,00 (3,09)		3,72 (2,97)		7 (0,00)	
Médio	2,7 (2,81)	0,39	2,73 (1,30)	0,16	2,53 (3,36)	0,04	3,07 (3,24)	0,96	3,53 (2,64)	0,21	6,27 (1,91)	0,29
Superior	0,50 (0,71)		1,33 (0,47)		1,5 (2,12)		0,50 (0,71)		1 (1,41)		7 (0,00)	
Renda												

Até 1 salário	1,97 (2,62)	2,35 (1,36)	1,06 (2,37)	2,33 (3,02)	3,43 (2,78)	6,66 (1,34)
Mais de 1 salário	2,53 (3,24)	2,19 (0,88)	2,28 (3,16)	2,39 (2,87)	2,74 (3,14)	6,94 (0,24)

Fonte: Elaborada pelo autor.

Foi utilizado o mesmo teste para a comparação entre os domínios do QAD e as variáveis: tipo de tratamento e comorbidade. Observou-se uma significância estatística entre o uso ADO e a monitorização da glicemia, onde pacientes que só fazia uso do ADO em média fazia menos verificações dos que utilizavam a insulina sozinha ou em combinação com ADO. Não foi possível estabelecer nenhuma relação entre a presença de comorbidade e qualquer dos domínios analisados no QAD. A comparação entre as médias de dimensão do QAD e a variável: tipos de tratamento e comorbidades estão descritos na tabela 5.

Tabela 05. Estatística descritiva e teste de comparação de médias para dimensões do QAD. Fortaleza-Ce 2015.

Variáveis	Alimentação Geral		Alimentação Especifica		Atividade Física		Monitorização da Glicemia		Cuidados com pés		Medicação	
	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor
Tipo de Medicação												
ADO												
Sim	2,02 (2,94)		2,18 (1,14)		1,41 (2,60)		1,28 (2,35)		2,74 (2,87)		6,88 (0,55)	
Não	2,44 (2,71)	0,61	2,50 (1,32)	0,39	1,67 (2,97)	0,76	4,25 (2,98)	0,00	3,96 (2,87)	0,16	6,56 (1,65)	0,44
Insulina												
Sim	3,50 (3,38)	0,29	2,29 (0,89)	0,98	2,29 (3,30)	0,51	4,43 (2,36)	0,11	3,91 (3,41)	0,55	6,86 (0,38)	0,62
Não	1,95 (2,73)		2,30 (1,25)		1,37 (2,63)		2,01 (2,76)		3,06 (2,84)		6,74 (1,16)	
Insulina + ADO												
Sim	1,25 (1,23)		2,60 (1,63)		0,70 (2,21)		4,25 (3,01)		3,90 (2,77)		7 (0,00)	
Não	2,40 (3,08)	0,07	2,22 (1,08)	0,5	1,70 (2,81)	0,24	1,88 (2,76)	0,04	3 (2,94)	0,38	6,70 (1,20)	0,12
Comorbidade												
Sim	2,27 (2,91)		2,36 (1,23)		1,67 (2,86)		2,55 (2,97)		3,34 (2,91)		6,74 (1,16)	
Não	1,57 (2,51)	0,52	1,86 (0,98)	0,25	0,43 (0,13)	0,06	1,14 (2,61)	0,23	2,19 (2,85)	0,35	6,86 (0,38)	0,62

Fonte: Elaborada pelo autor

Após a análise podemos inferir algumas intervenções efetivas para contribuir com a adesão ao regime terapêutico como: orientações sobre hipoglicemia noturna, alertando sobre os prejuízos dessas oscilações glicêmicas para o prognóstico da doença; orientações com relação a importância da mudança no estilo de vida, contemplando o exercício físico e a alimentação saudável; utilizar o QAD nas consultas de enfermagem, afim de detectar as falhas no autocuidado, como também para comparar com os resultados passados e ensinar o paciente a realizar a contagem de carboidratos, orientando sobre a importância do mesmo.

4 DISCUSSÃO

Os dados analisados revelam que há uma relação entre a idade avançada e as comorbidades associadas ao DM, dentre elas a mais prevalente foi a Hipertensão Arterial. Tal achado corrobora com estudo realizado com 64.348 adultos em domicílios brasileiros, que indicam que essa doença possui associações estatisticamente significativas com diabetes. Essas patologias quando combinadas se tornam as principais responsáveis pelas internações no SUS e pelo índice de óbitos⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Ainda, estudo realizado no Rio de Janeiro, constatou que as doenças crônicas influenciavam na capacidade de realizar suas atividades de vida diária e as instrumentais, gerando dependência de outrem para então realiza-las, principalmente quando combinadas com Hipertensão Arterial⁽¹⁷⁾.

No tocante às variáveis escolaridade e adesão a atividade física, os achados deste estudo mostraram-se semelhantes à estudo que indicou baixa adesão ao exercício físico na maioria das pessoas entrevistadas, cuja escolaridade é menor que nove anos de estudo(85,7%). Além disso, também indicou que a baixa escolaridade, a renda mensal e o período elevado da doença, interferem na diminuindo a adesão, no que concerne as variáveis de exercícios físicos e a dieta⁽¹⁸⁾.

Estudos apontam que os motivos pelos quais as pessoas com Diabetes não realizam atividade física e dietas saudáveis foram dentre esses respectivamente: o desânimo, desconhecimento, restrição médica, falta de tempo; e por interferir nos hábitos da família, como também demanda tempo e custo financeiro para o preparo do alimento correto⁽⁸⁾.

Desse modo, salienta-se a importância da enfermagem, para desenvolver habilidades, que orientem, conforme a escolaridade do paciente, motivando-o a ter um estilo de vida mais saudável que inclua a atividade física e uma nutrição adequada para o diabético, sendo essas práticas relevantes, porque prorrogam as complicações agregadas ao DM, devido a interferência

em alguns fatores que agravam a doença, tais como, obesidade, nutrição rica em lipídios e pouca ingestão de frutas⁽¹⁾.

Outros achados relevantes foram quanto ao item que avalia os pacientes em relação a ingestão de doces, durante os últimos sete dias; os resultados foram satisfatórios, apresentando valores similares aos encontrados em estudo realizado com mulheres climatéricas entre 40 a 65 anos ($1,14 \pm 1,63$ dias por semana), registrando uma conquista, pois na entrevista, relataram ser complicado deixar de consumi-los, tendo que utilizar estratégias para camuflar o desejo pelo alimento⁽¹⁹⁾.

No que se refere à terapia medicamentosa e a atividade física, o presente estudo corroborou com uma pesquisa realizada na Índia, cuja 79,8% da amostra aderiu ao tratamento medicamentoso e somente 21% realizaram atividade física, contudo em um estudo brasileiro, apesar de constatarem uma aderência adequada a essa terapia, observou-se que 56,5% dos entrevistados, tinham um déficit de conhecimento sobre o medicamento que estava utilizando^(8,20).

O que nos leva a ressaltar novamente, o papel do enfermeiro na orientação ao paciente enquanto usuário do ADO e insulina, levando-o a compreender a ação do medicamento, como também a importância da mudança do estilo de vida para haver de forma eficaz e efetiva um bom prognóstico da doença, ou seja, sem complicações agudas e crônicas, dentre elas: hipoglicemia, cetoacidose, retinopatia e a neuropatia diabética, que são responsáveis pela expressiva redução da capacidade de trabalho, como também no tempo de vida desta população⁽³⁾.

Quanto ao monitoramento da glicemia, a frequência ideal recomendada para um paciente com DM tipo 1 ou tipo 2 que faz uso de insulina em doses múltiplas, deve verificar no mínimo 3 vezes ao dia, já o paciente que faz uso somente de ADO, não se recomenda verificar rotineiramente. O questionário não permite a visualização de quantas vezes se verifica glicemia em um dia, haja visto que as respostas são dispostas dias da semana, porém se percebe através dos resultados encontrados, que o grupo que deve avaliar a taxa glicêmica rigorosamente estão aderindo satisfatoriamente⁽¹⁾.

Ainda existem obstáculos, dentre eles, o custo dos testes, baixa conscientização da relevância da avaliação da taxa de glicemia e o incomodo na punção digital, que impedem a monitorização glicêmica na quantidade ideal, sendo esse cuidado muito importante não só para intervir precocemente em meio a uma alteração glicêmica, como também permitir que o paciente tenha um maior controle da sua doença, ajudando na tomada de decisões; visto que o mau controle glicêmico, combinado aos anos de duração da doença corrobora para o

desenvolvimento de complicações crônicas do DM⁽¹⁸⁾. Cabe então ao enfermeiro incentivar essa prática orientando os pacientes, quanto aos valores adequados e as intervenções cabíveis e necessárias para os episódios de hipoglicemia e hiperglicemia. No estudo de Paraizo et al. (2020), constatou-se encontros e desencontros na realização do cuidado, tendo em vista que elementos como orientar, ouvir o outro e ações educativas, são compreendidos pelos participantes do estudo como necessários⁽²¹⁾.

5 CONCLUSÃO

Os resultados adquiridos nesse estudo possibilitaram inferir que de fato, existem relevantes associações entre os dados sociodemográficos e os dados clínicos do QAD. Observou-se que a maior parte da amostra foi de idosos, e que quanto mais avançada à idade mais comorbidades se agregavam, sendo esse um dado preocupante, uma vez que as doenças crônicas diminuem a capacidade do paciente de realizar suas atividades de vida diárias, diminuindo então a adesão ao tratamento.

Destaca-se ainda a adesão ao tratamento medicamentoso em quantidade superior a atividade física, ratificando a dificuldade de haver aderência em relação a mudança no estilo de vida que está presente na maioria dos estudos sobre o assunto. Quanto a monitorização da glicemia, o estudo mostrou uma maior aderência aos pacientes que fazem uso de insulina, ou a combinação insulina/ADO, o que indica a necessidade de orientação profissional efetiva para esses casos, que compreenderam a importância da avaliação glicêmica.

Acreditamos que através deste estudo possamos ajudar efetivamente a equipe de saúde da família na assistência ao portador de Diabetes, indo de encontro aos melhores resultados no tratamento e maiores índices de adesão. Beneficiando e enriquecendo a atuação do enfermeiro ao diabético, contribuindo com indicações de intervenções de enfermagem e percepção de fatores que influenciam a não adesão a terapêutica, dando assim, uma nova visibilidade a assistência oferecida.

Desta forma queremos atingir não só o público-alvo, mas também os profissionais de enfermagem, instigando-os a aperfeiçoar a sua assistência, utilizando as tecnologias existentes como escalas, instrumentos e o seu conhecimento acadêmico, a fim de obter melhores resultados no tratamento do DM.

REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas. Eighth edition [Internet]. IDF; 2017 [cited 08 Jan 2018]. 147 p. Available from: <http://www.diabetesatlas.Org>
2. Zhou Y, Liao L, Sun M, He G. Self-care practices of Chinese individuals with diabetes. *Exp Ther Med*. 2013;5(4):1137-42.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
4. Chen L, Pei JH, Kuang J, Chen HM, Chen Z, Li ZW et al. Effect of lifestyle intervention in patients with type 2 diabetes: A meta-analysis. *Metabolism*. 2015; 64(2): 338-47.
5. Rossi MC, Lucisano G, Funnell M, Pintaudi B, Bulotta A, Gentile S et al. Interplay among patient empowerment and clinical and person-centered outcomes in type 2 diabetes. The BENCH-D study. *Patient Educ Couns*. 2015; 98(9): 1142-9.
6. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
7. Orem D.E. *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. St Louis (USA): Mosby Inc; 2001.
8. Borba AKOT, Marques APO, Ramos VP, Leal MCC, Arruda IKG, Ramos RSPS. Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2018; 23(3): 953-961.
9. Gomides DS, Villas- boas LCG, Celho ACM., Pace AM. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(3):289-93.
10. Corrêa PCC, Farias LM, Lima, GG, Souza AR, Feitoza A, Moura AD et al. Percepção de portadores atendidos na Estratégia Saúde da Família sobre diabetes mellitus tipo 2. *Rev enferm UFPE on line* 2017; 11(4): 1645-1651.
11. 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.
12. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de
13. evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

14. Michels MJ, Coral MH, Sakae TM, Damas TB, Furlanetto LM. Questionário de atividades de autocuidado com diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2010;54(7):644-50.
15. Dancey CP., Reidy J, Viali L. Estatística sem matemática para Psicologia usando SPSS para Windows. Porto Alegre: Artmed; 2008. 608 p.
16. Malta DC, Bernal RTI, Iser BePM, Szwarcwald CL, Duncan BB, Schmidt MI. Fatores associados ao diabetes autorreferido segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 2019 abr. 10] ; 51(Suppl 1): 12s. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200312&lng=en. Epub June 01, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000011>.
17. Freitas PS, Matta SR, Mendes LVP, Luiza VL, Campos MR. Uso de serviços de saúde e de medicamentos por portadores de Hipertensão e Diabetes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 jul. [citado 2019 abr. 10] ; 23(7): 2383-2392. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702383&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.21602016>.
18. Britto AS, Abreu HCA, Rubira EA, Marcon SR, Oliveira JRT. Grau de adesão de idosos internados em um hospital ao regime terapêutico para Hipertensão e Diabetes. *Ver. de Atenção à Saúde* 2015; 13 (44): 27-3.
19. Solbiati VP, Oliveira NRC, Teixeira CVLS, Gomes RJ. Adesão ao tratamento para prevenir agravos relacionados à hipertensão arterial e ao diabetes. *Rev Bras Obes Nutrição e Emagrec.* 2018;12(73):629-33.
20. Rocha JSB, Freitas RF, Vieira DR, Gomes GV, Costa BL, Reis VMCP. Caracterização de mulheres climatéricas com Diabetes Mellitus Tipo II quanto ao comportamento de autocuidado. *Rev. bras. qual. vida.* 2013; 05(4): 26-35.
21. Gopichandran V, Lyndon S, Angel MK, Manayalil BP, Blessy 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.
22. Paraizo CMS, Dázio EMR, Rezende EG, Sonobe HM, Fava SMCL. “Diabético é custoso, a gente gasta saliva com eles”: o cuidado na perspectiva de enfermeiros. *Braz. J. of Develop., Curitiba,* v. 6, n. 1, p. 3448-3461, jan. 2020.