

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

LARA JANAINA SOARES LUZ COSTA

**AUTOCUIDADO DOS ADULTOS JOVENS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2**

PICOS - PIAUÍ

2016

LARA JANAINA SOARES LUZ COSTA

**AUTOCAUIDADO DOS ADULTOS JOVENS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Laura Maria Feitosa Formiga.

PICOS - PIAUÍ

2016

LARA JANAINA SOARES LUZ COSTA

**AUTOCUIDADO DOS ADULTOS JOVENS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharelado em Enfermagem.

Data da aprovação: 26/02/2016

BANCA EXAMINADORA

Laura Maria Feitosa Formiga

Profª Ms. Laura Maria Feitosa Formiga (Orientadora)  
Universidade Federal do Piauí- UFPI/CSHNB  
Presidente da Banca

Ana Larissa Gomes Machado

Profª Drª Ana Larissa Gomes Machado  
Universidade Federal do Piauí - UFPI/CSHNB  
1ª Examinadora

Ana Zaira da Silva

Enfermeira Esp. Ana Zaira da Silva  
Universidade Estadual do Ceará - UECE  
2ª Examinadora

**FICHA CATALOGRÁFICA**

**Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí**

**Biblioteca José Albano de Macêdo**

**C837a** Costa, Lara Janaina Soares Luz.

Autocuidado dos adultos jovens com diabetes mellitus tipo 2/ Lara Janaina Soares Luz Costa. – 2016.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. ( 58f.)

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2016.

Orientador (A): Prof<sup>ª</sup>. Ma. Laura Maria Feitosa Formiga

1. Diabetes Mellitus tipo 2. Diabetes-Conhecimento. 3. Diabetes-Autocuidado. I. Título.

**CDD 616.462**

## AGRADECIMENTOS

Minha eterna gratidão, primeiramente a Deus por me conceder a honra dessa conquista. Agradecer por estar sempre ao meu lado me guiando e iluminando sempre meu caminho mesmo quando as dificuldades apareceram. Obrigado Senhor por mais um sonho realizado em minha vida. As minhas tias Fátima Luz, Luciene, Luzilete e Cláudia que contribuíram muito com a minha formação. Por terem se esforçado para me ajudar e pelo voto de confiança que depositaram em mim, pois sem o apoio de vocês jamais teria realizado esse sonho. Eternamente grata [...].

A minha mãe Lúcia que sempre acreditou na minha capacidade e com muito esforço dedicou-se a me oferecer o melhor. Foi companheira e paciente em todos os momentos de minha formação. Obrigada por me fazer existir. Ao meu irmão amigo e companheiro, Francisco Levy, agradeço pelo carinho e apoio.

A minha avó materna Francisca (*in memoriam*) que participou mesmo que por pouco tempo em vida da minha formação. Devo a ela tudo que sou hoje e sei que mesmo em outro plano continua torcendo por mim e me protegendo. Amo-te vó...

Aos meus amigos Tiago Caminha e Hanna Raissa, companheiros de toda hora. Que sempre me apoiaram, me aconselharam, me ajudaram nos momentos mais difíceis de minha formação. Agradeço infinitamente por tudo que fizeram por mim. Ao meu namorado Luciano, pela dedicação, paciência e companheirismo. Pela confiança que tem depositado em mim. Obrigado pela compreensão e ausências.

Aos demais familiares e amigos, que sempre acreditaram em mim e que de certa forma contribuíram com minha formação. A minha professora orientadora Laura Maria Feitosa Formiga, obrigado por me possibilitar uma aprendizagem única. Pela oportunidade que me deu, pela atenção, dedicação, paciência e profissionalismo.

A minha madrinha Alda Maria e sua filha Luana Paixão que me receberam em sua casa e me acolheram de braços abertos.

A meu amigo Ricardo, agradeço por tudo que tens feito por mim. As minhas amigas de classe Tamara Nayane, Camila Carvalho e Socorro Vale por estarmos juntas ao decorrer desse percurso árduo e prazeroso. Aos demais colegas que fizeram parte dessa jornada. Enfim, meu muito obrigado a todos que contribuíram e fizeram parte de alguma maneira na realização desse projeto.

Eternamente grata!

*“Só se pode alcançar um grande êxito quando nos mantemos fieis a nós mesmos”.*

Friedrich Nietzsche

## RESUMO

A epidemia mundial das doenças crônicas não transmissíveis torna-se cada vez mais crescente. Devido a isso, a Organização Mundial da Saúde sugere a educação para o autocuidado como forma de prevenir e tratar doenças como a diabetes mellitus tipo 2 a fim de evitar o desenvolvimento de possíveis complicações agudas e crônicas. Este estudo teve como objetivo geral avaliar o autocuidado dos adultos jovens com diabetes mellitus tipo 2. Trata-se de um estudo descritivo e transversal realizado em duas Unidades Básicas de Saúde de Ipiranga do Piauí. A amostra foi composta por 60 pessoas com idade de 20 a 59 anos regularmente cadastrados no programa Hiperdia da zona urbana do município de Ipiranga-PI. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas que aconteceram em sala privativa utilizando-se um formulário, contendo dados sociodemográficos, clínicos, hábitos de vida e as dificuldades relacionadas ao tratamento do DM e um questionário para avaliar as atividades de autocuidado - QAD (Questionário de Atividade de Autocuidado com o DM). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí conforme o número do CAAE: 47991215.6.0000.5214. Os dados foram organizados no Microsoft excel 2010 e posteriormente processados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Os resultados mostraram a prevalência do sexo feminino (65,0%), a predominância de pessoas que viviam com companheiro 56,7%. Quanto à escolaridade mais da metade fez até o ensino fundamental (56,7%). Sobre a profissão/ocupação (73,3%) a maioria não trabalha. Os valores da pressão arterial mostram-se normais na amostra. A glicemia capilar apresenta-se aumentada (76,1%), os valores do Índice de Massa Corporal apresentou que uma parcela da amostra está em sobrepeso (30,0%). A maior parte da amostra não relatou dificuldade em aderir à terapia medicamentosa (90,0%). Apresentam outra doença crônica associada (63,3%), sendo a hipertensão arterial mais prevalente (53,3%). A maioria (76,7%) dos indivíduos conta com o apoio da família para ajudar no tratamento do diabetes mellitus. Relacionado ao QAD os itens mais prevalentes foram a adesão a dieta adequada (55,0%), a não realização de exercícios físicos (63,3%), a não monitorização da glicemia (76,7%) e o déficit de cuidado com os pés (56,7%). Em relação ao tabagismo, a maioria relatou ser não fumante (75,0%). Com base nos dados obtidos, observou-se a necessidade dos adultos jovens entrevistados aprenderem a conviver melhor com o diabetes de modo a praticarem mais as atividades de autocuidado para assim apresentar maiores chances de sobrevida e melhorar seu estado de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes mellitus tipo 2; Conhecimento; Autocuidado.

## SUMMARY

The global epidemic of chronic noncommunicable diseases becomes increasingly growing. Because of this, the World Health Organization suggests education for self-care as a way to prevent and treat diseases such as type 2 diabetes mellitus in order to prevent the development of possible acute and chronic complications. This study aimed to evaluate the self-care of young adults with diabetes mellitus type 2. This is a descriptive cross-sectional study in two Basic Health Units of Piauí Ipiranga. The sample consisted of 60 people aged 20 to 59 regularly registered in the program Hiperdia the urban area of the municipality of Ipiranga-PI. For data collection, interviews were conducted that took place in a private room using a form containing sociodemographic, clinical, lifestyle and the difficulties related to the treatment of diabetes and a questionnaire to assess the activities of self-care - QAD (Questionnaire Self-care activity with DM). The project was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Piauí as the number of CAAE: 47991215.6.0000.5214. Data were organized in Microsoft Excel 2010 and later processed in Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20.0. The results showed the prevalence of females (65.0%), the prevalence of people living with a partner 56.7%. As for education more than half made up to elementary school (56.7%). About the profession / occupation (73.3%) most do not work. The blood pressure values shown to be normal in the sample. The CBG has is increased (76.1%), the values of body mass index showed that a portion of the sample is overweight (30.0%). Most of the sample reported no difficulty adhering to drug therapy (90.0%). They have other associated chronic diseases (63.3%), the most prevalent hypertension (53.3%). Most (76.7%) of individuals has family support to help in the treatment of diabetes mellitus. QAD related to the most prevalent items were adherence to proper diet (55.0%), not performing physical exercise (63.3%), non-monitoring of blood glucose (76.7%) and care deficit with feet (56.7%). Regarding smoking, most reported being non-smoking (75.0%). Based on these data, there was the need of the young adults surveyed learn to live better with diabetes to practice more self-care activities so as to have higher chances of survival and improve their health.

**KEYWORDS:** Diabetes mellitus type 2; Knowledge; Self-care.

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1.</b>	Caracterização da amostra de acordo com os dados sócio demográficos. Ipiranga do Piauí - PI, 2016.....	25
<b>TABELA 2.</b>	Caracterização da amostra de acordo com as variáveis clínicas. Ipiranga do Piauí - PI, 2016.....	26
<b>TABELA 3.</b>	Caracterização da amostra de acordo com os hábitos de vida. Ipiranga do Piauí - PI, 2016.....	27
<b>TABELA 4.</b>	Caracterização da amostra de acordo com as dificuldades enfrentadas pelos adultos jovens com DM2. Ipiranga do Piauí - PI, 2016.....	27
<b>TABELA 5.</b>	Avaliação dos itens do Questionário de Atividade de Autocuidado com o Diabetes. Ipiranga do Piauí - PI, 2016.....	29

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAED - American Association of Diabetes Educators  
ADA - American Diabetes Association  
CA - Circunferência abdominal  
CEP - Comitê de Ética e Pesquisa  
DCNT - Doenças crônicas não transmissíveis  
DM - Diabetes Mellitus  
DM1 - Diabetes Mellitus Tipo 1  
DM2 - Diabetes Mellitus Tipo 2  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica  
HIPERDIA - Sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDF - International Federation Diabetes  
IMC - Índice de massa corporal  
MS - Ministério da Saúde  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PA - Pressão arterial  
PAD - Pressão Arterial Diastólica  
PAS - Pressão Arterial Sistólica  
QAD - Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes  
SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes  
SDSCA - *Summary of Diabetes Self-Care Activities*  
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCLC - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UFPI - Universidade Federal do Piauí  
WHO - World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	14
2.1	Geral	14
2.2	Específicos	14
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	15
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	20
4.1	Tipo de estudo	20
4.2	Local e realização do estudo	20
4.3	População e amostra	20
4.4	Variáveis do estudo	21
4.4.1	Variáveis sociodemográficas	21
4.4.2	Variáveis clínicas	22
4.4.3	Variáveis relacionadas aos hábitos de vida	23
	Variáveis relacionadas às dificuldades enfrentadas pelos adultos	23
4.4.4	jovens com DM2	
4.4.5	Atividades de autocuidado com o DM2	23
4.5	Coleta de dados	24
4.6	Análise dos dados	24
4.7	Aspectos éticos	25
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	26
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	33
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	42
	<b>REFERÊNCIAS</b>	43
	<b>APÊNDICES</b>	48
	<b>ANEXO</b>	56

## 1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são de grande relevância mundial, pois vem despertando cada vez mais a atenção dos profissionais da saúde e da população devido ao crescente número de portadores da doença que foram acometidos por não levarem um estilo de vida saudável, e por isso tornou-se um motivo de preocupação para a saúde pública.

Deste modo, a Organização Mundial da Saúde sugere a educação para o autocuidado como forma de prevenir e tratar doenças crônicas, visto que ele propicia o envolvimento do indivíduo em seu tratamento e determina maior adesão ao plano terapêutico, reduzindo complicações e incapacidades associadas aos problemas crônicos. Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se o diabetes mellitus por apresentar elevada prevalência mundial e seu potencial para o desenvolvimento de complicações crônicas e agudas, quando tratadas inadequadamente (GOMIDES et al., 2013).

Atualmente a classificação do DM é baseada na sua etiologia e não no tipo de tratamento. Sua classificação é proposta pela Associação Americana de Diabetes (ADA, 2013) e recomendada pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2013; SBD, 2015) que abrange quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional. O DM não é uma única doença, mas um conjunto heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção da insulina, ou em ambos os casos (SBD, 2013).

Em relação ao DM2, o Ministério da Saúde discorre que este ocorre devido ao estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção. Em geral, sua prevalência ocorre em adultos com longa história de excesso de peso e com fatores genéticos de DM2 (BRASIL, 2013). Os indivíduos portadores de DM2 podem manifestar sintomas (aumento do volume urinário, sede excessiva, aumento do apetite e perda de peso inexplicável), ou a maioria das vezes apresentar-se assintomáticos ou diagnosticados na presença de complicações tardias (nefropatia, neuropatia, proteinúria entre outras).

No Brasil, dados epidemiológicos estimam em 5,0% a prevalência do DM, sendo que a região sudeste (5,8%) e a região de São Paulo (6,3%) apresentam o maior coeficiente de prevalência registrado no País (FREITAS et al., 2012). O DM2 representa cerca de aproximadamente 90 a 95% dos casos de diabetes na população. Segundo o Ministério da Saúde, 11% da população (cerca de cinco milhões de pessoas), acima de 40 anos são portadoras de DM2. Resultados regionais mostram que a cidade de Fortaleza, localizada no

estado do Ceará, está sendo considerada a capital de maior índice de pessoas com diabetes, atingindo um total de 7,3% de ocorrências da doença (BRASIL, 2011a).

De acordo com essa situação, faz-se necessário adotar medidas de promoção à saúde para que possam ser planejadas estratégias de prevenção e controle da doença com vista ao autocuidado a fim de reduzir o número de casos de pessoas acometidas pelo DM2. Para isso, é importante que as pessoas com DM2 reflitam sobre a doença e questionem consigo mesmo sobre as várias formas de tratamento, os riscos e benefícios para sua saúde para com isso buscar o melhor caminho para seguir uma medida terapêutica que melhor promova sua qualidade de vida.

Sendo assim, Chaves; Teixeira; Silva (2013) discorre que o autocuidado é uma prática em que o paciente adquire informações que o ajudará a cuidar de sua saúde, ganhando com isso uma maior autonomia, pois, ao adquirir conhecimento, ele irá desenvolver atividades diárias que trarão o benefício a si próprio. Com comportamentos simples como verificar os pés, cuidados com os ferimentos, reeducação alimentar, ele evitará possíveis complicações (agudas e crônicas) a sua saúde e o indivíduo passará a ter uma constante autovigilância sobre o seu corpo e sua saúde.

A escolha da temática deu-se a partir da observação do atendimento à população do município de Ipiranga do Piauí, em consultas realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde foi perceptível a grande quantidade de pessoas portadoras da DM2. Deste modo, surgiu a inquietude de saber se essa população com diabetes mellitus apresentam dificuldades de realização do autocuidado.

A relevância desse tema está relacionado a importância dos adultos jovens com DM2 adquirirem conhecimentos e habilidades para que possam desenvolver suas atividades de autocuidado e assim mudar seus comportamentos e seu estilo de vida.

Dentre muitas funções e atividades que o profissional de enfermagem desempenha, há também a de orientar os adultos jovens com DM2 para que eles possam adquirir conhecimentos que os ajudará no seu autocuidado diário. Isso implica que os profissionais devem conhecer o perfil das pessoas para que possam identificar aqueles que executam bem suas atividades e os que possuem dificuldade, cujas razões podem ser por falta de motivação ou de conhecimento. Isso sugere mudanças de hábitos de vida e faz-se necessário determinar as intervenções que poderão ajudar as pessoas com DM2 a se comprometer com o seu tratamento, dispendo-se a melhorar o seu estado de saúde.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar o autocuidado dos adultos jovens com diabetes mellitus tipo 2.

### **2.2 Específicos**

- Traçar o perfil sociodemográfico, clínico e hábitos de vida (prática de atividade física e etilismo) dos participantes do estudo;
- Identificar as dificuldades dos adultos jovens com DM2;
- Verificar as atividades de autocuidado realizadas pelos usuários com DM2.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são consideradas como um dos maiores problemas de saúde pública contemporânea por apresentar um alarmante número de mortes em todo o mundo. Sua epidemia vem afetando principalmente as pessoas de baixa renda, por estarem mais sujeitas aos fatores de risco e por apresentarem maior dificuldade em acessar os serviços de saúde, além de criarem grandes impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral (BRASIL, 2011b).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estimativas mostram que as DCNTs são responsáveis por 63% referente a um total de 36 milhões de morte ocorridas no ano de 2008. Sendo que cerca de 80% dessas mortes ocorreram em países de baixa ou média renda, onde 29% é representada por pessoas menores de 60 anos de idade. Comparado aos dados referentes aos países de renda alta, onde apenas 13% são mortes precoces. No entanto, um baixo grupo de fatores de risco vem sendo responsáveis pela pluralidade dessas mortes ocorridas pelas DCNT e por fração considerável da carga de doenças devido a essas enfermidades. Dentre esses fatores destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, inatividade física e dietas inadequada (WHO, 2011).

Com isso, o perfil epidemiológico da população com DCNT vem sofrendo grandes modificações devido a mudanças no seu estilo de vida que levaram a principais causas de mortes ocorridas por essas enfermidades. O sedentarismo vem acometendo vários países, trazendo um grande impacto na prevalência de doenças e agravos não transmissíveis e no estado geral de saúde da humanidade. Indivíduos que não praticam atividade física regularmente apresentam risco de 20% a 30% de morte por qualquer causa, contabilizando aproximadamente 3,2 milhões de indivíduos que morrem todo ano. Deste modo, os sedentários vêm apresentando um risco maior de desenvolver HAS representando um total de 30% a 50%, além das principais causas de câncer de mama e de colo ser estimado em 21% a 25%, diabetes em 27% e as doenças isquêmicas do coração em 30% (WHO, 2010).

Para Mendes (2012), a atividade física regular está agregada à redução do risco de desenvolver condições crônicas como diabetes, hipertensão arterial, câncer de colo e reto. Com isso, a adesão de um estilo de vida saudável é considerada prevenção primária para evitar as doenças crônicas e colaborar para o controle de diferentes enfermidades.

Contudo, Oliveira e Zanetti (2011) ressaltam que uma doença crônica para a maioria dos indivíduos pode transformar de forma intensa a vida de uma pessoa, e essas transformações estão relacionadas às atividades da vida habitual, pois, desde a afirmação do

diagnóstico, há sentimentos de angústia e desespero diante da percepção do pouco controle acerca de sua vida, reduzindo assim a sua eficácia para agir e pensar. Condição que leva os indivíduos à necessidade de cuidado pleno de saúde, envolvendo os aspectos biológicos, culturais, sociais, econômicos, psicológicos, entre outros.

Dentre os diversos tipos de doenças crônicas destaca-se a diabetes, cuja incidência e prevalência têm se expandido mundialmente e ligando-se a vários fatores tais como: o envelhecimento populacional, o aumento da urbanização e a pouca adesão da qualidade de vida tais como o sedentarismo, a dieta inadequada, entre outros (RIBEIRO, 2010).

O diabetes mellitus (DM) interfere em todas as proporções da vida de um indivíduo, desde os hábitos mais comuns até o desejo de permanecer a viver de maneira saudável. Essa condição crônica determina ao indivíduo mudanças de costumes, assim como o desempenho em relação ao tratamento medicamentoso, ao planejamento da alimentação e as práticas de exercícios físicos, o que demanda disposição para enfrentar seus compromissos necessários para manter um bom controle metabólico (RODRIGUES et al., 2012).

A maioria dos indivíduos com diabetes, também podem apresentar hipertensão arterial e dislipidemia que necessitam de intervenções que abrangem essas anormalidades metabólicas que além de prevenir o surgimento da doença, também poderá evitar as doenças cardiovasculares e assim reduzir o número de mortes (ADA, 2012).

Mundialmente, estima-se que a população atual com diabetes é representada por 382 milhões de pessoas, com projeção para atingir um total de 471 milhões no ano de 2035. Cerca de 80% desses indivíduos com DM vivem em países em desenvolvimento, onde a uma grande epidemia com aumento equivalente de pessoas afetadas em faixa etária mais jovem convivendo com as dificuldades que as doenças infecciosas ainda representam. No Brasil, estimou-se que em 2013 haveria cerca de 11.933.580 de pessoas com diabetes na faixa etária de 20 a 79 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013).

O DM ainda é considerado uma doença onerosa que atinge tanto os indivíduos afetados pela doença bem como sua família e o sistema de saúde devido a sua natureza crônica, a gravidade das complicações e os diversos meios de controlá-las (SBD, 2015).

Diante disso, o DM quando não controlado pode trazer vários problemas ao longo da vida tais como a disfunção e falências de diversos órgãos principalmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Além de ser considerado como causa de cegueira, insuficiências renais e amputação de membros, sendo responsável por gastos significativos a saúde, além de substancial diminuição da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (SCHMIDT et al., 2010 *apout* BRASIL, 2010).

Apesar da redução gradativa de algumas doenças crônicas, o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) continua crescendo de forma expressiva, sendo considerada a DCNT que mais aumenta, principalmente nos países em desenvolvimento (SCHMIDT et al., 2011).

Portanto, o DM2 pode ser ponderado como umas das doenças crônicas de maior impacto para o sistema de saúde, em razão de seu alto grau de morbidade, mortalidade e dos altos custos para seu controle metabólico e tratamento de suas complicações (RODRIGUES et al., 2011).

Para o controle do DM2 existem os fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Os principais fatores de riscos não modificáveis são a idade e os antecedentes familiares diabéticos. Já os modificáveis consistem no excesso de peso, na distribuição central de gordura, na Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), nas dislipidemias, no sedentarismo e no tabagismo. Portanto, são necessárias mudanças no estilo de vida, objetivando uma reeducação alimentar e pratica de exercícios físicos, com consequente perda de peso que são consideradas efetivas na prevenção e controle do DM2 (RODRIGUES et al., 2011).

Para tratar as pessoas com diabetes Smeltzer e Bare (2008) relatam que as principais metas é aderir a um bom tratamento bem como controlar os níveis de glicemia e prevenir as possíveis complicações agudas e crônicas. Por ser considerada uma doença que pode permanecer controlada requer várias maneiras para conservar-se sobre controle bem como um princípio de cuidados para avaliar a prevenção e que contribua com o tratamento precoce das complicações.

Assim, a falta de conhecimento acerca da doença, associada à dificuldade de capacitação e integração entre os profissionais de saúde relacionam-se diretamente ao problema da adesão ao tratamento, sendo extremamente importante o entendimento da necessidade de se buscar mecanismos que sejam de consenso entre os usuários dos serviços e a equipe de saúde, evitando assim o abandono ao tratamento e o agravamento da enfermidade (SBD, 2015).

A avaliação da capacidade de autocuidado é, em boa parte, subjetiva, pois depende da percepção do profissional e da equipe de saúde ao observar o contexto e as atitudes da pessoa diante de sua condição crônica. Mas há formas de aperfeiçoar a capacidade de avaliar esses aspectos que incluem o conhecimento sobre as crenças relacionadas à condição de saúde; as atitudes, a confiança e a motivação diante das mudanças; a importância dada à condição; e a presença e a força das redes de suporte social (MENDES, 2012).

Deste modo, Orem (2001) define autocuidado como uma função reguladora que as pessoas utilizam, deliberadamente, para conservação das condições vitais, do

desenvolvimento e funcionamento total.

Para realizar o autocuidado é necessário adquirir habilidades para desempenhar suas funções durante sua vida diária, por meio de técnicas de aprendizagem, na maturidade da curiosidade mental, com a educação e administração de outros e mediante a experiência dos padrões de autocuidado.

A OMS indica a educação para o autocuidado com vistas à precaução e a terapêutica das doenças. Deste modo, Baquedano et al. (2010) ressalta que a educação para o autocuidado ao indivíduo com dificuldades crônicas de saúde deve facilitar o suporte para a evolução das habilidades de autocuidado, a fim de responder por sua saúde e ajudar a instruir-se melhor com a doença, mudar ou manter os hábitos saudáveis, incentivar a autoestima para sentir-se bem, seja qual for a magnitude da doença.

O autocuidado é considerado estratégia eficaz para a diminuição dos custos em saúde, colaborando para a diminuição de admissões hospitalares e das consultas de urgências, uso medicamentoso razoável e melhor afinidade entre profissional de saúde e o cliente. Nesse contexto, alguns autores definem autocuidado em saúde como os alcances que cada pessoa, individualmente, adota para proteger seu bem-estar físico, mental e social. O autocuidado tem como fundamentos a crença de que o homem é capaz de cuidar de sua saúde e compreende uma série de ações para manter a saúde física e mental, prevenir doenças, satisfazer as necessidades físicas e psicológicas, recorrer à consulta médica ou automedicar-se (BAQUEDANO et al., 2010).

Segundo Grillo et al. (2013), cuidado com DM inclui intervenções multidisciplinares e em todos os níveis de atenção à saúde. A conquista destas intervenções depende da capacidade do cliente de adotar mudanças no estilo de vida, de manter os cuidados indicados e, ainda, de ter iniciativa para identificar, solucionar ou procurar auxílio para as dificuldades que surgem ao longo da doença.

Nessa perspectiva, o profissional de saúde deve conhecer todas as alternativas relacionadas ao autocuidado para que possa ajudar as pessoas com DM a seguir uma terapia adequada para assim melhorar seu estado de saúde. Com isso, faz-se necessário que equipes multiprofissionais envolvam as pessoas com DM em todas as atividades desenvolvidas nas áreas da saúde relacionadas ao hiperdia, para que possam dispor de informações necessárias a cerca da doença para ajudar na tomada de decisões frente a inúmeras situações que a doença impõe.

Dentre os profissionais da saúde, os de enfermagem juntamente com sua equipe devem realizar ações educativas para as pessoas com DM para que eles possam compreender

a magnitude do problema e suas possíveis complicações. Deste modo cabe aos mesmos orientá-los a desenvolver habilidades de autocuidado para que sejam capazes de manejar a doença e assim manter um bom controle metabólico.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1. Tipo de estudo

A pesquisa desenvolvida consiste em um estudo descritivo e transversal, a fim de obter resultados, esclarecer o problema e os objetivos propostos. Segundo Gil (2011), as pesquisas descritivas objetivam a descrição das características de determinada população. Podem ser elaboradas também com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis. Dentre as suas particularidades, predominam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental.

Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em determinado ponto do tempo, os fenômenos estudados serão obtidos durante um período de coleta de dados. Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever o estado de fenômeno ou relações entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK, 2011).

### 4.2. Local e realização do estudo

O município de Ipiranga do Piauí possui dez Unidades Básicas de Saúde cadastradas e distribuídas nas zonas urbana e rural, destas, 2 pertencem a zona urbana e 8 a zona rural. A pesquisa foi conduzida exclusivamente na zona urbana da cidade devido a facilidade de deslocamento da acadêmica optando assim pela exclusão da zona rural onde há dificuldade no acesso apresentando dificuldade geográfica de efetuar a coleta em tempo hábil. O presente estudo foi realizado no período de março a dezembro de 2015.

Ipiranga é uma cidade da região Sudeste Piauiense e situa-se a 50 km a Norte-Oeste da microrregião de Picos que é considerada a maior cidade dos arredores. Antigamente chamava-se Buriti e obteve autonomia política no ano de 1960. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, o município possui uma área total 527,7 km<sup>2</sup> e uma população de 9.327 habitantes.

### 4.3. População e amostra

A população foi estimada através das consultas aos prontuários das UBS escolhidas, a qual foi composta por 149 pessoas com DM2 de ambos os sexos e cadastrados no programa

Hiperdia, destas ficaram 60 pessoas como amostra final de acordo com os critérios de inclusão e exclusão mencionados abaixo. A partir do resultado final da amostra observou-se que houve 2 recusas, 1 não respondia aos critérios de inclusão, 4 estavam viajando no período da coleta, 3 não compareceram aos encontros e 79 eram idosos.

Critérios de inclusão:

- ✓ Ter idade de 20 e 59 anos;
- ✓ Residir na zona urbana;
- ✓ Participar de todas as etapas necessárias à pesquisa;
- ✓ Pessoas cujo tratamento medicamentoso era a insulina, antidiabético oral e/ou associações;
- ✓ Possuírem ausência de complicações crônicas em estágio avançado.

Critérios de exclusão:

- ✓ Pessoas impossibilitadas de realizar as atividades de autocuidado (acamado e/ou cadeirante, dependente de oxigênio, entre outros);
- ✓ Pessoas incapazes de comunicar-se verbalmente;

#### 4.4. Variáveis do estudo

As variáveis abordadas neste estudo foram agrupadas em sociodemográficas, clínicas, hábitos de vida, dificuldades relacionadas ao tratamento da doença e atividades de autocuidado com o DM2.

##### 4.4.1. Variáveis sociodemográficas

- ✓ **Sexo:** foram considerados os sexos, masculino e feminino;
- ✓ **Idade:** autodeclarada em anos;
- ✓ **Estado civil:** foram consideradas as seguintes opções: viviam com companheiro e sem companheiro;
- ✓ **Religião:** Consideradas as religiões católica, evangélicas e outras;
- ✓ **Escolaridade:** Consideradas a escolaridade conforme o nível educacional: analfabeto, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior.
- ✓ **Profissão/ocupação:** foram consideradas de acordo com as categorias: trabalham e não trabalham;

- ✓ **Número de pessoas na residência:** número autorreferido de pessoas que moram com o participante do estudo;
- ✓ **Renda familiar:** foi considerado o valor em reais - para qualificar esta variável foi analisada a razão entre a renda familiar e o número de pessoas que mora na residência (renda *per capita*).

#### 4.4.2 Variáveis clínicas

**Pressão Arterial (PA):** Para realização da aferição da PA foram consideradas as normas de acordo com o preconizado pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010). A PA foi medida com o esfigmomanômetro aneroide da marca prêmios, devidamente calibrado e braçadeira adequada para idade, o procedimento foi explicado ao paciente e colocado em repouso por cinco minutos em ambiente tranquilo, foi certificado se o paciente estava com a bexiga cheia, se ingeriu bebidas alcoólicas, se realizou atividade física nos últimos 60 minutos e se fumou durante 30 minutos anteriores. O paciente foi colocado na posição sentada com as pernas descruzadas, pés apoiados no chão e relaxado. O braço do participante estava a altura do nível do ponto médio do esterno, livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo fletido. Para qualificar essa variável, foram considerados como valores normais a pressão arterial sistólica (PAS) < que 130mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) < que 85mmHg e hipertensão, PAS  $\geq$  140 e PAD  $\geq$  90 (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

**Glicemia casual:** A glicemia casual foi obtida através do teste usando um glicosímetro e tiras específicas para medir e obter o valor. Foi realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições. Para qualificar essa variável foi considerado como alterado os valores  $\geq$  a 200 mg/dl (SBD, 2015).

**Circunferência abdominal (CA):** A CA foi obtida usando uma fita métrica flexível e inelástica que ficou posicionada acima da cicatriz umbilical com o abdome despido. Para considerar essa variável foram utilizados os valores que classificam como obesidade abdominal CA  $\geq$  88 cm para mulheres e CA  $\geq$  102 cm para homens (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

**Peso e altura:** foram considerados os pesos em quilogramas (kg) e altura em metros (m). Para qualificar o peso foi usada uma balança digital portátil, com capacidade máxima de 136 kg e sensibilidade em 100g, onde o participante ficou no centro do equipamento, descalço

e ereto. Após ficar na posição indicada foi feita a leitura depois que o valor esteve fixado no visor. Em seguida foi anotado o valor obtido sem arredondamentos.

A altura foi medida através de uma fita métrica inelástica com escala de até 2,0 m, que ficou fixada na parede. Os participantes foram orientados a ficar eretos e imóveis, com a mão espalmada sobre a coxa e com a cabeça ajustada ao plano de Frankfurt (ARAÚJO, 2010).

**Índice de massa corporal (IMC):** é considerado o peso (kg) dividido pela altura ao quadrado (m<sup>2</sup>). Os resultados obtidos do IMC foram considerados como normais (IMC entre 18,5kg/m<sup>2</sup> e 24,9kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (IMC  $\geq$  que 30Kg/m<sup>2</sup>) ( WHO, 2004).

#### 4.4.3. Variáveis relacionadas aos hábitos de vida

- ✓ **Etilismo:** foi considerado o consumo ou não do álcool, classificado em consome ou não consome;
- ✓ **Atividade física:** foi considerada a realização ou não de atividade física, classificado com pratica ou não pratica.

#### 4.4.4. Variáveis relacionadas às dificuldades enfrentadas pelos adultos jovens com DM2

Para avaliar as dificuldades apresentadas pelas pessoas com DM2 foi utilizado um formulário contendo perguntas associadas às seguintes variáveis: medo, tempo do diagnóstico, tipo de tratamento, uso de medicações, a doenças associadas, aplicação da insulina, seguimento da dieta, realização de atividades físicas, complicações da doença, doença crônica associada e apoio familiar, onde foram consideradas as respostas como sim ou não e suas justificativas.

#### 4.4.5. Atividades de autocuidado com o DM2

As atividades de autocuidado foram avaliadas através do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD) (APÊNDICE B), versão traduzida e adaptada para a cultura brasileira por Michels *et al.* (2010) do instrumento *Summary of Diabetes Self-Care Activities* (SDSCA) de Toobert; Hampson; Glasgow (2000). Esse questionário foi analisado pela pesquisadora e instrumentado de modo a facilitar a avaliação dos participantes do estudo e a tabulação dos dados posteriormente. O QAD possui seis dimensões e 15 itens de avaliação do autocuidado com o diabetes: Alimentação (geral e específica), atividade física,

uso da medicação, monitorização da glicemia, cuidado com os pés. Além disso, possui outra dimensão para avaliação do tabagismo. As dimensões representam atividades diferentes do tratamento do diabetes.

Para analisar a aderência dos participantes da pesquisa foram parametrizadas perguntas relacionadas aos últimos sete dias da semana, que foram classificadas com sim ou não em alguns itens e no que se refere ao tabagismo, foi classificada considerando-se a quantidade de fumantes, a média de cigarros consumidos e a última vez que fumou, sendo o questionário aplicado pela própria pesquisadora.

#### 4.5. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto a outubro de 2015 por meio de um formulário e um questionário, o primeiro contendo variáveis sociodemográficas, clínicas, hábitos de vida e as dificuldades relacionadas ao tratamento da doença (APÊNDICE A), os quais foram elaborados pela pesquisadora com base na literatura vigente. Também foi aplicado o QAD (APÊNDICE B) para avaliar os participantes da pesquisa quanto às atividades de autocuidado com o DM.

Para realização da coleta de dados a pesquisadora foi às UBS escolhidas nos dias das consultas de Hiperdia (Programa de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos) para entrevistar a população cadastrada. Houve um contato prévio com as enfermeiras e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das unidades de saúde, que colaboraram convidando a população a comparecer aos encontros do HIPERDIA. Antes da coleta foram apresentados a pesquisa, os riscos e benefícios e esclarecido quanto à voluntariedade de participar da pesquisa. As entrevistas foram individuais e realizadas em uma sala privativa para garantir a privacidade do participante.

#### 4.6. Análise dos dados

Inicialmente os dados foram colocados em planilha do Microsoft Excel 2010 e posteriormente processados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. A análise dos dados considerou a estatística analítica e os resultados dispostos em tabelas.

#### 4.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) conforme número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 47991215.6.0000.5214 (ANEXO A). A realização do estudo seguiu todos os princípios éticos que rege pesquisas envolvendo seres humanos conforme regulamentado pelo dispositivo da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

As pessoas que concordaram em participar da pesquisa foram assegurados a privacidade e o anonimato, antes da realização das entrevistas. Foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) no qual continha informações detalhadas sobre o estudo e a liberdade de desistir dele a qualquer momento, onde foram assinados pelo participante e pesquisador, após a concordância.

- ✓ **Riscos:** O preenchimento destes formulários não representa qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. No entanto, na realização do exame físico não apresentarão nenhum desconforto e nem danos a sua integridade física, porém foram garantidos a proteção de sua imagem quanto à realização antropométrica onde a avaliadora e o participante ficou em sala individual.
- ✓ **Benefícios:** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, além de permitir que os profissionais realizassem uma auto avaliação de seu desenvolvimento nas atividades de autocuidado, a fim de aperfeiçoar seu conhecimento e melhorar suas condutas, contudo essa pesquisa não trará benefícios diretos para o participante.

## 5. RESULTADOS

Participaram do estudo 60 adultos jovens, com idade de 20 a 59 anos. Na tabela 1 serão apresentados os resultados referentes às seguintes variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, religião, escolaridade, profissão/ocupação, número de pessoas na residência, renda familiar).

**TABELA 1.** Caracterização da amostra de acordo com os dados sociodemográficos. Ipiranga do Piauí- PI, 2016.

<b>Variáveis</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	39	65
Masculino	21	35
<b>Idade (anos)</b>		
29 – 45	15	25
46 – 54	24	40
55 – 59	21	35
<b>Estado civil</b>		
Com/companheiro (a)	34	56,7
Sem/ companheiro (a)	26	43,3
<b>Religião</b>		
Católico	47	78,3
Evangélico/outros	13	21,7
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	8	13,3
Fundamental	34	56,7
Médio/superior	18	30,0
<b>Profissão/ocupação</b>		
Trabalha	16	26,7
Não trabalha	44	73,3
<b>Numero de pessoas na residência</b>		
Até 2	18	30,0
3 a 4	29	48,3
5 a 12	13	21,7
<b>Renda familiar (em salários mínimos)*</b>		
<1	15	25,0
1	21	35,0
1,1 – 8	24	40,0

\*Salário mínimo: R\$ 880,00 (Reajuste referente a Janeiro de 2016)

A tabela 1 mostrou uma prevalência de adultos do sexo feminino (65%) e uma quantia expressiva das pessoas que vivem com companheiro (56,7%). Ainda, observou-se a maioria da idade (40,0%) dos adultos, assim como o predomínio da religião católica (78,3%) sendo este um valor bem significativo da amostra estudada. Nota-se que a escolaridade da

maioria das pessoas pesquisadas é de nível fundamental (56,7%), sendo que a maior parte destas não trabalha (73,3%).

Em relação ao número de pessoas que moram com o participante do estudo percebe-se que varia de 3 a 4 pessoas e que a renda da maioria das famílias é de apenas 1 salário mínimo.

Na tabela a baixo serão listados dados referente às variáveis clínicas dos participantes, tais como a pressão arterial sistólica e diastólica, a glicemia capilar, a circunferência abdominal e o índice de massa corporal.

**TABELA 2.** Caracterização da amostra de acordo com as variáveis clínicas. Ipiranga do Piauí - PI, 2016.

Variáveis	F	%
<b>Pressão Arterial Sistólica</b>		
≤130	42	70,0
131-140	10	16,7
>140	8	13,3
<b>Pressão Arterial Diastólica</b>		
≤80	40	66,7
81-90	14	23,3
>90	6	10,0
<b>Glicemia capilar</b>		
≤ 200	14	23,9
>200	46	76,1
<b>Circunferência abdominal</b>		
<b>Homens</b>		
< ou = 102	13	61,8
>102	8	38,2
<b>Mulheres</b>		
< ou = 88	14	36,1
> 88	25	63,9
<b>IMC</b>		
Baixo	8	13,3
Eutrófico	17	28,3
Sobrepeso	18	30,0
Obesidade	17	28,3

Ao analisar a tabela 2, observa-se a prevalência dos valores normais da pressão arterial sistólica (70,0%) e dos valores desejáveis da pressão arterial diastólica (66,7%).

Ao observar o nível glicêmico da população estudada percebe-se a predominância de valores elevados (76,1%), pois mostra que a população está com maiores chances de desenvolver complicações do DM2 por não manterem os níveis glicêmicos controlados.

Ao avaliar a circunferência abdominal dos participantes do estudo, observa-se que os homens possuem CA dentro dos padrões de normalidade (61,8%), diferente das mulheres cuja

maioria (63,9%) apresenta CA aumentada. Já o valor do IMC que mais se destacou foi de indivíduos em sobrepeso (30,0%).

A tabela 3 apresenta variáveis referentes aos hábitos de vida da amostra, cujo serão enfatizados o consumo ou não de bebidas alcoólicas, bem como a prática de atividade física.

**TABELA 3.** Caracterização da amostra de acordo com os hábitos de vida. Ipiranga do Piauí - PI, 2016.

Variáveis	F	%
<b>Usa bebida alcoólica</b>		
Sim	10	16,7
Não	50	83,3
<b>Pratica atividade física</b>		
Sim	26	43,3
Não	44	56,7

Ao verificar os hábitos de vida dos participantes do estudo notou-se maior frequência do número de pessoas que não fazem uso de bebidas alcoólicas (83,3%). Enquanto o número de pessoas que não praticam atividade física também se destacou apresentando uma frequência de 56,7%.

Na tabela seguinte tabulou-se a frequência das variáveis referentes às dificuldades relacionadas ao tratamento do DM2 com intuito de apresentar as características dos participantes inclusos na pesquisa.

**TABELA 4.** Caracterização da amostra de acordo com as dificuldades enfrentadas pelos adultos jovens com DM2. Ipiranga do Piauí - PI, 2016<sup>1</sup>.

Variáveis	F	%
<b>Quanto tempo tem o diagnóstico de DM2 (em anos)</b>		
1-3	23	38,3
4-8	18	30,0
9-30	19	31,7
<b>Teve medo do diagnóstico</b>		
Sim	24	40,0
Não	36	60,0
<b>Faz tratamento para o DM</b>		
Sim	58	96,7
Não	2	3,3
<b>Tipo de tratamento</b>		
Medicamentoso	56	94,9
Não - medicamentoso	3	5,1
<b>Tem dificuldade em aderir ao tratamento medicamentoso</b>		
Sim	6	10,0
Não	54	90,0
<b>Se sim, quais motivos?</b>		
Esquecimento	2	3,3

Continuação das informações referente à **TABELA 4.** Caracterização da amostra de acordo com as dificuldades enfrentadas pelos adultos jovens com DM2. Ipiranga do Piauí - PI, 2016.

	2	3,3
Não se dar bem		
Falta de tempo	1	1,7
Não receber nenhum benefício	1	1,7
Não respondeu	54	90,0
<b>Usa insulina</b>		
Sim	5	8,3
Não	55	91,7
<b>Tem dificuldade na aplicação da insulina</b>		
Não	5	8,3
Não respondeu	55	91,7
<b>Segue dieta adequada</b>		
Sim	28	46,7
Não	32	53,3
<b>Se sim, quais motivos</b>		
Melhorar a saúde	7	11,7
Medo das complicações	5	8,3
Evitar complicações	4	6,7
Manter glicemia controlada	12	20,0
Não responde	32	53,3
<b>Sente dificuldade em realizar atividade física</b>		
Sim	9	15,0
Não	51	85,0
<b>Se sim, quais motivos</b>		
Dor nos MMII	4	6,7
Dor lombar	1	1,7
Dispneia	1	1,1
Dificuldade de locomoção	2	3,3
Desvio da coluna	1	1,7
Não respondeu	51	85,0
<b>Tem alguma complicação da doença?</b>		
Sim	3	5,0
Não	57	95,0
<b>Se sim, quais complicações?</b>		
Pé diabético	1	1,7
Pé diabético e nefropatia	1	1,7
Não respondeu	58	96,7
<b>Possui outra doença crônica?</b>		
Sim	38	63,3
Não	22	36,7
<b>Quais?</b>		
Hipertensão	32	53,3
Asma	1	1,7
AVC	1	1,7
Hipertensão e AVC	1	1,7
Hipertensão e IAM	2	3,3
Hipertensão e bronquite	1	1,7
Não respondeu	22	36,7
<b>Tem apoio da família para ajudar no tratamento da doença</b>		
Sim	46	76
Não	14	23,3

Continuação das informações referente à **TABELA 4**. Caracterização da amostra de acordo com as dificuldades enfrentadas pelos adultos jovens com DM2. Ipiranga do Piauí - PI, 2016.

<b>Se não, a ausência dificulta o tratamento?</b>		
Sim	3	5,0
Não	10	16,7
Não respondeu	47	78,3

Ao analisar as dificuldades relacionadas ao tratamento da doença, mostrou-se que o tempo diagnóstico dos entrevistados variou de 3 a 4 anos, sendo que 60,0% não tiveram medo do diagnóstico.

A maioria desses indivíduos fazem tratamentos (96,7%), medicamentosos (94,9%) e não sentem dificuldade em aderir ao mesmo (90,0%). Quanto ao uso de insulina, um número bem significativo (91,7%) não faz uso. Sobre a dieta, 53,3% das pessoas não seguem a dieta adequada, no entanto, das pessoas que seguem o principal motivo é manter a glicemia controlada (20,0%).

Dentre os principais motivos de não realização da atividade física o que mais se destaca é o relato de dores nos membros inferiores (6,7%), sendo que a maior parte (85,0%) das pessoas ficou sem responder por não apresentar nenhuma queixa.

Outro aspecto que se destaca é o número de pessoas que não possuem complicações da doença (95,0%), porém, possuem outra doença crônica (63,3%), sendo a mais prevalente a hipertensão arterial (53,3%). Dentre os indivíduos entrevistados, 76,7% contam com o apoio da família para ajudar no tratamento e aproximadamente 16,7% relataram sentir dificuldade de adesão por não ter esse apoio familiar.

Na tabela a baixo serão listadas os itens do QAD de forma a analisar o percentual de atividades de autocuidado realizados pela população estudada.

**TABELA 5** – Avaliação dos itens do Questionário de Atividade de Autocuidado com o Diabetes da amostra estudada. Ipiranga do Piauí - PI, 2016<sup>2</sup>.

<b>Itens do QAD</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>1. Seguiu uma dieta saudável.</b>		
Sim	33	55,0
Não	27	45,0
<b>2. Seguiu orientação alimentar dada por um profissional de saúde.</b>		
Sim	23	38,3
Não	37	61,7
<b>3. Comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais.</b>		
Sim	40	66,7
Não	20	33,3

Continuação das informações referente à **TABELA 5** – Avaliação dos itens do Questionário de Atividade de Autocuidado com o Diabetes da amostra estudada. Ipiranga do Piauí - PI, 2016.

<b>4. Comeu carnes vermelhas ou alimentos como leite integral.</b>		
Sim	38	63,3
Não	22	36,7
<b>5. Comeu doces.</b>		
Sim	20	33,3
Não	40	66,7
<b>6. Praticou atividade física por pelo menos 30 minutos.</b>		
Sim	22	36,7
Não	38	63,3
<b>7. Praticou exercício físico específico (caminhar, nadar...).</b>		
Sim	21	35,0
Não	39	65,0
<b>8. Avaliou o açúcar no sangue.</b>		
Sim	14	23,3
Não	46	76,7
<b>9. Avaliou o açúcar no sangue o numero de vezes recomendado.</b>		
Sim	16	26,7
Não	44	73,3
<b>10. Examinou os pés.</b>		
Sim	26	43,3
Não	34	56,7
<b>11. Examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los.</b>		
Sim	28	46,7
Não	32	53,3
<b>12. Secou os espaços entre os dedos dos pés, depois de lavá-los.</b>		
Sim	40	66,7
Não	20	33,3
<b>13. Tomou seus medicamentos do diabetes conforme o recomendado.</b>		
Sim	55	91,7
Não	5	8,3
<b>14. Tomou injeções de insulina conforme recomendado.</b>		
Sim	4	6,7
Não	56	93,3
<b>15. Tomou o número indicado de comprimido do diabetes.</b>		
Sim	46	76,7
Não	14	23,3
<b>16. Fumou</b>		
Sim	15	25,0
Não	45	75,0
<b>17. Quantos cigarros</b>		
0		
1	1	1,7
3	3	5,0
5	3	5,0
10	3	5,0
15	3	5,0
30	2	3,3
<b>18. Quando fumou seu último cigarro</b>		
Nunca fumou	19	31,7

Continuação das informações referente à **TABELA 5** – Avaliação dos itens do Questionário de Atividade de Autocuidado com o Diabetes da amostra estudada. Ipiranga do Piauí - PI, 2016.

Há mais de dois anos atrás	19	31,7
Um a dois anos atrás	2	3,3
Quatro a dose meses atrás	3	5,0
Um a três meses atrás	1	1,7
No ultimo mês	2	3,3
Hoje	13	21,7

\*itens relacionados aos últimos sete dias da semana

Em relação à tabela 5, as pessoas que participaram do estudo referiram seguir uma dieta saudável, onde a maioria (55,0%) seguiu durante os últimos 7 dias da semana. Esse número recai (38,3%) quando perguntado se tiveram orientação alimentar dada por um profissional da saúde. A maioria (66,7%) comeu 5 ou mais porções de frutas e/ou vegetais nos últimos 7 dias da semana; 63,3% e 66,7% da quantidade de pessoas com DM2 consumiram carne vermelha e os derivados do leite e não comeram doces, respectivamente.

Em relação à atividade física, observa-se que a maioria não pratica atividade física por pelo menos 30 minutos (63,3%) e não praticou nenhum tipo específico de atividade física (65,0%) durante os últimos 7 dias da semana. No item sobre “avaliar o açúcar no sangue” a maioria respondeu que não (76,7%) avaliou, 73,3% relataram não avaliar o número de vez recomendado (Tabela 5).

Ainda na tabela 5, nota-se a prevalência do não (56,7%) sobre “examinar os pés”, (53,3%) “examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los” e no item sobre “secar os espaços entre os dedos dos pés após lavá-los” a maioria respondeu que sim (66,7%) nos últimos 7 dias da semana.

Sobre “tomar o medicamento do diabetes conforme o recomendado” um número bem significativo respondeu que sim (91,7%). A maioria respondeu não (93,3%) para o item “tomou a injeção de insulina conforme recomendado”, devido a esse percentual não fazer o uso da insulina. E quanto ao item “tomar o número indicado de comprimido do diabetes” houve predomínio do sim (76,7%) relacionado aos últimos 7 dias da semana (Tabela 5).

Ao mencionar o tabagismo, observa-se que 75,0% das pessoas do presente estudo referiram não ter fumado nos últimos 7 dias, enquanto 25,0% alegaram fumar de 1 a 30 cigarros nos últimos 7 dias. No item sobre “quando fumou seu ultimo cigarro” 31,7% afirmaram nunca ter fumado, valor esse igual aos que afirmam ter fumado há mais de dois anos atrás nos últimos 7 dias da semana (Tabela 5).

## 6. DISCUSSÃO

Em relação ao sexo, observou-se a predominância do sexo feminino (65,0%) semelhança observada em outros estudos desenvolvidos com portadores de DM2 (COELHO, 2013; RODRIGUES et. al., 2011; ROCHA; FILHO, 2015). Podemos observar ainda no estudo de ARAUJO et. al., (2010) que pesquisou pessoas diabéticas em Unidades Básicas de Saúde da cidade de Sobral - CE, onde através de visitas domiciliares constatou uma prevalência ainda maior do sexo feminino (87,3%).

Essa prevalência do sexo feminino pode ser observada devido a esse público se preocupar mais consigo mesmo e ter mais interesse em procurar o serviço de saúde ao contrário do sexo masculino cujo são mais restritos a procurar o serviço.

A idade que prevaleceu nesse estudo é diferente do resultado no estudo de Ramos e Ferreira (2011) que obteve apenas 20% da faixa etária semelhante a essa pesquisa. E com isso, observa-se que essa faixa etária é pouco distribuída em pesquisas e nota-se ainda no estudo de Rodrigues et al. (2011) que o predomínio da idade é analisado de forma ampla ao comparado com a faixa etária delimitada desse estudo.

Deste modo, a idade é considerada um fator que interfere nas necessidades de saúde durante a vida. Portanto, é uma variável importante na avaliação da capacidade de autocuidado, quando da proposição da educação em diabetes para o manejo da doença e, conseqüentemente, é variável relevante que pode influenciar a adesão ao tratamento indicado (BAQUEDANO et al., 2010).

No resultado da pesquisa de Maia (2015), o estado civil mais predominante corresponde a pessoas que vivem com companheiro (52,3%), percentual semelhante ao observado no presente estudo (56,7%).

Sobre a religião, a católica se destaca por apresentar mais da metade (78,3%) do número de pessoas com DM2 que a seguem, esse dado é reduzido (65,7%) quando comparado ao estudo de Baquedano et al.(2010). No que refere-se à crença religiosa, ao analisarmos relacionada as atividades de autocuidado, deve-se considerar e respeitar a escolha de cada pessoa, pois cada pessoa tem sua devoção, hábitos e costumes consagrados. Desse modo, o desempenho para realização dessas atividades pode ficar restrito, no entanto faz-se necessário que os profissionais de saúde busquem a melhor maneira para que essas pessoas se responsabilizem com seu próprio cuidado.

Em relação à escolaridade o ensino fundamental predomina com 56,7% onde a maioria é representada com baixo grau de instrução, em concordância com o estudo realizado

em Ribeirão Preto sobre o Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de Atenção Básica a Saúde (59,0%) onde apresentou-se também com baixa escolaridade (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

Com isso, frente à complexidade do DM2, a variável escolaridade deve ser considerada dentro do planejamento de programas de educação em diabetes visando o desenvolvimento de habilidades de autocuidado. Nessa vertente, os profissionais de saúde devem analisar essa variável e buscar diferentes e inovadas estratégias de ensino, que sejam capazes de mobilizar os indivíduos com diabetes na busca de seu autocuidado (BAQUEDANO et al., 2010).

Nos dados dessa pesquisa referente à ocupação, observa-se que a maioria (73,3%) das pessoas com DM2 não trabalham, esses dados é similar ao estudo de Maia (2015) por apresentar valores equivalentes (77,5%). Partindo dessa premissa, essas pessoas dispõem de mais tempo para cuidar de sua saúde e assim procurar os serviços que lhes são ofertados para que, com a ajuda do profissional sejam guiados a adquirir um bom controle metabólico.

Quanto ao percentual de moradores que residem com o participante do estudo, a presente pesquisa apresenta a ocorrência de 48,3% dessas pessoas. Esse resultado é reduzido (46,1%) ao comparar com o percentual do estudo de Sampaio (2012) realizado na cidade de Fortaleza-CE.

No que tange à renda familiar nesse estudo as pessoas com DM2 dispõem de mais de um salário mínimo (40%), valor esse não muito relevante ao observar a porcentagem dos outros valores desta pesquisa. Ainda, ao confrontar esses resultados com o de Rodrigues et al. (2011) percebe-se que há uma porcentagem ainda maior (77,2%) de pessoas que recebem menos que esse valor. Deste modo, compreende-se que o autocuidado dessas pessoas com DM2 não é eficaz, por não manterem um estilo de vida saudável, fator esse é evidenciado devido a essa baixa renda que dificulta de forma direta no tratamento da doença. Ainda, vale ressaltar a importância da Estratégia Saúde da Família nesse contexto, por apresentar soluções que possam facilitar o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, acompanhando essas famílias de baixa renda evitando que elas sejam expostas aos riscos sociais.

Os achados obtidos nessa pesquisa mostram ainda que os adultos estão com excesso de peso, que compreende o sobrepeso (30,0%) e a obesidade (28,3%). Contudo, esses resultados podem ser comparados com os de Ortiz et al. (2010) por apresentar também IMC elevado (36,7% e 56,1%).

O aumento da obesidade é uma realidade não apenas no Brasil, mas praticamente em todos os países do mundo, em todas as faixas de idades e em ambos os sexos. Nos casos de

pessoas que apresentam sobrepeso, mas sem comorbidades, as equipes de Atenção Básica devem organizar, com estas pessoas, planos de cuidado para retornar à faixa de IMC normal. Esta ação deve ser realizada preferencialmente em grupos operativos de forma a otimizar a oferta do cuidado, levando em conta as evidências que comprovam os melhores resultados deste tipo de ação, e também a alta prevalência de excesso de peso da população adulta, o que provocaria grande demanda de atendimentos individuais. (BRASIL, 2014b)

Nessa pesquisa buscou-se ainda investigar a média da circunferência abdominal da população em estudo, cujos valores encontrados estão dentro dos parâmetros normais quando referido ao sexo masculino (61,8%), e considerados alterados para o sexo feminino (63,9%). No estudo de Coelho (2013) o valor da CA para as mulheres se assemelham ao presente estudo (92,2%), enquanto para os homens são diferentes (32,0%).

Outro elemento fundamental é a hipertensão arterial que pode está associada ao DM2. Quanto aos valores da pressão arterial desse estudo, foram considerados como dentro do padrão de normalidade apresentando 70,0% da pressão arterial sistólica e 66,7% da pressão arterial diastólica. Contudo, no estudo de Arreias et al. (2015) só assemelha-se a este os valores da PAD (56,6%) enquanto diferencia o valor da PAS (28,3%) por apresentar-se alterado. A hipertensão é fator preocupante para a população, pois ela ainda está geralmente associada a outros fatores de risco cardiovasculares e metabolicamente associada à dislipidemia, a intolerância a glicose, a obesidade central e ao IMC elevado (OLIVEIRA; ZANETTE, 2011).

De acordo com os dados do estudo, a glicemia capilar é predominantemente elevada (76,1%). Isso implica há necessidade de mudanças nos hábitos de vida desses indivíduos e melhores adesões às praticam de autocuidado, de modo a reverter esse quadro e melhorar sua condição de saúde.

Para Chaves, Teixeira e Silva (2013) o monitoramento domiciliar da glicemia é uma das condutas para o autocuidado reconhecido pela AAED (American Association of Diabetes Educadores), sendo uma das mais importantes ações dentro do tratamento do DM. As recomendações para o controle domiciliar das pessoas com diabetes incluem automonitorização da glicemia capilar, uso de insulina, alterações dietéticas e realização de atividades físicas, a fim de manter os níveis glicêmicos. Assim, é dever dos profissionais da saúde capacitar e dar suporte à pessoa com diabetes para o autocontrole domiciliar.

Em relação ao uso de bebidas alcoólicas, 83,3% das pessoas com DM2 referiram não fazer uso do mesmo. Esse valor é similar a outro estudo onde refere que apenas 19,8% fazem uso do álcool (GOMES-VILAS BOAS et al., 2012). Com isso, observa-se que a população

relata fazer pouco uso do álcool de modo a mostrarem que esse consumo excessivo pode trazer prejuízos para sua saúde interferindo assim em seu tratamento.

Então, além dos efeitos que a bebida em si proporciona os indivíduos que abusam de álcool, costumam apresentar dificuldade para uso regular das medicações, fato este estimulado pela crença de que após o consumo de bebidas alcóolicas não se pode fazer o uso de medicamentos. Importante ressaltar também que os episódios de abuso excessivo de álcool podem levar a descompensações agudas e crônicas, sendo necessárias intervenções clínicas (BRASIL, 2014a).

Outro fator de risco que mostra cada vez mais está presente em adultos nesse estudo é o sedentarismo. Ao analisar a prática de atividade física dos entrevistados, notou-se que 56,7% relatam ser inativos. Essa pesquisa aproxima-se ao resultado do estudo de Rodrigues et al., (2011) onde 71,4% dos entrevistados são declarados como sedentários.

Assim, a SBD (2015) discorre que o exercício físico é considerado um importante aliado no tratamento do diabetes, atuando sobre o controle glicêmico e sobre outros fatores de comorbidades, como a hipertensão e a dislipidemia, e reduzindo o risco cardiovascular.

Nessa pesquisa, o tempo de diagnóstico referido pelos entrevistados corresponde a 38,3% das pessoas que descobriram até os últimos 3 anos, e relataram também não ter medo do diagnóstico (60,0%). Essa pesquisa corrobora com o estudo realizado em Belém-Pará que avalia os Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2 (RAMOS; FERREIRA, 2011).

Estudos ainda tem demonstrado que, na maioria dos casos, o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 é realizado de forma tardia e que existe um subdiagnóstico dessa doença. Na maioria dos casos, quando é diagnosticado, o paciente já apresenta algum tipo de complicação (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011). Assim, mostra-se preocupante o número de casos que são diagnosticados tardiamente.

No que se refere à perspectiva de vida dos indivíduos dessa pesquisa, a maioria (96,7%) faz tratamento para o diabetes. Dentre as formas de tratamento dos indivíduos com DM2, foi prevalente o tratamento medicamentoso (93,3%) dessas pessoas que faziam uso de hipoglicemiantes orais, sendo esse um número equivalente a outro estudo que mostraram uma frequência de 95,7% (RODRIGUES et al., 2011; GOMES-VILLAS BOAS et al., 2012). Ainda sobre o tratamento da doença, 90,0% dos indivíduos desse estudo relataram não ter dificuldade na adesão do mesmo, mas dos que referiram dificuldade (10%) os principais motivos são: esquecimento, não se dar bem, falta de tempo e não receber nenhum benefício.

Com isso, Oliveira e Zanetti (2011), discorrem que a adesão ao tratamento é o maior desafio da equipe multiprofissional no atendimento ao usuário com DM2 e que essa adesão implica no cumprimento do plano alimentar, a realização de atividade física, das medicações prescritas, nos horários solicitados e nas doses certas, além do comparecimento às consultas médicas, realização de exames laboratoriais e a participação no Hiperdia.

No que se refere à dieta, a educação alimentar é um dos pontos primordiais no tratamento do DM, sem uma alimentação adequada, não é possível um bom controle metabólico.

Apesar disso, verificou-se nessa pesquisa, que aproximadamente 53,3% da amostra estudada não seguem a dieta recomendada, e daqueles que aderem a essa dieta destacam-se apenas os que querem manter a glicemia controlada (20,0%). Ainda nessa pesquisa, nota-se que a maioria (85,0%) não apresenta dificuldade em realizar atividade física, porém alguns relatam sentir dores nos membros inferiores (6,7%) dificultando assim a realização do exercício físico. O estudo de Pereira et al. (2012) assemelha-se ao estudo proposto, visto que foi perceptível a não prática de atividade física assim como a dificuldade de realização do mesmo devido as dores advindas de comorbidades. Com isso, observa-se que os usuários tem uma enorme resistência em realizá-la.

Deste modo, as mudanças no estilo de vida representam uma grande dificuldade para as pessoas, especialmente quando se trata de seguir uma dieta e praticar exercícios físicos (GOMES-VILLAS BOAS et al., 2011).

Outros fatores importantes que se destaca nessa pesquisa estão relacionadas as pessoas com DM2 que relataram não possuir alguma complicação da doença (95,0%), mas que aproximadamente 63,3% dessas pessoas referiram possuírem outra doença crônica, dentre elas destaca-se a hipertensão arterial (53,3%) por apresentar maior prevalência. Ao confrontar esses dados com o de Sampaio (2012) observa-se também que essa prevalência (89,1%) é ainda maior desses indivíduos hipertensos.

Assim, o apoio familiar tem sido descrito como fator essencial para o estímulo ao autocuidado com os usuários diabéticos a fim de cooperar com seu tratamento e ajudar a controlar as complicações. No estudo realizado por Pereira et al. (2012) a participação da família foi incentivada através de atividades educativas, com a finalidade de conseguir essa interação familiar em qualquer processo educativo que ocorra fora de ambientes domiciliares, pois não é comum que os familiares acompanham e se envolvam nos cuidados da pessoa diabética apresentado assim um grande desafio.

Com base no que foi mencionado acima, o apoio da família (76,7%) nesse estudo contradiz o autor acima, no que se refere a terem apoio familiar para ajudar no tratamento do DM. Isso é demonstrado quando os usuários desta pesquisa mencionaram não terem ajuda familiar e ainda ressaltam que a ausência não dificultaria o tratamento.

Ao que se refere às variáveis de autocuidado foram analisadas considerando os últimos sete dias da semana, cujos valores foram representados como sim ou não, de acordo com a adaptação feita do estudo de Michels et al. (2010) para facilitar a leitura e compreensão dos resultados.

Os itens do QAD serão interpretados de forma detalhada conforme cada dimensão. Para analisar a aderência dos itens do QAD foram avaliados de acordo com o comportamento em dias por semana, por tanto os escores de cada item variam de 0 a 7, sendo que os maiores escores indicam melhores resultados. Nos itens da alimentação específica, os valores foram invertidos (se 7=0, 6=1, 5=2, 4=3, 3=4, 2=5, 1=6, 0=7 e vice versa), como sugerido no SDSCA revidado (MICHELS et al., 2010; COELHO, 2013; COELHO et al., 2015). Esses dados serão usados para comparar estudos que utilizaram esse mesmo instrumento.

Ao referir-se à alimentação, a maioria (55,5%) disse “seguir uma dieta saudável”. No estudo de Coelho et al. (2015) observou-se a prevalência da média de 5,0 dias/ semana, da população que também seguem uma dieta saudável, valor esse considerado significativo por apresentar-se próximo da média mais favorável, esses dados apresentam certa dificuldade de avaliação devido a essa comparação, mas espera-se que seja compreendido por todos.

Entretanto, a educação alimentar é um dos pontos primordiais no tratamento do DM. Sem uma alimentação adequada, não é possível um bom controle metabólico. Contudo, as pessoas com DM e os profissionais da saúde relatam que modificar os hábitos alimentares é um dos aspectos mais desafiadores do autocuidado (SBD, 2014a).

No item sobre “seguir orientação dada por um profissional de saúde”, o presente estudo obteve um número expressivo (61,7%) de indivíduos que relataram não seguir nenhuma orientação. Percentual semelhante ao estudo de Jesus (2012), cuja média foi de 3,8 dia/semana, apresentando um número pouco relevante devido a pouca quantidade de dias semanais que seguem alguma orientação. Dessa forma, conclui-se que algumas pessoas só seguem corretamente as orientações quando sentem que a glicemia está elevada.

A atividade de autocuidado referente à “alimentação específica” relacionada ao consumo de cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais nos últimos sete dias” apresenta uma porcentagem de 66,7% das pessoas que relataram consumir. No estudo que objetivou avaliar as atividades de autocuidado com o diabetes em pessoas que possuem complicações

em membros inferiores obteve média de 3,8 dia/ semana, valor esse reduzido e considerado baixo.

Na amostra estudada, ao referir à dimensão “ingerir carne vermelha e derivados do leite integral”, observa-se o predomínio da maioria (63,3%) dos usuários que relataram fazer o consumo desses alimentos. Outras pesquisas brasileiras encontraram resultados diferentes, cujas médias foram de 3,42 e 2,16 dia por semana, onde esse último mostra-se mais aceitável por apresentar pouca ingestão dos alimentos listados acima ( JESUS, 2012; NETA, 2012).

Partindo desses resultados, o comportamento alimentar dessa amostra deve ser modificado de acordo com as exigências e limitações impostas pela doença, devendo ser revistas escolhas alimentares, aumentando a atividade física, fracionando refeições e monitorando a glicemia. Com isso, uma estratégia para proporcionar maior adesão à dieta é a elaboração, juntamente com o usuário, de um cardápio diversificado, que atenda às necessidades e às preferências do indivíduo, de acordo com suas condições econômicas e sociais.

Ao mencionar o item sobre “comeu doces”, notou-se que houve um predomínio (66,7%) dos indivíduos que responderam não. Valor esse comparado à avaliação do resultado da pesquisa de Gomides et al. (2013) que obteve média de 2,2 dia/semana. Durante essa pesquisa foi perceptível que algumas pessoas não tem muito conhecimento relacionado a ingestão de alimentos que contém alto teor de açúcares. Isso implica em maior dificuldade em aderir o autocuidado, pois a falta de conhecimento sobre esses alimentos interfere de maneira direta no plano terapêutico.

A atividade de autocuidado examinada sobre a “prática de atividade física por pelo menos 30min” observou que os usuários dessa pesquisa relataram não ter realizado (66,3%) nos últimos sete dias. No estudo de Jesus (2012) obteve a média de 4,8 dia/semana. Estimativa essa analisada e avaliada de modo a apresentar semelhança ao presente estudo.

Quando questionados sobre “fazer exercício físico específico como nadar, caminhar...” as pessoas também responderam que não (65,0%). Resultados esse observado ainda maior (84,6%) no estudo de Cardoso, Moraes e Pereira (2011).

Partindo dessa premissa, Pereira e colaboradores (2012) relatam que a prática regular de atividade física colabora para perda de peso, controle metabólico, redução de medicamentos orais ou insulina, redução dos fatores cardiovasculares, além de resultar no aumento da perspectiva, do bem-estar e da qualidade de vida. Com isso, a SBD (2014b) ainda discorre que a atividade física é recomendada de três a cinco vezes por semana, com duração de 30 a 60 minutos a uma intensidade moderada para os indivíduos com DM.

Ainda sobre os itens do QAD “avaliar o açúcar no sangue” uma quantidade significativa (76,7%) não avaliou. A pesquisa de Coelho et al. (2015) obteve média de 6,0 dia/semana número próximo da máxima(7,0), isso mostra que adquiriu uma predominância também significativa ao comparar com o presente estudo.

No que tange o autocuidado sobre “avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado” apresentou 73,3% de não avaliação. Esse valor contradiz com o estudo de Gomides et al. (2013) que apresentou média de 4,3 dia/semana.

Sobre os cuidados com os pés, a maioria respondeu não para os itens “examinar os pés” (56,7%), “olham dentro dos calçados antes de calçá-los” (53,3%) e respondeu sim para o item “secar os espaços entre os dedos após lavá-los” (66,7%), esses dois primeiros resultados assemelham-se aos da pesquisa que objetivou analisar o autocuidado de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 na Estratégia Saúde de Família, em Teresina-PI, cujas frequências foram de 61,3% e 71,0% respectivamente, enquanto apresenta-se diferente ao referir ao terceiro item sobre o cuidado com pés (59,2%) (NETA; SILVA; SILVA, 2015). Isso implica que os usuários desta pesquisa não costumam ter esse hábito, além de que foi perceptível que a maior parte dessas pessoas apresentavam déficit de conhecimento sobre os problemas que poderiam ocasionar devido a insuficiência desse autocuidado. Contudo, faz-se necessário tomar medidas de prevenção como a inspecionar os pés diariamente para que seja possível detectar precocemente alguns traumas ou sinais que podem apresentar devido ao uso de calçados inadequados.

Nas atividades de autocuidado que se refere a “tomar seus medicamentos conforme recomendado” um número bem expressivo se mostrou em destaque nesse estudo (91,7%), bem como no que concerne “tomar o número indicado de comprimidos do diabetes” (76,7%). Nos resultados da pesquisa de Coelho (2013) também mostra que a maioria das pessoas segue corretamente a tomada de seus medicamentos para o diabetes, correspondendo a uma média de aproximadamente 6,65 dia/semana.

Assim, como em outros estudos relacionados ao tratamento medicamentoso dos indivíduos com DM, esse item obteve os melhores resultados. Vale ressaltar que a maioria avalia essa dimensão terapêutica com o comportamento de adesão e/ou não adesão, com o uso de vários métodos distinto de mensuração.

Ao analisar a variável tabagismo, notou-se que 75,0% das pessoas com DM não fumou nos últimos sete dias. Esse resultado corrobora com o estudo realizado em Florianópolis cuja prevalência foi de 89,0% das pessoas que afirmam não ter fumado (COELHO et al., 2015).

Assim, Rodrigues et al. (2011) ainda mostram que o tabagismo é considerado fator de risco modificável, onde é perceptível em seu estudo que apenas 14,3% dos usuários entrevistados relataram ser fumante habitual, enquanto 41,4% declararam-se ex-tabagista. Deste modo, o tabagismo é considerado fator de risco importante não só para DM, mas para várias outras doenças, em destaque as DCNT e sendo a principal causa de óbito e enfermidades no Brasil.

Portanto, para refletir sobre o autocuidado o profissional enfermeiro, juntamente com os usuários com DM2 devem construir planos de cuidado a partir de uma determinada dificuldade preferencial escolhida entre si, a fim de compreender as diferentes vulnerabilidades dessas pessoas, para assim prestar melhores esclarecimentos sobre os problemas enfrentados e assim estabelecer uma conduta que seja eficaz no cuidado de todos os participantes incluídos na ação.

## 7. CONCLUSÃO

Ao final desse estudo relacionado ao autocuidado dos adultos jovens com DM2 pode-se identificar um nível expressivo de déficit nas práticas, pois ao analisar o comportamento da população entrevistada observou-se a necessidade desses indivíduos aprenderem a conviver melhor com o diabetes de forma a apresentar maiores chances de sobrevida e melhorar seu estado de saúde. Assim, o diabetes mellitus como doença crônica exige da pessoa acometida acompanhamento clínico contínuo e estável, além de mudanças nos hábitos e costumes para assim se ter uma boa qualidade de vida.

Apesar dos bons resultados obtidos nessa pesquisa observa-se ainda algumas dificuldades enfrentadas por essa população que apresentava à existência de outra doença crônica associada, em destaque a hipertensão arterial que se não tratada adequadamente pode ocasionar maiores problemas para a saúde desses indivíduos.

Outra dificuldade encontrada foi o baixo nível de instrução da maioria dos participantes entrevistados dificultando o procedimento de coleta de dados, pois se percebeu que eles tinham dificuldade de entender os questionamentos do formulário, cabendo à pesquisadora a realização de explicações para o esclarecimento das dúvidas.

Portanto, o acompanhamento dos portadores de diabetes e a apreciação dos relatos obtidos nos permite ver a importância da realização de um planejamento mais organizado e detalhado acerca das orientações sobre o autocuidado, visto que a equipe de saúde é de suma importância nessa tarefa, pois cabe aos profissionais a adotarem condutas necessárias a respeito das orientações do autocuidado, bem como encontrar estratégias para superar as barreiras encontradas.

Deste modo, sugere-se com essa pesquisa mostrar a grande importância de voltar a atenção a essa parcela da população, para que possam obter melhores resultados em relação ao autocuidado e assim conseqüentemente a melhora na qualidade de vida de cada indivíduo, e ainda servir como fonte de pesquisa para futuros estudos que venham a ser realizados após este.

Nessa direção, os profissionais de saúde e em especial os enfermeiros devem atuar como facilitadores, a fim de motivar os portadores de DM2 a aderirem a mudança de comportamento para que possam manter a doença sob controle com as orientações necessárias, adquirindo habilidades para o autocuidado, sendo essas de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, v.32, p. 13-61, 2009. Supplement 1.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, v. 35, p.11-21, 2012. Supplement 1.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 36, p.11-38, jan. 2013. Supplement 1.

ARAÚJO, F. L. et al. Prevalence of hypertension risk factors in students in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 4, p. 203-209, 2010.

ARRELIAS, C. C. A.; et al. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus e variáveis sociodemográficas, clínicas e de controle metabólico. **Acta Paulista de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v.28, n.4, p. 315-322, 2015.

BAQUEDANO, I. R., et al. Autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em serviço de urgência no México. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v.18, n.6 [09 telas], nov./dez, 2010.

BRASIL. **Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e Internacional de prioridades em saúde**. Brasília, 2011.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 162p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus**. Brasília: 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

CARDOSO, M. I.; MORAES, M. A. M.; PEREIRA, J. G. Práticas de autocuidado desenvolvidas por diabéticos tipo 2 em uma unidade de saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v.2, n.1, p.277-290, 2011.

CEOLIN, J.; DE BIASI, L. S. Conhecimento dos diabéticos a respeito da doença e da realização do autocuidado. **RESPECTIVA**, Erechim, v. 129, n. 35, p. 143-156, março, 2011.

CHAVES, M. O.; TEIXEIRA, M. R. F.; SILVA, S. E. D. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n.2, p. 215-221, mar./abr. 2013.

COELHO, A. C. M. **Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em seguimento ambulatorial**. 2013. 112f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

COELHO, A. C. M.; et al. Atividades de autocuidado e suas relações com controle metabólico e clínico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.24, n. 3, p. 697-705, jul./set. 2015.

FARIA, H. T. G.; et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.26, n.3, p.231-237, 2013.

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: Análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, p. 7-19, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed, São Paulo; Atlas, p. 42, 2011.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C.; et al. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p.272-279, Abr./jun. 2011.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C.; et al. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1; [08 telas], jan./fev. 2012.

GOMIDES, D. S., et al. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.26, n.3, p.289-293, 2013.

GRILO, M. F. F.; et al. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 4, p.400-405, out./dez, 2013.

IBGE: Cidade de Ipiranga: Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=220480>>. Acesso em: 29 de maio de 2015. imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: OPAS, 2012. Internacional de prioridades em saúde. Brasília, 2011a.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes Atlas**. Belgium: IDF, 2013.

JESUS, R. A. T. **Estado nutricional e adesão ao tratamento de pacientes diabéticos tipo 2 de uma unidade básica de saúde de trevisco- SC.** 2012. 98f. Monografia (Curso de Nutrição Clínica) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2012.

MAIA, M. A. **Associação entre o tempo de contato na prática educativa e seu impacto no conhecimento, atitude e conhecimento em diabetes mellitus.** 2015. 141f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o**

MICHELS, M. J.; et al. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 54, n. 7, p. 644-651, 2010.

NETA, D. R.; SILVA, A. N. R.V.; SILVA, G. R. F. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 68, n.1, p. 11-16, jan./fev. 2015.

NETA, D. S. R. **Ações de enfermagem e Implicações para o Autocuidado de pessoas com o Diabetes Mellitus.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 2012. 92f. Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2012.

OLIVEIRA, K. C. S.; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.4, p. 862-868, 2011.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice.** 6 ed. St Louis: Mosby: 2001.

ORTIZ, L. G. C.; et al. Condutas de autocuidado e indicadores de saúde em adultos com diabetes tipo 2. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n. 4; [07 telas], julho/agosto, 2010.

PEREIRA, D. L.; et al. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, v. 20, n. 3 [8 telas]. Mai./jun. 2012.

PEREIRA, P. F. P.; et al. Conhecimentos dos usuários com diabetes mellitus na atenção primária à saúde. **Convibra Saúde** – Congresso Virtual Brasileiro de educação, gestão e promoção da saúde, Belo Horizonte, 2012.

POLIT, D. F.; BECH, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, p.669, 2011.

RAMOS, L.; FERREIRA, E. A. P. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 21, n. 3, p.864-874, 2011.

- RIBEIRO, M. V. **Suporte social e adesão ao tratamento em indivíduos com diabetes tipo 2**. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) - Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto, 2010.
- ROCHA, K. S. C.; MAIA FILHO, A. M. Diabetes mellitus: o conhecimento dos pacientes acerca do autocuidado. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n.1, jan./fev./mar. 2015.
- RODRIGUE, D. F.; et al. Prevalência de fatores de risco e complicações do diabetes mellitus tipo 2 em usuários de uma unidade de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 3, p. 277-286, 2011.
- RODRIGUES, F. F. L.; et al. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 284-290, 2012.
- SAMPAIO, C. F. S. **Práticas de autocuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2: implicações para o cuidado clínico e educativo de enfermagem**. 2012. 134p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Programa Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), 2012.
- SCHMIDT, M. I. et al. Health in Brazil: 4<sup>o</sup> chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, n. 377, 2011. Supplement 1.
- SCHMIDT, M. I.; et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL. Ministério da SAÚDE. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da Agencia Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde**. Brasília, 2010.
- SMELTZER, S. C.; BARE. B. G. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgico**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2013. 385p.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial. **Revista Hipertensão**, [S.I.], v.13, ano 13, jan./fev./mar. 2010.
- TOOBERT, D.; HAMPSON, S.; GLASGOW, R. The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure: Results from 7 studies and a revised scale. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 23, p. 943-950, 2000.
- TORRES, H. C.; PACE, A. E.; STRADIOTO, M. A. Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. **Cogitare Enfermagem**, v.15, n. 1, p. 48-54, Jan./mar. 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION . **Global status report on noncommunicable diseases**. Geneva: World Health Organization, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health.** Geneva: World Health Organization, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity:** preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva: World Health Organization, 2004.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - Formulário para coleta de dados

### FORMULÁRIO

**DATA:** \_\_\_\_\_

#### I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Estado civil:**

( ) casado(a) ( ) solteiro(a) ( ) viúva(o) ( ) divorciado(a) ( ) outros

**Religião:** ( ) católica ( ) evangélica ( ) outras

**Escolaridade:** Analfabeto: ( )

Ensino fundamental: ( )

Ensino médio: ( )

Ensino superior: ( )

**Profissão/ ocupação:** ( ) empregado(a) ( ) autônomo ( ) dona de casa ( ) informal

( ) desempregado(a) ( ) aposentado ( ) outros \_\_\_\_\_

**Qual o número de pessoas residentes na casa onde o senhor (a) mora:** \_\_\_\_\_

**Qual é, aproximadamente, a renda familiar mensal, em reais:** \_\_\_\_\_

#### II - DADOS CLÍNICOS

**Pressão arterial (PA):** \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ (mmHg)

**Circunferência abdominal (CA):** \_\_\_\_\_ (em cm)

**Índice de Massa Corporal (IMC):** \_\_\_\_\_ (Kg/cm<sup>2</sup>)

**Peso:** \_\_\_\_\_ (em Kg)

**Altura:** \_\_\_\_\_ (em m)

#### III - HÁBITOS DE VIDA

**O senhor (a) faz uso de bebidas alcoólicas?**

( ) sim ( ) não

**O senhor (a) pratica alguma atividade física?**

( ) sim ( ) não

#### IV - DIFICULDADES RELACIONADAS AO TRATAMENTO DO DM2

1. **Há quanto tempo o senhor (a) tem o diagnóstico de DM2?** \_\_\_\_\_ anos
2. **O senhor (a) teve medo do diagnóstico?**  
( ) sim      ( ) não
3. **O senhor (a) faz algum tipo de tratamento?**  
( ) sim      ( ) não  
Se sim, qual? ( ) medicamentoso      ( ) não medicamentoso
4. **O senhor (a) sente alguma dificuldade em aderir ao tratamento?**  
( ) sim      ( ) não  
Se sim, quais os motivos? \_\_\_\_\_
5. **O senhor (a) faz uso de insulina?**  
( ) sim      ( ) não  
Se sim, apresenta alguma dificuldade na aplicação da insulina? ( ) sim      ( ) não
6. **O senhor (a) segue alguma dieta recomendada pelo médico?**  
( ) sim      ( ) não  
Se sim, segue a dieta adequada? ( ) sim      ( ) não  
Se sim, por quais motivos? \_\_\_\_\_
7. **O senhor (a) apresenta alguma dificuldade em realizar atividades físicas?**  
( ) sim      ( ) não  
Se sim, quais os motivos? \_\_\_\_\_
8. **O senhor (a) apresenta alguma complicação da doença?**  
( ) sim      ( ) não  
Se sim, que tipo de complicação? \_\_\_\_\_  
Essa (s) complicação (es) interfere na realização de suas tarefas diárias?  
( ) sim      ( ) não
9. **O senhor (a) possui alguma outra doença crônica?**  
( ) sim      ( ) não  
Se sim, quais? \_\_\_\_\_
10. **O senhor (a) tem apoio de sua família para lhe ajudar no tratamento da doença?**  
( ) sim      ( ) não  
Se não, considera que essa ausência dificulta seu tratamento? ( ) sim      ( ) não

**APÊNDICE B - Questionário de Atividade de Autocuidado com o Diabetes**

<b>QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM O DIABETES</b>		
<b>1. ALIMENTAÇÃO GERAL</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1.1 Nos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta saudável? 1.2 Durante o último mês, seguiu a orientação alimentar dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?		
<b>2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
2.1 Nos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais? 2.2 Nos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados? 2.3 Nos últimos SETE DIAS comeu doces?		
<b>3. ATIVIDADE FÍSICA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
3.1 Nos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar) 3.2 Nos 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?		
<b>4. MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
4.1 Nos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue? 4.2 Nos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo enfermeiro ou médico?		
<b>5. CUIDADOS COM OS PÉS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>

<p>5.1 Nos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?</p> <p>5.2 Nos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los?</p> <p>5.3 Nos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los?</p>		
<b>6. MEDICAÇÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<p>6.1 Nos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos do diabetes, conforme foi recomendado? OU (se insulina ou comprimidos):</p> <p>6.2 Nos últimos SETE DIAS tomou suas injeções de insulina, conforme foi recomendado?</p> <p>6.3 Nos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos do diabetes?</p>		
<b>7. TABAGISMO</b>		
<p>7.1 Você fumou um cigarro- mesmo que só uma tragada- durante os últimos SETE DIAS? ( )SIM ( )NÃO</p> <p>7.2 Se sim, quantos cigarros fumam, habitualmente, num dia? Número de cigarros _____</p> <p>7.3 Quando fumou seu último cigarro?</p> <p>( ) Nunca fumou</p> <p>( ) Há mais de dois anos atrás</p> <p>( ) Um a dois anos atrás</p> <p>( ) Quatro a doze meses atrás</p> <p>( ) Um a três meses atrás</p> <p>( ) No último mês</p> <p>( ) Hoje</p>		

Fonte: Adaptado do estudo de MICHELS *et al.*, 2010.

**APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**  
**CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS**  
 Chefia do Curso de Bacharelado em Enfermagem  
 Rua Cícero Eduardo S/N – Bairro Junco – 64.600-000 - Picos/PI  
 Fone (89) 3422-4389 – Fax (89) 3422- 4826

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do projeto:** Conhecimento das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 acerca do autocuidado

**Pesquisador responsável:** Prof<sup>a</sup>. Ms. Laura Maria Feitosa Formiga

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal do Piauí

**Telefone para contato (inclusive a cobrar):** (89) 99443-9330

**Pesquisadores participantes:** Lara Janaína Soares Luz Costa

**Telefones para contato:** (89) 98817-4951

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário do projeto de pesquisa intitulado como “Conhecimento das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 acerca do autocuidado”. Você precisa decidir se quer participar ou não da pesquisa. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser **esclarecido** (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso a pesquisadora responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

**Objetivo do estudo:** Avaliar o conhecimento das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 acerca do autocuidado

**Procedimentos.** Sua participação nesta pesquisa consistirá no preenchimento destes dois formulários, respondendo às perguntas formuladas que abordam questões referentes aos dados sócio demográficos, clínicos, hábitos de vida, dificuldades relacionadas ao tratamento da doença e as atividades de autocuidado com o diabetes mellitus. Além também será verificado o IMC, CA, PA, peso e altura que será realizado em sala privada que conterà apenas você e o avaliador para garantir sua privacidade.

**Riscos:** O preenchimento destes formulários não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. No entanto, na realização do exame físico não apresentarão nenhum desconforto e nem danos a sua integridade física, porem serão garantidos a proteção de sua imagem quanto a realização antropométrica onde a avaliadora e o participante estarão em sala individual.

**Benefícios:** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, além de permitir que os profissionais realizem uma autoavaliação de seu desenvolvimento nas atividades de autocuidado, a fim de aperfeiçoar seu conhecimento e melhorar suas condutas, contudo essa pesquisa não trará benefícios diretos para o participante.

**Sigilo.** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

### **Conhecimento da participação da pessoa como sujeito**

Eu, \_\_\_\_\_, RG/  
CPF/\_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Conhecimento das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 acerca do autocuidado”. Eu discuti com a pesquisadora sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de qualquer tipo de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local e data \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_

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

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

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

Picos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

**Observações complementares:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga, CEP: 64.049-550 - Teresina – PI/ tel.: (86) 3237-2332- email: cep.ufpi@ufpi.edu.brweb: www.ufpi.br/cep

**ANEXO**

## ANEXO A – Carta de aprovação da pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONHECIMENTO DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 ACERCA DO AUTOCUIDADO

**Pesquisador:** LAURA MARIA FEITOSA FORMIGA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 47991215.6.0000.5214

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Piauí - UFPI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.294.471

#### Apresentação do Projeto:

A pesquisa procura compreender o conhecimento que as pessoas com Diabetes mellitus (DM) tipo 2 possuem a respeito de atividades de autocuidado e seu desempenho para realizar as mesmas, bem como os motivos que levaram a ter dificuldade na sua realização. Através dos formulários contendo questões sociodemográficas, clínicas, hábitos de vida, dificuldades relacionadas ao tratamento da doença e o uso do "Questionário de Atividade de Autocuidado com o Diabetes", busca-se fazer um levantamento desses dados para mostrarmos e alcançarmos a meta do nosso objetivo de estudo que é analisar a conhecimento das pessoas com DM2 acerca do autocuidado.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o conhecimento das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 acerca do autocuidado;

Objetivo Secundário:

- Traçar o perfil sócio demográfico, clínico e hábitos de vida dos participantes do estudo;
- Descrever as dificuldades das pessoas com DM2 relacionados ao seu tratamento;
- Verificar as atividades de autocuidado realizadas pelas pessoas com DM2.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador.

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.294.471

**Riscos:**

O preenchimento destes formulários não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. No entanto, na realização do exame físico não apresentarão nenhum desconforto e nem danos a sua integridade física, porém serão garantidos a proteção de sua imagem quanto a realização antropométrica onde a avaliadora e o participante estarão em sala individual.

**Benefícios:**

Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, além de permitir que os profissionais realizem uma autoavaliação de seu desenvolvimento nas atividades de autocuidado, a fim de aperfeiçoar seu conhecimento e melhorar suas condutas, contudo essa pesquisa não trará benefícios diretos para o participante.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A temática é importante sobre o Diabetes mellitus (DM) tipo 2 uma doença crônica degenerativa não transmissível de elevada prevalência.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados de forma parcial. Rever o TCLE quanto a paginação e atualizar o endereço do CEP/UFPI.

**Recomendações:**

Recomenda-se a atualização do endereço do CEP bem como a paginação do TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto apto a ser desenvolvido.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP aguarda o envio dos relatórios parciais e final da pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_548560.pdf	07/08/2015 10:19:04		Aceito
Outros	termo de confidencialidade.pdf	07/08/2015 10:18:28		Aceito
Outros	Carta de encaminhamento -nova.pdf	07/08/2015 10:18:01		Aceito
Outros	Declaracao_dos_Pesquisadores -	07/08/2015		Aceito

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.294.471

Outros	novo.pdf	10:17:26		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_548560.pdf	07/07/2015 07:57:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	07/07/2015 07:57:14		Aceito
Outros	4 CRONOGRAMA.docx	06/07/2015 08:47:55		Aceito
Outros	Lattes.jpg	06/07/2015 08:37:39		Aceito
Outros	5 ORÇAMENTO.docx	06/07/2015 08:36:44		Aceito
Outros	Autorização institucional.jpg	06/07/2015 08:36:10		Aceito
Outros	Declaracao_dos_Pesquisadores.doc	06/07/2015 08:35:25		Aceito
Outros	termo de confidencialidade.doc	06/07/2015 08:34:48		Aceito
Outros	Carta de encaminhamento.doc	06/07/2015 08:32:52		Aceito
Outros	FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS.docx	06/07/2015 08:32:26		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	06/07/2015 08:31:57		Aceito
Folha de Rosto	Scan_20150704_112153.jpg	06/07/2015 08:18:51		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

TERESINA, 23 de Outubro de 2015

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:**  
**Adrianna de Alencar Setubal Santos**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



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

**Identificação do Tipo de Documento**

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

Eu, Laura Janaina Soares Luz Costa,  
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de  
 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,  
 gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação  
"Autocuidado dos adultos jovens com diabetes mellitus tipo 2"  
 de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título  
 de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 17 de março de 20 16.

Laura Janaina Soares Luz Costa  
 Assinatura

\_\_\_\_\_  
 Assinatura

