



UNILAB

Universidade da Integração Internacional
da Lusofonia Afro-Brasileira

PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- ISC
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM

ANDRÉIA GIRÃO GOMES

AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DE DIABÉTICOS
ACOMPANHADOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Acarape-CE

2016

ANDRÉIA GIRÃO GOMES

**AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DE DIABÉTICOS
ACOMPANHADOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) submetido à Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Paula Marciana Pinheiro de Oliveira.

Acarape-CE

2016

ANDRÉIA GIRÃO GOMES

**AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DE DIABÉTICOS ACOMPANHADOS NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), submetido à coordenação de curso de Enfermagem da UNILAB, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Paula Marciana Pinheiro de Oliveira (orientadora)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia afro-brasileira-UNILAB

Profa. Dra. Vivian Saraiva Veras

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia afro-brasileira-UNILAB

Prof. Dr. Márcio Flávio Moura de Araújo

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia afro-brasileira-UNILAB

Monaliza Ribeiro Mariano (suplente)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia afro-brasileira-UNILAB

Mestranda Gilmara de Lucena Beserra (suplente)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia afro-brasileira-UNILAB

**AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DE DIABÉTICOS ACOMPANHADOS NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SELF CARE ASSESSMENT IN DIABETIC ACCOMPANIED STRATEGY FAMILY
HEALTH**

Andréia Girão Gomes¹, Edmara Chaves Costa², Paula Marciana Pinheiro de Oliveira³

RESUMO: Introdução: Para o controle do Diabetes Mellitus, é necessário que a pessoa com diabetes desempenhe ações de autocuidado, sendo este, compreendido como uma prática desenvolvida pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar, buscando qualidade de vida e promoção da saúde. **Objetivo:** Verificar as atividades de autocuidado de pessoas com diabetes acompanhadas por Unidade Básica de Saúde do Município de Redenção – CE. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado de janeiro a abril de 2016, com pessoas com diabetes acompanhadas em uma unidade de saúde de Redenção. Utilizado Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes – QAD para a coleta de dados. **Resultados:** A amostra contou com 98 pacientes de ambos os sexos. 67,35% (n=66) foram do sexo feminino, caracterizados na maioria como não-idosos, 57,14% (n=56). Houve predominância da população com baixa escolaridade, 74,49% (n=73) e aproximadamente metade dos participantes 45,92% (n=45) tinham a doença a mais de cinco anos. As dimensões deste questionário que obtiveram maiores médias estavam relacionados à terapia medicamentosa, onde os valores variaram de 5 a 6 dias/semana e “Alimentação específica”, onde os escores variaram de 1 a 2 dias/semana. **Conclusão:** Os dados mostraram que as atividades de autocuidado relacionadas às mudanças comportamentais são as que requerem maiores investimentos para atingir as metas do cuidado e com isso, a faixa etária, escolaridade e tempo do diagnóstico devem ser considerados no planejamento da assistência de enfermagem da pessoa com diabetes mellitus para que os objetivos sejam alcançados.

DESCRITORES: Autocuidado. Diabetes mellitus tipo 2. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

¹Acadêmica de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB, Instituto de Ciências da Saúde, e-mail: andreia girao@aluno.unilab.edu.br

²Enfermeira. Orientadora. Professora Dra. Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB, Instituto de Ciências da Saúde, e-mail: paulapinheiro@unilab.edu.br

³ Veterinária. Coorientadora. Professora Dra. Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB, Instituto de Ciências da Saúde, e-mail: edmaracosta@unilab.edu.br

Introduction: For the control of DM, it is necessary for the patient to perform self-care actions, which is understood as a practice developed by individuals for their own benefit to maintain life and well-being, seeking quality of life and promotion of health. Objective: To verify the self-care activities of people with diabetes accompanied by the primary care units from Redenção - CE. Method: This is a cross-sectional study with a quantitative approach, in which the self-care of the patient was evaluated by the Diabetes Self-Care Activities Questionnaire - QAD, with a sample of 98 patients of both sexes. Results: 67.35% (n = 66) were female, characterized in the majority as non-elderly, 57.14% (n = 56). There was a predominance of the population with low schooling, 74.49% (n = 73) and approximately half of the participants 45.92% (n = 45) - Take this percentage to the end of the sentence had the disease more than five years. The items of this questionnaire that obtained higher averages were related to the drug therapy, and the smaller ones, with the practice of physical activity, glucose monitoring and foot care. Conclusion: Data showed that self-care activities related to behavioral changes are those that require greater investments to reach the goals of care and with this, age, schooling and time of diagnosis should be considered in planning the nursing care of the person With diabetes mellitus, so that the goals are achieved.

DESCRIPTORS: Self care. Diabetes mellitus, type 2. Nursing care.

INTRODUÇÃO

Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível do sistema de serviços de saúde e, por isto, é a porta de entrada preferencial para o mesmo, quando se necessita de atendimento preventivo e/ou priorização da promoção da saúde. Neste nível de atenção, quando se necessita de um atendimento preventivo e/ou de promoção da saúde, são desenvolvidas ações resolutivas para a maioria dos problemas de saúde da população, de comunicação e responsabilização e, quando articulada aos demais níveis de complexidade, forma uma rede integrada de serviços (MENDES, 2012).

Na atenção primária busca-se realizar atividades educativas em grupo e individuais voltadas para a qualidade de vida e com o objetivo de sanar as demandas básicas em saúde. Este nível de atenção pode contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) através do acesso e assistência à amostra pela Estratégia Saúde da família (ESF) (SPAGNUOLLO *et al.*, 2012). ESF tem como propósito implementar ações e intervir junto à comunidade para prevenir agravos, além de atender com equipes multidisciplinares, de modo a auxiliar na resolutividade de intercorrências e integralidade das ações, favorecendo o

controle da evolução de algumas doenças, especialmente as crônico-degenerativas como o Diabetes Mellitus (DM) (COQUEIRO *et al.*, 2015).

O cuidado prestado pela ESF ao indivíduo com DM envolve a oferta de intervenções clínicas e educativas, além de visar o controle metabólico e a prevenção da morbimortalidade associada à doença (RONKSLEY *et al.*, 2015).

DM é definido como um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum à hiperglicemia, resultado de defeitos na ação da insulina, na sua secreção ou em ambas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015/2016). Essa condição crônica faz com que, em alguns casos, os indivíduos apresentem no decorrer do tempo limitações em suas atividades diárias, devido às possíveis complicações da doença ou pela presença de comorbidades como dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial, contribuindo dessa forma para diminuição da autoestima (RODRIGUES; LIMA; SANTOS, 2015).

Em alguns países desenvolvidos, verifica-se que existem doenças crônicas como o DM que precisa de destaque por ser uma das principais causas de óbitos, estando entre a quarta e oitava posição (SCHMIDT *et al.*, 2011). No Brasil, ocorreram em 2009 mais de 51.000 mortes por diabetes (BRASIL, 2014).

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014), estima-se que a população mundial com diabetes seja de 382 milhões de pessoas e que cerca de 80% desse público são de países em crescimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

No Brasil, ocorreram em 2009 mais de 51.000 mortes por diabetes (BRASIL, 2014). Esse aumento no número de pessoas com diabetes pode estar associado ao crescimento e envelhecimento populacional, prevalência de obesidade e sedentarismo, além da maior sobrevivência de pessoas com diabetes com DM. É possível assegurar que cada vez mais grupos de faixa etária jovem são afetados com tal problemática. Avalia-se que essa doença gere um gasto para o Brasil de aproximadamente 3,9 bilhões de dólares, variando entre 2,5 e 15% do orçamento anual da saúde do país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Para que pessoas com Diabetes Mellitus (DM) obtenham o controle da doença, é necessário que sejam realizadas ações de autocuidado, sendo este, compreendido como uma prática desenvolvida pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar, buscando a qualidade de vida e promoção da saúde (MARQUES *et al.*, 2013). Contudo, o desenvolvimento dessa prática está diretamente relacionado às habilidades,

limitações, valores, regras culturais e científicas do próprio indivíduo (GOMIDES *et al.*, 2013).

A realização das atividades de autocuidado é considerada relevante para o tratamento do DM, por melhorar o estado de saúde do indivíduo e reduzir os custos oriundos de internações ou complicações. Mas, para que isso aconteça, é imprescindível que o autocuidado exija mudanças de comportamento, estilo de vida, que quando somadas às orientações e ao uso correto da medicação, obtenha-se o controle (MARQUES *et al.*, 2013).

O cuidar de si também deve ser entendido como responsabilidade mútua entre usuário, família, profissional e instituição de saúde, pois envolve diálogo sobre as necessidades de cuidado da pessoa em relação à sua condição crônica. Sendo assim, a gestão do cuidado é centrada no indivíduo, no diálogo e, propõe a construção de um plano terapêutico de forma conjunta entre usuário, família e profissional de saúde por meio da escolha de uma meta de tratamento (BRASIL, 2014).

Cabe ressaltar a importância do autocuidado apoiado. Este tem como objetivos preparar e empoderar as pessoas usuárias dos serviços de saúde para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada. Isso é possível quando o papel central das pessoas usuárias no gerenciamento de sua própria saúde é enfatizado; no uso de estratégias de apoio para o autocuidado que incluam a avaliação do estado de saúde, a fixação de metas a serem alcançadas, elaboração dos planos de cuidado, as tecnologias de solução de problemas e de monitoramento e pela organização dos recursos das organizações de saúde e da comunidade para prover apoio ao autocuidado das pessoas usuárias (MENDES, 2012).

O efetivo autocuidado é muito mais que dizer às pessoas o que devem fazer. Significa reconhecer o papel central das pessoas na atenção à saúde e estabelecer um sentido de auto-responsabilidade, com enfoque na cooperação entre equipe e pessoas com diabetes para, em conjunto, definir problemas, estabelecer prioridades, propor metas, elaborar planos de cuidado e monitorar resultados (MENDES, 2012).

Neste sentido, é importante identificar se os indivíduos com diabetes estão realizando atividades de autocuidado para garantir qualidade de vida e evitar complicações. Conhecer esta realidade, principalmente de pessoas com diabetes residentes em cidades menos populosas, é primordial para futuras intervenções e priorizações, visto que alguns dos estudos que utilizaram o QAD, foram desenvolvidos em cidades mais populosas como Ribeirão Preto (GOMIDES *et al.*, 2013) e Fortaleza (DANIELE, VASCONCELOS, COUTINHO, 2014).

De posse do fato de que as pessoas com diabetes possuem suas especificidades devido à complexidade de sua doença, observou-se que a utilização de instrumentos específicos para conhecer, identificar e analisar as atividades de autocuidado, e/ou favorecer o controle desta enfermidade pode contribuir para um diagnóstico acurado das atividades de autocuidado (VERAS *et al.*, 2014).

Dentre os instrumentos específicos para a avaliação das atividades de autocuidado das pessoas com DM, destaca-se o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). Este é um instrumento autoadministrável com a denominação de *Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire* (SDSCA) (VILLAS BOAS *et al.*, 2012; GOMIDES *et al.*, 2013). É fundamental para que o planejamento das ações em saúde seja efetivo para o controle da doença (VERAS *et al.*, 2014). Acredita-se que a utilização deste poderá reduzir as manifestações de eventos preveníveis das DCNT, melhorando a assistência à saúde e a qualidade de vida (MARQUES *et al.*, 2013).

Diante disso, este estudo tem como objetivo avaliar as atividades de autocuidado de pessoas com diabetes acompanhadas por Unidade Básica de Saúde no Município de Redenção – CE.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, analítico, realizado em Unidade Básica de Saúde sede I - do município de Redenção no período de janeiro a abril de 2016.

Ao todo, foram selecionados 113 pessoas com DM tipo 2 (DM2). Destes, 12 foram excluídos por recusa ou desistência, um por ter diagnóstico de doença mental descrito no prontuário e dois por não comparecerem às consultas. Sendo assim, a amostra do estudo foi constituída por 98 pessoas com DM2 cadastradas e acompanhadas na Unidade Básica de Saúde supracitada.

Os critérios de inclusão para participação no estudo foram ter idade superior a 18 anos, de ambos os sexos. Foram excluídas do estudo, pessoas com diabetes com diagnóstico psiquiátrico de doença mental ou com problemas associados ao uso de álcool ou outras drogas, pessoas com diabetes acamados e restritos ao leito e mulheres grávidas ou em período de lactância.

Para obtenção dos dados foram utilizados dois instrumentos: um formulário de dados sociodemográficos e o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). O formulário continha as variáveis sociodemográficas: sexo, idade em anos completos,

escolaridade, renda familiar, ocupação, e as variáveis clínicas: tempo de diagnóstico, tratamento para o controle do DM e presença de comorbidades. As pessoas com diabetes foram caracterizados de acordo com a faixa etária, sexo, escolaridade e tempo de diagnóstico do diabetes.

QAD, também utilizado, foi desenvolvido originalmente na língua inglesa, com a denominação *de Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (SDSCA)*. O QAD foi adaptado em Portugal para a língua portuguesa, com alpha de Cronbach entre 0,36 a 0,68 (MICHELS *et al.*, 2010). Esse instrumento também foi adaptado e validado para o contexto brasileiro, apresentando boa consistência interna, sendo que a correlação interitens, medida pelo alfa de Cronbach, foi de 0,86, sendo considerado instrumento válido e confiável para medir a adesão ao autocuidado nas pessoas com DM2. A versão brasileira possui seis dimensões e 15 itens de avaliação do autocuidado para pessoas com diabetes, incluindo-se alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidado com os pés, uso do medicamento e três itens para a avaliação do tabagismo, totalizando-se 17 itens (VERAS *et al.*, 2014).

A análise da adesão aos itens do questionário são parametrizados em dias da semana, de 0 a 7, sendo 0 a situação menos desejável e 7 a mais favorável. Na dimensão alimentação específica, quando se questiona sobre o consumo de alimentos ricos em gordura e doces, os valores são invertidos (se 7 = 0, 6 = 1, 5 = 2, 4 = 3, 3 = 4, 2 = 5, 1 = 6, 0 = 7, e vice-versa), conforme preconizado no instrumento original. Os hábitos tabágicos são considerados separadamente, por estarem codificados de forma diferente. Como se trata de uma escala tipo Likert de sete pontos, é preciso considerar a amplitude de distribuição das respostas. Tendo em vista essa amplitude de respostas, considera-se que os valores de 0 a 4 indicam as atividades de autocuidado não desejáveis e de 5 a 7, desejáveis, exceto para os itens com valores invertidos, no caso a dimensão “Alimentação específica”, onde para este caso, consideramos desejável valores de 1 a 3 e não desejável de 4 a 7 (VERAS *et al.*, 2014).

Os dados foram coletados no momento dos retornos às consultas, quando foram explicados os objetivos, vantagens e possíveis riscos inerentes à pesquisa. Foi entregue para assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os instrumentos foram aplicados à todos os indivíduos que aceitaram participar do estudo. Os dados foram coletados na área de espera para a consulta, mediante aplicação individual dos instrumentos. O tempo médio de preenchimento foi de dez minutos.

Os dados foram previamente tabulados no programa Microsoft Excel® 2010. Posteriormente, foram processados no programa EPIINFO versão 7 (CDC, Atlanta-EUA), de domínio público. Os dados foram expressos por distribuição de frequência e percentual para as variáveis sociodemográficas e clínica, aplicando-se medidas de tendência central e dispersão para os escores das dimensões do QAD.

Para comparar as variáveis numéricas entre dois grupos, foi utilizado o teste de Mann-Whitney e, entre três ou mais grupos, foi empregado o teste de Kruskal-Wallis, devido à ausência de distribuição normal das variáveis. As diferenças foram consideradas significativas, quando o nível de significância (α) foi de 0,05.

O presente estudo compõe o projeto mais amplo intitulado “perfil lipídico e glicêmico, autocuidado e qualidade de vida de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados em unidade básica”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), processo n. 1.349.527, seguindo os aspectos éticos exigidos pela resolução 466/12.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída por 98 participantes.

A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica com sexo, escolaridade, faixa etária e tempo de diagnóstico.

Tabela 1. Caracterização da amostra de estudo.

Variáveis		Nº	%	Intervalo de Confiança
Sexo	Feminino	66	67,35%	57,13% - 76,48%
	Masculino	32	32,65%	23,52% - 42,87%
Escolaridade	Baixa	73	74,49%	64,69% - 82,76%
	Média	19	19,39%	12,10% - 28,61%
	Alta	6	6,12%	2,28% - 12,85%
Faixa Etária	Idoso	42	42,86%	32,90% - 53,25%
	Não-Idoso	56	57,14%	46,75% - 67,10%
Tempo de Diagnóstico	< um ano	14	14,29%	8,04% - 22,81%
	Um a cinco anos	39	39,80%	30,04% - 50,18%
	> cinco anos	45	45,92%	35,80% - 56,29%

Observamos com os resultados que houve predominância do sexo feminino (67,35%) e não-idosos (57,14%). Em relação à escolaridade, predominou pessoas com baixa

escolaridade (74,49%). Quanto a variável clínica, tempo de diagnóstico, os participantes apresentavam a doença a mais de cinco anos (45,92%).

Para a avaliação das atividades de autocuidado, destacaram-se os itens que obtiveram o maior e menor valor na escala total, respectivamente, descritos na tabela 2.

Tabela 2. Relação das características sociodemográficas e clínica, com as atividades de autocuidado. Redenção-CE, 2016.

ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO													
Escores das Variáveis	Alimentação Geral		Alimentação Específica		Atividade Física		Monitorização da Glicemia		Cuidado com os Pés		Medicação		
	Média (DP)±	† p-valor	Média (DP)±	† p-valor	Média (DP)±	† p-valor	Média (DP)±	† p-valor	Média (DP)±	† p-valor	Média (DP)±	† p-valor	
Sexo	Feminino	3,07 (3,50)	0,07	2,71 (3,38)	0,11	1,12 (2,20)	0,12	0,53 (1,72)	0,72	0,37 (1,48)	0,59	6,51 (1,69)	0,02*
	Masculino	1,75 (3,07)		3,65 (3,42)		2,00 (2,85)		0,28 (0,77)		0,53 (1,74)		6,34 (2,07)	
Escolaridade	Baixa	2,68 (3,42)	0,96	0,82 (2,11)	0,03 *	1,24 (2,36)	0,35	0,16 (0,86)	0,000 1**	0,35 (1,42)	0,16	6,39 (1,93)	0,69
	Média	2,57 (3,46)		0,52 (1,61)		1,78 (2,71)		1,68 (2,60)		0,42 (1,60)		6,63 (1,60)	
	Alta	2,33 (3,61)		2,00 (2,68)		2,16 (2,78)		0,00 (0,00)		1,33 (2,80)		6,66 (0,81)	
Faixa etária	Idoso	2,25 (3,29)	0,18	0,46 (1,60)	0,01 *	1,14 (2,36)	0,11	0,42 (1,59)	0,40	0,30 (1,33)	0,25	6,37 (2,01)	0,70
	Não-Idoso	3,16 (3,52)		1,33 (2,48)		1,76 (2,55)		0,47 (1,32)		0,59 (1,83)		6,57 (1,53)	
Tempo de Diagnóstico	< um ano	2,00 (3,28)	0,71	2,8 (3,4)	0,13	0,85 (1,83)	0,68	0,11 (0,50)	0,01*	0,57 (1,86)	0,73	5,78 (2,51)	0,009 **
	Um a cinco anos	2,87 (3,48)		2,49 (3,28)		1,35 (2,40)		0,32 (0,61)		0,23 (1,13)		6,46 (1,88)	
	> cinco anos	2,64 (3,43)		3,64 (3,48)		1,62 (2,67)		0,84 (2,05)		0,55 (1,79)		6,66 (1,46)	

±Desvio- Padrão; †Significância estatística (p<0,05); *P-valor < 0,5; **P-valor < 0,001

Como observamos, de acordo com as variáveis do estudo, atividades de autocuidado, “Atividade Física”, “Monitorização da Glicemia” e “Cuidado com os pés”, mantiveram-se como não desejáveis e, “Medicação”, onde os valores variaram de 5 a 6 dias/semana, indicou autocuidado desejável, assim como “Alimentação específica”, onde os escores variaram de 1 a 3 dias/semana, lembrando que nesta dimensão os valores são invertidos (Tabela 2).

Em comparação das variáveis sociodemográficas com as atividades de autocuidado, com relação ao sexo, percebemos que não houve diferença nas atividades de autocuidado, exceto na dimensão “Medicação” ($p=0,02$). Notamos que as mulheres apresentaram autocuidado mais desejável do que os homens. Quanto à escolaridade, por sua vez, percebemos diferenças estatísticas em duas dimensões do autocuidado, sendo estas, “Alimentação específica” e “Monitorização da Glicemia”, ($p=0,03$) e ($0,0001$) respectivamente. No que diz respeito à faixa etária, destacamos também diferença significativa na dimensão “Alimentação específica” ($p=0,01$) e com relação ao Tempo de diagnóstico, as dimensões “Monitorização da Glicemia” e “Medicação” apresentaram diferença estatística significativa, ($0,01$) e ($0,009$), respectivamente. (Tabela 2).

Especificamente em relação à escolaridade, ficou evidente que pessoas com diabetes têm demonstrado autocuidado desejável no que diz respeito a “Alimentação específica”. Ao observar os valores, percebemos que os participantes com escolaridade mais alta dedicam em média $2,00 \pm 2,68$ dias/semana para uma alimentação com doces e gorduras, enquanto que os de escolaridade baixa e média dedicam menos de um dia para este fim, $0,82 \pm 2,11$ e $0,52 \pm 1,61$, respectivamente ($p=0,03$).

Ainda em relação à escolaridade, evidenciamos que àqueles com escolaridade baixa e média dedicam mais tempo à atividade de “Monitorização da glicemia”, $0,16 \pm 0,86$ e $1,68 \pm 2,60$, respectivamente, do que pessoas com diabetes com escolaridade mais elevada que não dedicam nenhum dia para este fim ($p=0,0001$).

Em relação à faixa etária, o cuidado com a “Alimentação específica” tem mostrado um autocuidado adequado pelas pessoas com diabetes, evidenciando que essa prática é mais regular nos idosos, $0,46 \pm 1,60$ dia/semana, do que nos não-idosos, $1,33 \pm 2,48$ dias/semana. Percebe-se então que as pessoas com diabetes idosas aderem melhor a esta prática ($p=0,01$).

Para o tempo de diagnóstico, “Monitorização da glicemia” e “Medicação” foram os domínios em que houve diferença estatística. Especificamente o domínio “Monitorização da glicemia” não tem sido apresentado como adequado pelas pessoas com diabetes, pelos valores das médias encontradas. Além disso, comparando os três tempos de diagnósticos utilizados,

àqueles com mais tempo com a doença apresentaram melhor adesão (pessoas com diabetes com <1 ano= 0,11±0,50, 1 a 5 anos= 0,32±0,61 e >5 anos= 0,84±2,05 dia/semana, p= 0,01).

Ainda no que concerne o Tempo de diagnóstico, pessoas com diabetes mostraram comportamento de autocuidado desejável em relação à dimensão “Medicação”, sendo a média para o uso adequado desta maior naqueles com tempo da doença >5 anos, 6,66±1,46 dias/semana do que àqueles com menor tempo de diagnóstico, <1 ano= 5,78±2,51, p= (0,009).

A tabela 3 avalia a frequência dos hábitos tabágicos nos últimos sete dias dos participantes.

Tabela 3. Hábitos tabágicos da amostra estudada, conforme Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). Redenção-CE, 2016.

TABAGISMO – QAD			
ÍTEM DO QAD	FREQUÊNCIA	N	%
Fumou nos últimos sete dias?	SIM	9	9,2
	NÃO	89	90,8

No que se refere ao tabagismo, à amostra estudada demonstrou que em sua maioria, as pessoas com diabetes não fumaram nos últimos sete dias.

DISCUSSÃO

Verificamos na amostra estudada, maior frequência de mulheres com DM2, pessoas com diabetes com baixa escolaridade, não-idosos e com tempo de diagnóstico superior a cinco anos. É importante mencionar que, embora alguns homens já estejam buscando pelo serviço de saúde, as mulheres utilizam mais. A literatura corrobora com esta ideia quando descreve que pessoas com diabetes são mais mulheres e, isto está associado a inúmeros fatores, como maior atenção e cuidado com o aparecimento de problemas de saúde, melhor conhecimento sobre estes e maior utilização dos serviços de saúde (ZANDONÁ, BITTENCOURT, 2012).

Quanto à escolaridade, a porcentagem de pessoas com diabetes difere significativamente quando analisado esta variável. Na população que possui até oito anos de estudo, o percentual de pessoas com diabetes é de 7,5%. Entre os que têm entre nove e 11 anos de estudo, esta porcentagem cai para cerca da metade, alcançando 3,3% e na população com 12 ou mais anos de estudo, o diabetes atinge em média 3,7% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2016).

Com o atual padrão epidemiológico do diabetes de tipo 2 no mundo, compreende-se essa doença que, no passado, acometia majoritariamente pessoas com mais idade, hoje, vê seu diagnóstico proporcional crescer entre pessoas mais jovens, uma mudança atribuída a alterações nos hábitos de vida, à urbanização e ao envelhecimento da população (LIMA *et al.*, 2013).

Na avaliação das atividades de autocuidado, o domínio que obteve maior média foi “Medicação” e “Alimentação Específica” e, as menores foram “Atividade física”, “Monitorização da Glicemia” e “Cuidado com os pés”. Percebemos que “Medicação”, possivelmente por ser atividade presente, para muitos, desde o diagnóstico, pode ter interferido positivamente e contribuído para esse resultado. Isto principalmente para pessoas com diabetes que pensam no uso da terapia medicamentosa como curativa. É necessário ressaltar que todas essas outras atividades deveriam também estar presentes e serem inseridas na prática de pessoas com DM, desde o diagnóstico da doença.

Dados semelhantes foram encontrados em pesquisas que utilizaram o mesmo instrumento. Em estudo que objetivou avaliar as atividades de autocuidado em adultos brasileiros com DM e complicações em membros inferiores, encontrou maior média para as atividades relacionadas à terapêutica medicamentosa. Resultado semelhante foi encontrado também em outro estudo, desenvolvido na Índia, cujo objetivo foi estimar o comportamento de autocuidado e os fatores que o influenciam entre adultos com DM2 naquele país, mostra em seus resultados que 79,8% dos participantes realizavam atividades relacionadas à terapia medicamentosa, enquanto 21% relatavam realizar o nível de outra atividade de autocuidado com atividades físicas recomendadas (GOMIDES *et al.*, 2013; GOPICHANDRAN *et al.*, 2012).

Em relação às variáveis sociodemográficas, especificamente sexo, estudo que fez uso desse instrumento obteve resultados semelhantes aos da presente pesquisa, isto é, mostraram boa pontuação para a atividade de autocuidado principalmente nas mulheres em detrimento dos homens (ANDRADE *et al.*, 2011). Este resultado pode ter relação com o cuidado e organização das mulheres nas atividades de vida diária, pois por muito tempo esta era quem cuidava do lar e dos filhos lembrando dos cuidados diários. Por sua vez, cuidar de si também a faz não esquecer o que lhe é importante.

Em estudo cujo objetivo foi avaliar a adesão terapêutica de pessoas com diabetes com Diabetes Mellitus Tipo 2, dados encontrados corroboram também com o presente estudo, pois as mulheres apresentaram melhor adesão medicamentosa do que os homens por

demonstrarem maior preocupação e cuidado com a doença quando comparadas aos homens. Além disso, as mulheres são mais esclarecidas quanto aos efeitos deletérios do diabetes sobre o corpo, fato associado com maior frequência nas unidades de saúde da família (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo que teve como objetivo identificar a adesão ao tratamento de pessoas com diabetes e hipertensão entre homens e mulheres e comparar a adesão ao tratamento a partir dos gêneros. O resultado trouxe a baixa adesão medicamentosa por parte dos participantes do sexo masculino, justificando pela falta de interesse nas questões relacionadas à sua saúde. Além disso, é importante mencionar que o homem, dentro da nossa sociedade, é visto como invulnerável aos agravos e este fato contribui para sua baixa adesão ao autocuidado (ANDRADE *et al.*, 2011).

A adesão ao tratamento medicamentoso por mulheres diabéticas é mais desejável e tendem a ter maior controle sobre as taxas de glicemia, uma vez que elas mostram-se mais atentas para o autocuidado ao seguirem a rotina correta na medicação. Outro fator que contribui para a maior adesão das mulheres diabéticas ao uso regular do medicamento são as informações que estas recebem nas unidades de saúde no qual frequentam através dos programas de prevenção de doenças de alta incidência, que se mostram eficientes integrando essa patologia que gera um alto índice de complicações e de mortalidade (EMÍDIO *et al.*, 2014). Além disso, estudo mostrou que alguns dos fatores para o controle do DM pelas mulheres está associado ao fato delas serem mais atentas quanto aos sintomas e sinais físicos das doenças e procuram assistência em serviços de saúde com maior frequência que os homens (ROSSANEIS *et al.*, 2016).

Estudo transversal, realizado em um centro de pesquisa, mostrou-se contrário aos resultados da presente pesquisa, que a adesão ao tratamento medicamentoso foi maior nos homens, pois as mulheres são mais propensas ao estresse e há maiores alterações na saúde mental (VILLAS-BOAS *et al.*, 2012).

Em estudo seccional, com o objetivo de analisar a relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com DM2, resultado mostrou maior taxa de adesão ao tratamento medicamentoso (95,5%), sendo que 64,2% das pessoas estudadas faziam uso de insulina e Antidiabéticos Orais - ADO associados. Resultado semelhante a esse último estudo mostrou, em uma amostra de adultos com DM2, que 75,9% das pessoas referiram adesão ao tratamento medicamentoso e 19,1% dessa amostra também fazia associação entre insulina e ADO (VILLAS BOAS *et al.*, 2012; CARDOSO *et al.*, 2011).

Observa-se, portanto, que, independentemente do tipo de medicação prescrita, as pessoas com DM desempenham, com maior frequência, a atividade de autocuidado relativa à medicação do que aquelas relacionadas às mudanças de estilo de vida.

Quanto à escolaridade, foi perceptível que a atividade “Alimentação específica” trouxe diferença significativa ($2,00 \pm 2,68$), mostrando que as pessoas com diabetes com alta escolaridade aderem menos à essa atividade do que pessoas com baixa escolaridade. A literatura tem demonstrado que comportamento relacionado aos hábitos alimentares é um dos principais desafios para o cuidado à saúde, principalmente quando envolve os aspectos culturais, econômicos, emocionais e ambientais (BAQUEDANO *et al.*, 2011). Isso demonstra que os pacientes de baixa e média escolaridade apresentam um autocuidado melhor do que aqueles de nível superior.

A educação alimentar é fator essencial para o tratamento do DM, pois sem uma alimentação equilibrada, é inviável obter bom controle metabólico. Porém, as pessoas com DM relataram e os profissionais de saúde constataram ao acompanhar pessoas com este diagnóstico que modificar o estilo de vida no que diz respeito aos hábitos alimentares é um dos aspectos mais desafiadores no autocuidado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Neste estudo, o autocuidado relacionado à “Alimentação específica” é considerado desejável, visto que em todas as variáveis estudadas neste domínio, pessoas com diabetes obtiveram autocuidado adequado. Contudo, em estudo transversal realizado com frequentadores do Centro de Convivência de Idosos (CCI) em cidade interiorana de Pernambuco, mostrou que pessoas com diabetes apresentaram baixa ingestão de alimentos ricos em carboidratos e gorduras, uma vez que são alimentos de custo elevado, estando a baixa escolaridade relacionada a uma menor renda, deste modo, justificando o menor consumo destes alimentos (BARBOSA *et al.*, 2015).

Em outro estudo, também foi demonstrado que pessoas com diabetes com baixa escolaridade não têm o hábito de ingerir alimentos ricos em gorduras, doces, frutas ou verduras em excesso e isso está atrelado ao poder socioeconômico do paciente, visto que esse tipo de alimentação se torna mais oneroso (COELHO *et al.*, 2015).

Em outro estudo que avaliou a adesão ao tratamento não medicamentoso em adultos brasileiros com DM tiveram resultados semelhantes da presente investigação. Este encontrou que maior escolaridade e renda parecem predizer uma maior adesão a alimentos inadequados como doces e gorduras (VILLAS-BOAS *et al.*, 2011).

Segundo estudo realizado utilizando o QAD, houve baixo autocuidado em relação às recomendações de dieta das pessoas com diabetes com baixa escolaridade, o que refuta os achados do presente estudo (BELTRÁN *et al.*, 2012).

Esses achados remetem à reflexão que pessoas com diabetes com baixa escolaridade não tem o hábito de ingerir alimentos inadequados como doces e gorduras, devido a relação com o baixo poder aquisitivo dessa classe. Em contrapartida, os indivíduos com escolaridade mais alta, sugerem ter melhores condições socioeconômicas e ingerem mais esses tipos de alimentos. Ou seja, o nível de escolaridade está diretamente relacionado às condições socioeconômicas e a ingestão desses alimentos.

Ainda sobre a escolaridade, o presente estudo obteve média muito baixa de autocuidado relacionado à “Monitorização da glicemia”. Além disso, pessoas com diabetes com alta escolaridade não monitorizam a glicemia (0,00). Isso pode estar relacionado à confiança nos resultados das medicações, falta de interesse e/ou estímulo, ou aceitação da doença. Ainda se deve ter o devido cuidado, pois pessoas com diabetes podem apresentar complicações ou episódios de hiperglicemia ou hipoglicemia, precisando de intervenção imediata.

A literatura tem apontado algumas dificuldades para a realização da monitorização glicêmica domiciliar, tais como fatores psicológicos, econômicos e sociais, além de dificuldades financeiras, medo de agulhas/lancetas e, inabilidade para manusear o glicosímetro, mesmo com a obtenção de instruções adequadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Nessa vertente, é necessário reforçar a importância da educação para o autocuidado voltado para a monitorização da glicemia. Atualmente, constitui um desafio para os profissionais de saúde, que devem buscar estratégias inovadoras (EVANS *et al.*, 2013). Entretanto, os enfermeiros necessitam de capacitação para motivar as pessoas com diabetes a reconhecer a monitorização da glicemia capilar como ferramenta importante para o autocuidado (SCHÖLD *et al.*, 2013).

Os resultados deste estudo refutam o que um estudo transversal desenvolvido no Ambulatório de Diabetes de uma unidade de atenção terciária apresentou, onde os dados mostraram que quanto maior a escolaridade, maior o autocuidado voltado para essa atividade, atingindo média de cinco, nos escores do questionário QAD, considerada próxima ao desejável. Isso se justifica pelo fato de pessoas com maior escolaridade também apresentam uma renda mais elevada, facilitando o acesso à monitorização por meio do glicosímetro

(FARIA *et al.*, 2013). No entanto, espera-se que a automonitorização da glicemia capilar seja realizada por todas as pessoas com DM, principalmente, em uso de insulina e/ou antidiabéticos orais (ADO). Neste sentido, é necessário que profissionais de enfermagem, também, realizem promoção da saúde e busquem meios e estratégias para mostrar a esta parcela da população a importância da monitorização da glicemia e controle glicêmico.

Estudo mostrou que o baixo nível de escolaridade dificulta a adaptação às práticas de autocuidado devido a menor procura pelos serviços de saúde e menor acesso às informações necessárias ao autocuidado. O baixo nível educacional pode limitar o acesso às informações e as oportunidades de aprendizagem relacionadas aos cuidados com a saúde devido a um possível comprometimento da habilidade de leitura, escrita, de compreensão ou até mesmo da fala (CARDOSO; MORAES; PEREIRA, 2011). Mesmo assim, na presente pesquisa, este público embora com média inferior ao desejável, ainda realiza maior monitorização do que pessoas com diabetes com alta escolaridade.

Ainda na análise do cruzamento entre as características sociodemográficas e clínicas com as atividades de autocuidado, observou-se, no presente estudo, diferença significativa entre a faixa etária e alimentação específica sugerindo que quanto maior a idade, menor a frequência do consumo de alimentos inadequados. Observa-se, portanto, que os idosos estão cuidando mais da alimentação após o diagnóstico. E, isso também, justifica-se pelo número elevado de não-idosos com a doença. Isso pode ter relação com a preocupação em manter-se com vida e saudável. Os jovens, por sua vez, podem achar que o organismo consegue manter-se em equilíbrio mesmo com a doença e em situações insalubres.

Contudo, outro estudo mostrou que pessoas com maior idade tendem a ter maiores dificuldades para compreender as recomendações terapêuticas, inclusive sobre alimentação adequada (ASSUNÇÃO, *et al.*, 2012).

Para esta amostra de pessoas não-idosas, deve ser levado em consideração o seu perfil psicossocial, que, de alguma forma o suscetibiliza, pois, apesar do conhecimento acumulado e difundido, compreende-se a dificuldade em desenvolver um estilo de vida saudável, visto que vários fatores de risco estão relacionados e influenciados pela cultura do prazer instantâneo, fácil e comprável, disseminada na mídia e reforçada pelo consumismo da sociedade atual (MOREIRA *et al.*, 2010).

Quanto ao tempo de diagnóstico, esta pesquisa mostrou que quanto maior o tempo de diagnóstico, maior a frequência da monitorização da glicemia, apresentando diferença estatística significativa quando comparada a dimensão “Monitorização da glicemia”. Este

achado corrobora com pesquisa cujo objetivo foi avaliar as atividades de autocuidado e verificar suas relações com as características sociodemográficas, o controle metabólico e os dados clínicos de pessoas com DM tipo 2 (COELHO *et al.*, 2015).

Podemos associar também esses dados ao fato de que pessoas com diabetes diagnosticados há mais tempo, apresentam melhor conhecimento sobre a doença e com isso entendem a importância de tal monitorização.

Com relação à adesão terapêutica, concluímos que pessoas com diabetes com mais de cinco anos com a doença apresentaram uma melhor adesão terapêutica. Isso pode ter relação com o melhor conhecimento sobre a enfermidade, seu tratamento/controlado e suas complicações, fazendo com que cuidem melhor de si.

Ainda sobre o tempo de diagnóstico, Segundo Alves e Calixto (2012), em estudo transversal, foi identificado que seguir a dieta orientada, agendar consultas e locomoção são aspectos que influenciam e interferem na adesão ao tratamento do DM, mostrando resultados semelhantes aos do presente estudo, onde quanto maior o tempo de diagnóstico da doença, maior a adesão terapêutica medicamentosa.

Quanto ao tabagismo, encontrou-se, na amostra estudada, baixa frequência de pessoas que fizeram uso de tabaco nos últimos sete dias (9,2%). Esse resultado mostrou-se positivo, pois já existem evidências que apontam que o uso de tabaco está associado à ocorrência de complicações ao paciente diabético como amputações (GOMIDES *et al.*, 2013). Estudo semelhante mostrou que há incorporação de autocuidado das pessoas com diabetes em relação ao tabagismo, considerando que o tabaco é um fator de risco para desenvolvimento da neuropatia diabética (VERAS, *et al.*, 2014).

Com base no resultado alcançado, consideramos satisfatório o autocuidado das pessoas com DM2 em relação ao tabagismo. Porém, faz-se necessário o aprofundamento nesses dados para melhor compreensão dos hábitos tabágicos da amostra estudada e possível intervenção.

Esperava-se que os comportamentos de autocuidado relacionados à “Alimentação geral”, “Alimentação específica”, “Atividade física”, “Monitorização da glicemia” e “Cuidado com os pés” estivessem em nível desejável, considerando que essas são atividades básicas de cuidado com a saúde de pessoas com diabetes. Contudo, os resultados obtidos em relação à essas dimensões estão aquém do desejável, evidenciando a necessidade de desenvolvimento de estratégias educativas efetivas para o fortalecimento das práticas de autocuidado pela pessoa com diabetes na Atenção Primária à Saúde. Nesses aspectos,

especificamente, é primordial que a enfermagem trabalhe e busque intervir para melhorar essas atividades. Esses achados, por sua vez, contribuirão para que os profissionais saibam em que aspecto é primordial a intervenção. Isto também é autocuidado apoiado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados mostraram que as atividades de autocuidado relacionadas às mudanças comportamentais são as que requerem maiores investimentos para atingir as metas do cuidado e, a faixa etária, escolaridade e tempo do diagnóstico devem ser considerados no planejamento da assistência de enfermagem a pessoa com diabetes mellitus.

Deste modo, os profissionais de saúde devem atuar como facilitadores, motivando as mudanças comportamentais desejáveis para o controle da doença, além de apoiar o desenvolvimento e fortalecimento de habilidades para o autocuidado.

O processo educativo é árduo, contínuo e permanente, e exige a utilização de estratégias inovadoras para o alcance das metas para o controle da doença, uma vez que requer a modificação de hábitos e padrões de comportamentos com base nas necessidades das pessoas identificadas em cada atendimento.

Aceitação prévia das pessoas com DM2 ao estudo caracterizou-se como principal limitação pelos pesquisadores, auxiliando na reflexão sobre a possível falta de interesse destes em relação à temática. Com isso, espera-se que estudos futuros sejam realizados para melhor compreensão das atividades de autocuidado de pacientes com DM2.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, D. M. C.; COSTA, D. M. N.; VALENTE, G. S. C.; CÉSAR, R.F. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica: um enfoque nas relações de gênero. **Rev enferm UFPE**. 5(10):2359-67, 2011.

ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst**. 30(3):255-60, 2012.

ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2012.

BAQUEDANO, I. R.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S.; MARTINS, T. A.; ZANETTI, M. L. Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em serviço de urgência no México. **Rev Esc Enferm USP**. 2011; 44(4):1017-23.

BARBOSA, M. A. G. et al. Alimentação e diabetes mellitus: percepção e consumo alimentar de idosos no interior de Pernambuco. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 28(3): 370-378, jul./set., 2015.

BELTRÁN, L. F. A. et al. Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nível. **Investig. Enferm. Imagen Desarr.** 14 (2) : 61-83, julio-diciembre de 2012.

BRASIL. 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, 2014. 162 p.

CARDOSO, M. I.; MORAES, M. A. M.; PEREIRA, J. G. Práticas de autocuidado desenvolvidas por pessoas com diabetes tipo 2 em uma unidade de saúde da família. **Gestão Saúde.** 2011; 2(1):277-90.

COELHO, A.C.M., et al. Atividades de autocuidado e suas relações com controle metabólico e clínico das pessoas com diabetes Mellitus. **Texto contexto - enferm.,** vol. 24 no. 3 Florianópolis July/Sept. 2015.

COQUEIRO, J. M. et al. A Produção de Saberes no Cuidado aos Pessoas com diabetes na Estratégia Saúde da Família. **UNICIÊNCIAS,** v.19, n.1, p.93-99, 2015.

DANIELE, T. M .C.; VASCONCELOS, J. P.; COUTINHO, F. G. Avaliação do autocuidado de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 em uma unidade de atenção básica. **Cinergis** 2014;15(3):135-139.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: **A.C. Farmacêutica,** 2016.

EMÍDIO et al. Comparação entre autocuidado e hipertensão em mulheres portadoras de diabetes mellitus tipo II. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** Vol.05, edição especial. Ano 2014 p.2632-40.

EVANS, J. M.; MACKISON, D.; SWANSON, V.; DONNAN , P. T.; EMSLIE-SMITH, A. LAWTON J. Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: patients' perceptions of 'high' readings. **Diabetes Res Clin Pract.** 2013; 102(1):e5-7.

FARIA, H. T. G.; RODRIGUES, F. F. L.; ZANETTI, M. L.; ARAÚJO, M. F. M.; DAMASCENO, M. M. C. Fatores associados à adesão ao tratamento de pessoas com diabetes com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm.** 2013;26(3):231-7.).

GOMIDES, D. S.; VILLAS-BOAS, L. C. G.; COELHO, A. C. M.; PACE, A. M. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. **Acta Paul Enferm.,** 2013; 26(3):289-93.

GOPICHANDRAN, V.; LYNDON, S.; ANGEL, M. K.; MANAYALIL, B. P.; BLESSY, K. R.; ALEX, R. G. Diabetes self-care activities: a community-based survey in urban Southern India. **Nat Med J I.** 2012; 25(1):14-7.

LIMA et al. Hospitalizações por diabetes em adultos e idosos no Ceará, 2001-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde.** 2013. vol. 23n. 4.

MARQUES, M. B. et al. Avaliação da competência de idosos pessoas com diabetes para o autocuidado. **Rev Esc Enferm USP** 2013; 47(2):415-20.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde,** 2012. 512 p.

MICHELS, M. J.; CORAL, M. H.; SAKA, T.M.; DAMAS, T. B.; FURLANETTO, L. M. Questionário de atividades de autocuidado com diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arq Bras Endocrinol Metab.** 2010;54(7):644-50.

MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; SANTOS, J. C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Rev Gaúcha Enferm.,** Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):662-9.

OLIVEIRA, M. S. S.; OLIVEIRA, I. C. C.; AMORIN, M. E. S.; OTTON, R.; NOGUEIRA, M. F. Avaliação da adesão terapêutica de pessoas com diabetes com diabetes mellitus tipo 2. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 8(6):1692-701, jun., 2014.

RODRIGUES, J. A.; LIMA, F. J. S. DE; SANTOS, A. G. DOS. Atuação do enfermeiro com pessoas com diabetes com diabetes mellitus na melhoria da qualidade de vida. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 13, no 45, jul./set. 2015, p.84-90.

RONKSLEY, P. E. et al. Patterns of engagement with the health care system and risk of subsequent hospitalization amongst patients with diabetes. **BMC Health Serv Res.**, v. 13, p.399, 2013.

ROSSANEIS, et al. Diferenças entre mulheres e homens pessoas com diabetes no autocuidado com os pés e estilo de vida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2016;24:e2761.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**, v.377, n.9781, p.1949-1961, 2011.

SCHÖLD, A. K., et al. The options of the management of self-monitoring of blood glucose in primary health care centres by the diabetes nurses and patients. **Prim Care Diabetes**. 2013;7(2):143-9.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo (P): AC Farmacêutica, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. VIGITEL 2011: Diabetes. Rio de Janeiro. 2016

ZANDONÁ, T.; OLIVEIRA, T. B. DE. Perfil dos pacientes diabéticos tipo 2 que utilizam antidiabéticos orais. **Rev. Bras. Farm.** 93(4): 476-480, 2012.

SPAGNUOLLO, R. S. et al. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. **Cienc Cuid Saude**. 2012 Abr/Jun; 11(2):226-234.

VERAS, V. S. et al. Autocuidado de pessoas com diabetes inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. **Rev Gaúcha Enferm**. 2014 dez;35(4):42-8.

VILLAS BOAS, L. C. G.; et al. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jan.-fev. 20(1): [08 telas]; 2012.

VILLAS BOAS, L. C. G.; et al. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011 Abr-Jun; 20(2): 272-280.