

# Avaliação do conhecimento e do autocuidado de pacientes diabéticos portadores de doenças infecciosas

## Evaluation of knowledge and self-care of diabetic patients with infectious diseases

Katia Regina Oliveira Azevedo Rocha<sup>1</sup> , Lusiele Guaraldo<sup>2</sup> , Patrícia Dias Brito<sup>3</sup> 

1. Grupo de Pesquisa Clínica em Nutrição e Doenças Infecciosas; Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2. Laboratório de Pesquisa Clínica em Doenças Febris Agudas; Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 3. Grupo de Pesquisa Clínica em Nutrição e Doenças Infecciosas, Serviço de Nutrição, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

### Resumo

**Objetivo:** avaliar o conhecimento e autocuidado dos pacientes diabéticos portadores de doenças infecciosas. **Métodos:** foi realizado estudo seccional com uma amostra de conveniência de pacientes, em uma unidade de saúde no Rio de Janeiro, com aplicação dos questionários *Diabetes Knowledge Scale Questionnaire*, *Summary of Diabetes Self Care Activities Questionnaire* e da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar versão reduzida. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição, e todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** foram incluídos 50 participantes, com idade média de  $60,8 \pm 10,0$  anos, sendo a maioria (60%) do gênero feminino, da cor da pele não branca (64%) com diagnóstico de HIV/AIDS (44%) ou doença de Chagas (38%). Metade da amostra apresentou conhecimento suficiente acerca do diabetes, e a pontuação média foi de 8,02. A média de adesão ao autocuidado foi de 4,9 dias, e a situação de insegurança alimentar foi evidenciada em 62% dos pacientes. **Conclusão:** neste estudo, foram evidenciados um conhecimento limítrofe, uma baixa adesão às atitudes de autocuidado e uma alta prevalência de segurança alimentar, mostrando a importância de inclusão de aspectos socioeconômicos e psicoemocionais no planejamento de ações educativas interdisciplinares para gestão do diabetes.

**Palavras-chave:** Doenças Transmissíveis; Educação em Saúde; Segurança Alimentar e Nutricional; Vulnerabilidade em Saúde.

### Abstract

**Objective:** the aim of this study was to evaluate the knowledge and self-care of diabetic patients with infectious diseases. **Methods:** A sectional study was carried out with a convenience sample of patients in a health unit in Rio de Janeiro, with the application of the Diabetes Knowledge Scale Questionnaire, Summary of Diabetes Self Care Activities Questionnaire, and the short form of Brazilian Food Insecurity Scale. The study was approved by the institution's Ethics Committee and all participants signed an informed consent form. **Results:** Fifty patients were included, with a mean age of  $60.8 \pm 10.0$  years, the majority being female (60%), non-white skin color (64%) diagnosed with HIV/AIDS (44%) or Chagas Disease (38%). Half of them obtained sufficient knowledge about diabetes, and the mean score was 8.02. The mean adherence to self-care was 4.9 days, and food insecurity was demonstrated in 62% of patients. **Conclusion:** In this study, borderline knowledge, low adherence to self-care activities, and the high prevalence of food insecurity were evidenced, highlighting the importance of including socioeconomic and psychoemotional aspects in the planning of interdisciplinary educational activities for the management of diabetes.

**Keywords:** Communicable Diseases; Health Education; Food and Nutrition Security; Health Vulnerability.

### INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem sido observada uma tendência à redução da mortalidade relacionada às doenças infecciosas e parasitárias, resultado de ações implantadas pelo SUS, como ampliação e aperfeiçoamento das ações de vigilância, e universalização e descentralização do acesso aos serviços<sup>1</sup>.

A morbidade, entretanto, não apresenta redução na mesma intensidade, representando um contínuo desafio aos programas de prevenção e tratamento, uma vez que, a partir da sua cronificação, novas situações clínicas, como morbidades metabólicas, adquiriram importância para o cuidado dos indivíduos infectados<sup>2</sup>.

O diabetes mellitus é uma das cinco doenças crônicas de maior relevância na área da saúde, seja pela crescente expansão, seja pelas complicações<sup>3</sup>. No Brasil, dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), demonstram a tendência de aumento de 25% na prevalência da doença, no período de 2006 até 2013<sup>4</sup>.

O tratamento do diabetes envolve aspectos complexos que vão desde o conhecimento da doença, a aceitação da condição e a decisão para o autocuidado. Neste contexto, devem ser valorizados o papel da família ou rede de apoio e o

**Correspondente:** Patrícia Dias Brito. Av. Brasil, 4365 - Manguinhos, Rio de Janeiro - RJ, 21040-360. E-mail: patricia.brito@ini.fiocruz.br

**Conflito de interesse:** Não há conflito de interesse por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 13 Ago 2021; Revisado em: 1 Set 2021; Aceito em: 2 Set 2021

## 2 Conhecimento e autocuidado em diabetes

estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, dada sua relevância para o tratamento, sobretudo no que se refere às orientações e à realização do autocuidado<sup>5</sup>.

É importante considerar que, para promover ações de saúde eficazes no atendimento aos pacientes diabéticos, é preciso ter um entendimento acerca da dimensão de conhecimento do paciente sobre o autocuidado, das percepções do paciente quanto ao que lhe é orientado, de suas crenças e como estas podem ser decisivas na forma como eles aprendem, decidem e passam ou não a se cuidar<sup>5</sup>.

O tratamento e o controle do diabetes requerem mudanças no estilo de vida, o que nem sempre acontece de maneira fácil, exigindo uma capacidade de enfrentamento do paciente aos ajustes que serão necessários à manutenção da saúde, tais como o seguimento de orientações nutricionais, inserção de atividade física e uso de medicamentos<sup>3,6,7</sup>. Dessa forma, a educação para o autocuidado é preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como ferramenta para melhorar a adesão ao tratamento<sup>8</sup>, e a abordagem terapêutica multiprofissional deve estimular e desenvolver a autonomia do paciente para o autocuidado<sup>9</sup>.

Conhecer as lacunas e dúvidas que o paciente tem sobre a doença é importante para que as equipes de saúde qualifiquem suas ações, pois, quando o paciente conhece sua doença, tem maiores possibilidades de enfrentar os desafios diários<sup>10</sup>.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento e o autocuidado do paciente diabético portador de doença infecciosa, descrevendo as relações entre conhecimento, autocuidado e segurança alimentar.

### MÉTODOS

Estudo seccional, prospectivo, realizado no ambulatório de endocrinologia de uma unidade de referência para o tratamento de doenças infecciosas, no Rio de Janeiro. Foi utilizada uma amostra de conveniência de pacientes diabéticos portadores de doenças infecciosas, adultos (maiores de 18 anos), de ambos os sexos.

Os pacientes foram abordados, individualmente, na sala de espera enquanto aguardavam a consulta, no período de 2/4/2019 a 13/5/2019. Após explicação sobre o estudo, os pacientes eram encaminhados a um espaço reservado para o processo de consentimento e a realização da entrevista para coleta de dados.

Na entrevista, foram aplicados a ficha de coleta de dados sociodemográficos clínicos e de adesão, os questionários traduzidos e validados, Diabetes Knowledge Scale Attitudes Questionnaire– DKN-A11, Summary of diabetes Self Care Activities Questionnaire – SDSCA (Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes – QAD)<sup>12</sup> e a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) versão reduzida<sup>13</sup>.

O DKN-A é um questionário com 15 questões de múltipla escolha sobre aspectos relacionados ao conhecimento geral de diabetes<sup>11</sup>. O resultado foi expresso como a somatória dos escores obtidos com cada resposta (considerando escore 0 para resposta incorreta e 1 para correta). Uma pontuação maior que 8 (oito) foi considerada como presença de conhecimento suficiente acerca do diabetes<sup>14</sup>.

O QAD avalia a realização de atividades pelos pacientes e sua concordância com a prescrição médica ou de outro profissional de saúde. O maior tempo de adesão nos vários itens (sendo 0 dia menos desejável e 7 dias mais favoráveis) indica melhor autocuidado do paciente em relação à doença<sup>12</sup>. Nos itens da dimensão sobre alimentação específica que questionam sobre o consumo de alimentos ricos em gordura e doces, os valores são invertidos (7 dias têm escore 0, e assim sucessivamente)<sup>12</sup>. Considerou-se comportamento desejável de autocuidado quando a média obtida foi superior a 4, ou no caso das dimensões invertidas, menos de 4<sup>15,16</sup>.

Os dados coletados foram transcritos para uma planilha de Excel<sup>®</sup> e, posteriormente, analisados com auxílio do software SPSS for Windows, considerando o nível de significância de 5%. A associação entre a classificação dos instrumentos e as variáveis sociodemográficas e clínicas foi avaliada por meio da correlação de Spearman (quando variáveis contínuas) ou pela ANOVA (quando variáveis categóricas). A associação entre a classificação dos instrumentos com as demais variáveis categóricas foi realizada mediante o teste Qui-quadrado de Pearson.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição em 5/12/2018 sob o Parecer de número 3.059.202.

### RESULTADOS

Todos os pacientes convidados aceitaram participar do estudo (n=50). O perfil sociodemográfico e clínico encontra-se descrito na tabela 1. A idade média dos participantes foi de 60,8 ± 10,0 anos, sendo a maioria (60%) do gênero feminino, da cor da pele não branca (64%) com tempo médio de escolaridade de 8,3± 3,7 anos. Mais da metade da população do estudo foi composta por indivíduos aposentados (54%) com renda familiar de até dois salários-mínimos (60%). As doenças infecciosas mais frequentes foram HIV/AIDS (44%) e Doença de Chagas (38%). O tempo médio do diagnóstico do diabetes declarado pelos participantes foi de 10,2 ± 6,5 anos, sendo que 13 deles não souberam responder. Mais da metade (52%) dos participantes não usava insulina, morava acompanhado (70%) e relatou ter apoio familiar para o tratamento (80%).

Quanto às orientações dietéticas, 86% dos participantes relataram ter recebido alguma orientação, e 90% destes (n =39) afirmaram que a orientação foi fornecida por um nutricionista. A maioria (97,7%, n=42) recebeu esse tipo de orientação pela equipe da instituição e apenas um participante informou ter recebido a informação em outra unidade de saúde.

### 3 Conhecimento e autocuidado em diabetes

Quanto ao aspecto da assiduidade às consultas com o profissional nutricionista, 20% (n=10) afirmaram ser assíduos, e o restante relatou diversos motivos para a não adesão, tais como “falta de dinheiro para o deslocamento”, “dificuldades com o trabalho”, “falta de convocação para a consulta”, “motivo religioso”, “distância da residência”, “desleixo”, “não vejo necessidade, pois faço o controle correto”, “Eu sei que fujo”, “não tenho desejo” e “falta de dinheiro para comprar alimentos que a nutricionista me passou”.

**Tabela 1.** Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes diabéticos portadores de doença infecciosa assistidos em uma unidade de saúde no Rio de Janeiro/ 2019.

Variáveis	(N)	(%)
<b>Gênero</b>		
Feminino	30	60
Masculino	20	40
<b>Cor / Raça</b>		
Branca	18	36
Não branca (preta/parda/amarela)	32	64
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	17	34
União estável	02	4
Casado	18	36
Separado	1	2
Divorciado	5	10
Viúvo	7	14
<b>Grau de escolaridade</b>		
Não declarou	1	2
Analfabeto	2	4
Fundamental	27	54
Médio	18	36
Superior	2	4
<b>Renda Familiar (salários mínimos)</b>		
Nenhuma	1	2
até 1	14	28
Acima de 1 até 2	15	30
Acima de 2 até 4	7	14
Acima de 4 até 10	4	8
não declarada	9	18
<b>Ocupação</b>		
Aposentados	27	54
Desempregados	8	16
Trabalhador ativo	12	24
Do lar	3	6
<b>Doença infecciosa de base</b>		
HIV	22	44
Chagas	19	38
HTLV	3	6
TB	6	12

De acordo com o questionário DKN-A, 50% dos participantes (n=25) apresentavam conhecimento suficiente acerca do diabetes, com pontuação superior a 8 (oito). A média geral de pontos foi de  $8,02 \pm 2,48$ . As questões com maior proporção de acertos foram as relacionadas à “composição do arroz”, à glicemia alta e diabetes sem controle e o manejo da hipoglicemia. As questões com maior proporção de erros foram em relação à substituição de alimentos, a causa da hipoglicemia e a faixa de glicemia normal. A tabela 2 apresenta a frequência de acertos e erros por questão.

A pontuação do DKN-A apresentou correlação com a idade dos pacientes ( $r= 0,31$ ;  $p=0,03$ ) e com o tempo de escolaridade ( $r=0,43$ ;  $p=0,002$ ).

Houve maior frequência de pacientes com conhecimento suficiente entre os mais jovens (até 59 anos) (66,67%) em comparação àqueles com 60 anos ou mais (34,61%;  $p=0,024$ ), os de maior escolaridade (ensino superior, 100%,  $p=0,035$ ) e os que receberam alguma orientação dietética (55,81%,  $p=0,042$ ).

A análise das médias de pontuação do conhecimento entre os grupos demonstrou que pacientes mais jovens ( $8,92 \pm 1,89$ ), com maior escolaridade ( $10,00 \pm 1,41$ ), que estavam ativos profissionalmente ( $8,83 \pm 2,66$ ), e aqueles que receberam alguma orientação dietética ( $8,33 \pm 2,29$ ) apresentaram maiores médias de pontuação, comparado aos pacientes idosos ( $7,19 \pm 2,70$ ;  $p=0,012$ ), analfabetos ( $7,00 \pm 1,41$ ;  $p=0,037$ ), do lar ( $4,33 \pm 1,55$ ;  $p=0,035$ ) e que não receberam orientação dietética ( $6,14 \pm 2,97$ ;  $p=0,029$ ).

Em relação ao QAD, a média de adesão ao autocuidado foi de 4,9 dias, excetuando dois itens da dimensão alimentação específica (2.2 e 2.3) cuja contagem de pontuação é invertida. Quinze participantes (30%) responderam ter aderido zero dias às atividades de autocuidado; um relatou não ter prescrição médica para usar medicamento (hipoglicemiantes ou insulina), 23 não usavam insulina e 9 não tinham indicação médica para aferir a glicemia na residência (Tabela3).

Entre as atividades, constantes no QAD sobre autocuidado, relativas ao tabagismo, os resultados demonstraram que 86% (n=43) dos pacientes não são fumantes e entre esses 58,14%(n=25) nunca fumaram. Entre os pacientes fumantes (n=7), 85,71% (n=6) fumaram no dia da consulta. A média de cigarros consumidos por dia foi de 21 unidades.

Não houve associação entre a média de dias de adesão ao autocuidado e as variáveis numéricas (idade, tempo de diagnóstico de diabetes, anos de escolaridade, pontuação do DKN-A). Entre as variáveis categóricas, houve associação entre morar acompanhado e prática de atividade física descrita no item 3.1 do QAD ( $p=0,03$ ). Pacientes que residem acompanhados demonstraram praticar mais atividade física por, pelo menos, 30 minutos em comparação aos pacientes que residem sozinhos. Não houve associação entre ter conhecimento suficiente de diabetes e ter adesão satisfatória ao autocuidado.

Por meio da aplicação da EBIA foi observado que 62% dos

#### 4 Conhecimento e autocuidado em diabetes

pacientes entrevistados (n=31) apresentaram situação de insegurança alimentar. Pacientes com idade até 59 anos tiveram maior prevalência de insegurança alimentar, comparados ao grupo de pacientes idosos (>=60 anos).

Não houve associação entre ter insegurança alimentar e o conhecimento suficiente de diabetes ou adesão satisfatória ao autocuidado.

**Tabela 2.** Frequência de acertos e erros dos itens do questionário de conhecimentos sobre o diabetes – DKN-A, respondidos pelos pacientes diabéticos portadores de doenças infecciosas, atendidos em uma unidade de saúde no Rio de Janeiro/RJ, 2019.

Questões	Acertos N (%)	ErrosN (%)
1 - No diabetes sem controle, o açúcar no sangue é alto.	40 (80)	10 (20)
2 - O controle malfeito do diabetes pode resultar em uma chance maior de complicações mais tarde.	32 (64)	18 (36)
3 - A faixa de variação normal da glicose no sangue é de 70 -100 mg/Dl.	9 (18)	41 (82)
4 – A manteiga é composta, principalmente, de gordura.	36 (72)	14 (28)
5 – O arroz é composto, principalmente, de carboidratos.	40 (80)	10 (20)
6 – A presença de cetonas na urina é um mau sinal.	25 (50)	25 (50)
7 –Alterações nos pulmões, geralmente, não estão associadas ao diabetes.	32 (64)	18 (36)
8 – Se uma pessoa que está tomando insulina apresenta uma taxa alta de açúcar no sangue ou na urina, assim como a presença de cetonas, ela deve manter a quantidade de insulina e a dieta e fazer exame de sangue e de urina.	27 (54)	23 (46)
9 – Se uma pessoa com diabetes está tomando insulina e fica doente ou não consegue comer a dieta receitada, ela deve continuar a usar a insulina.	24 (48)	26 (52)
10 –Se a hipoglicemia está começando, deve-se comer ou beber algo doce imediatamente.	39 (78)	11 (22)
11 – A pessoa com diabetes pode comer o quanto quiser de alface ou agrião.	37 (74)	13 (26)
12 – A hipoglicemia é causada pelo excesso de insulina.	9 (18)	41 (82)
13 – 1 Kg corresponde a uma unidade de peso e é igual a 1000 gramas.	26 (52)	24 (48)
14 –1 pão francês é igual a 4 biscoitos de água e sal; 1 ovo é igual a uma porção de carne moída.	19 (38)	31 (62)
15 – É correta a substituição do pão francês por 4 biscoitos de água e sal ou 2 pães de queijo médios.	6 (12)	44 (88)

**Tabela 3-** Adesão às atividades de autocuidado dos pacientes diabéticos portadores de doenças infecciosas, atendidos no ambulatório de endocrinologia de uma unidade de saúde no Rio de Janeiro/RJ, 2019.

Itens do QAD	Frequência do autocuidado (dias da semana)	
	até 4 dias N (%)	5 a 7 diasN (%)
1.1 Seguir uma dieta saudável.	30 (60)	20 (40)
1.2 Seguir a orientação alimentar.	34 (68)	16 (32)
2.1 Ingerir cinco ou mais porções de frutas e vegetais.	31 (62)	19 (38)
2.2 Ingerir carnes vermelhas e /ou derivados de leite. Integral	26 (52)	24 (48)
2.3 Ingerir doces.	45 (90)	5 (10)
3.1 Praticar atividade física por, pelo menos, 30 minutos.	41 (82)	9 (18)
3.2 Praticar exercício físico específico .	45 (90)	5 (10)
4.1 Avaliar o açúcar no sangue.	23 (46)	27 (54)
4.2 Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes. Recomendado	16 (23)	25 (50)
5.1 Examinar os pés.	18 (36)	32 (64)
5.2 Examinar o interior dos sapatos antes de calçá-los.	27 (54)	23 (46)
5.3 Secar os espaços entre os dedos depois de lavar os pés	13 (26)	37 (74)
6.1 Tomar os medicamentos conforme recomendado.	3 (6)	46 (92)
6.2 Tomar as injeções de insulina conforme recomendado.	4 (8)	23 (46)
6.3 Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes	5 (10)	44 (88)

## DISCUSSÃO

O presente estudo traz à tona a relevância da discussão do enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis, especialmente o diabetes mellitus, considerando a alta prevalência, as complicações e os prejuízos sociais e econômicos aos pacientes, às famílias e à saúde pública em geral. Neste contexto, o quadro epidemiológico atual evidencia a necessidade de ações efetivas que qualifiquem e ampliem o atendimento<sup>17</sup>.

A dificuldade de acesso adequado aos serviços ambulatoriais da atenção básica contribui com o agravamento da doença e onera os serviços de alta complexidade<sup>18</sup>. Este estudo evidenciou parte dessas lacunas, pois ocorreu dentro de uma unidade de saúde de referência em doenças infecciosas destinada à pesquisa, e todos os pacientes entrevistados relataram ter dificuldade em acessar a atenção básica de saúde para tratar o diabetes nos locais onde residiam.

Semelhante ao perfil encontrado em outros estudos sobre o conhecimento em diabetes<sup>14,17,19,20,21,22</sup>, grande parte da amostra constitui-se de idosos com baixa escolaridade.

Avaliar o conhecimento e a atitude dos pacientes em relação ao diabetes pode fornecer subsídios importantes para compreender as dificuldades próprias ao manejo da doença<sup>21</sup>. Neste sentido, é importante a utilização de instrumentos validados na população local, para garantir a possibilidade de comparação dos resultados entre os diferentes estudos no país. Neste estudo, metade dos pacientes apresentaram conhecimento suficiente sobre o diabetes, refletindo uma situação limítrofe, considerando o ponto de corte adotado pela literatura. Os adultos (até 59 anos) e ativos no mercado de trabalho tiveram as melhores pontuações. Entre os idosos, a maioria (65,4%) não apresentou conhecimento suficiente acerca do diabetes. Esse dado nos faz refletir sobre a importância da abordagem à população idosa, considerando a prevalência de complicações que o diabetes pode desencadear nesta faixa etária. Borba et al<sup>14</sup>, em seu estudo, consideraram que esta lacuna no conhecimento da população idosa pode ter implicações sobre o gerenciamento do autocuidado devido ao declínio da capacidade cognitiva e motora e dificuldade de aquisição de competências. Estudo de Oliveira e Zanneti<sup>21</sup> também mostrou resultado insatisfatório em relação ao conhecimento sobre diabetes e confirmou o predomínio de pacientes idosos e com baixa escolaridade.

Observamos uma associação entre ter conhecimento sobre diabetes e ter recebido orientações dietéticas. Pacientes que receberam esse tipo de orientação demonstraram ter um maior conhecimento sobre o diabetes, o que ratifica a importância do atendimento nutricional para o melhor controle da doença, corroborando os resultados do estudo de Anunciação et al<sup>19</sup>, que mostrou que pacientes que receberam orientação nutricional acertaram mais questões comparadas àqueles que

tiveram orientação de equipe de saúde sem nutricionista. A intervenção nutricional colabora para a melhoria do conhecimento dos pacientes sobre a doença e seu manejo. Práticas de Educação Alimentar e Nutricional em grupo são ferramentas úteis para a melhora da adesão às orientações dietéticas, pois os participantes têm a oportunidade de trocar experiências e consolidar seus conhecimentos e autonomia para escolhas alimentares mais saudáveis<sup>23</sup>.

Quanto à ocupação, os pacientes ativos no mercado de trabalho demonstraram ter maior conhecimento sobre a doença, tal como no estudo de Cortez et al<sup>17</sup>. O acesso com mais facilidade aos meios de comunicação, a maior interação socioambiental e a idade podem explicar esse dado.

Também foi evidenciado que pacientes com maior escolaridade obtiveram maior conhecimento sobre o diabetes, em concordância com estudo de Rodrigues et al<sup>20</sup> e Borba, et al<sup>14</sup>. Diante do exposto, sinaliza-se a relevância da qualidade e clareza das orientações, considerando a escolaridade para definição de estratégias de educação em saúde a fim de garantir a assimilação das informações.

Em relação ao conhecimento da diabetes, as questões do DKN-A com maior número de acertos foram as relacionadas à “composição do arroz”, à glicemia alta e a diabetes sem controle e o manejo da hipoglicemia e as com menor acerto foram relacionadas à substituição de alimentos, à causa da hipoglicemia e à faixa de glicemia normal. O estudo de Anunciação et al<sup>19</sup> também mostrou que a maioria dos pacientes errou a questão que envolvia o consumo de beterraba, demonstrando a crença equivocada de que o diabético não pode comer alimentos com sabor doce.

A adesão média ao autocuidado da população estudada mostrou-se satisfatória (4,9 dias), porém muito próxima ao limite da considerada como insatisfatória (0 a 4 dias). Um terço dos pacientes respondeu ter aderido zero dia às atividades de autocuidado.

Os itens de maior adesão ao autocuidado foram os relacionados à dimensão medicamentos. Observa-se uma valorização dos medicamentos em detrimento das medidas não farmacológicas. Essa valorização dos medicamentos possui raízes históricas, pois os pacientes acreditam no efeito preponderante do medicamento sobre a doença, principalmente devido ao alcance rápido de níveis glicêmicos adequados<sup>15</sup>. Outra razão é o acesso ao medicamento por meio da política pública de distribuição gratuita<sup>16</sup>. Ressalta-se que, apesar de ser uma importante ferramenta para tratamento do diabetes, o medicamento não é o único elemento que deve ser seguido na linha de cuidado da doença. As medidas não farmacológicas, geralmente, incluem modificações no estilo de vida que não são tão facilmente aceitas, porém são fundamentais para o

tratamento do diabetes<sup>24</sup>.

Estudo de Larre et al<sup>16</sup> demonstrou que os pacientes tiveram comportamentos de autocuidado satisfatórios nas dimensões “alimentação” e “medicamentos”, porém foram demonstrados comportamentos insatisfatórios nas dimensões “atividade física”, “monitorização da glicemia” e “cuidados com os pés”, reforçando a necessidade de os pacientes incorporarem outras atitudes de autocuidado necessárias ao controle adequado do diabetes.

Oliveira e Zanneti<sup>21</sup> afirmam que adesão ao tratamento é o maior desafio, pois envolve mudanças na alimentação, de atividade física, uso adequado dos medicamentos prescritos, realização de exames e comparecimento regular às consultas. A não adesão às atividades do autocuidado implica uma maior chance no surgimento e agravamento de complicações<sup>17</sup>.

Intervenções no estilo de vida dos pacientes são possíveis, porém ainda representam um desafio no tratamento do diabetes. Um dado relevante deste estudo é que, apenas 20% dos pacientes afirmam ter assiduidade nas consultas com a nutrição. Os motivos referidos são diversos, incluindo os financeiros, local de moradia, motivacionais, religiosos, de trabalho, e desconhecimento da importância do tratamento nutricional no diabetes. Esse cenário reforça a necessidade de compreender a adesão ao tratamento de uma forma abrangente, pois o comportamento do indivíduo está relacionado com determinantes biológicos, socioculturais, antropológicos, econômicos e psicológicos<sup>17,21</sup>.

A prática regular de atividade física é recomendada para o tratamento adequado do diabetes, contribuindo para o melhor controle glicêmico e para a redução dos riscos cardiovasculares associados à doença<sup>25</sup>. No presente estudo, os itens da dimensão “atividade física” tiveram as menores médias de adesão comparadas às demais dimensões do questionário, resultado que corrobora outros estudos<sup>16,26</sup> em que a prática da atividade física também foi precária, evidenciando a dificuldade dos pacientes em incorporar hábitos de vida mais saudáveis. Em nosso estudo, esse dado pode também estar relacionado à insegurança pública e à dificuldade financeira, pois diversos pacientes, durante as entrevistas, relataram medo de praticar caminhadas ou outras atividades ao ar livre nos locais onde residem em função da violência e/ou não possuem recursos financeiros para custear academias. Entretanto, o fato de morar acompanhado foi um facilitador para a prática de atividade física, o que pode sinalizar efeito positivo do apoio familiar nas práticas de autocuidado.

A dimensão “cuidado com os pés” teve resultados de adesão ao autocuidado satisfatória. Muitos pacientes relataram essa preocupação por medo das possíveis complicações, principalmente amputações. A conscientização e a incorporação de atividades rotineiras de autocuidado com os pés são de suma importância no tratamento do diabetes, pois previne o desenvolvimento de problemas vasculares que,

frequentemente, implicam negativamente na qualidade de vida, com alto risco de amputações, hospitalizações e óbitos<sup>15</sup>. A maioria dos pacientes deste estudo é composta por não fumantes. O estudo de Larre et al<sup>16</sup> também evidenciou ausência e redução do consumo de tabaco, o que implica a melhoria da qualidade de vida do paciente, pois esse é um fator de risco para complicações do diabetes. Os resultados positivos em relação ao controle do tabagismo podem ser reflexo das ações da Política de Saúde no controle das doenças crônicas não transmissíveis<sup>18</sup>.

No presente estudo, ter mais conhecimento sobre diabetes não foi garantia de ter adesão ao autocuidado, o que pode estar relacionado a diversos aspectos individuais que interferem no enfrentamento e no tratamento da doença, tais como a situação socioeconômica, a ausência de apoio familiar, a condição psíquica e a ausência de vínculo ou de confiança na equipe de saúde. Esse “descompasso” é um obstáculo, porém os profissionais devem repensar estratégias para enfrentar essa realidade<sup>22</sup>. Em estudo sobre medidas de controle do diabetes, resultados demonstraram que a dieta foi a medida a qual os pacientes mais reconheciam como importante para controle do diabetes, apesar da baixa adesão<sup>26</sup>.

A maioria dos pacientes entrevistados estava em situação de insegurança alimentar e relatou ter dificuldade para adquirir alimentos. Neste grupo, predominaram as mulheres, adultas (até 59 anos), desempregadas, com baixa escolaridade (analfabetas ou nível fundamental) que residiam com outras pessoas no domicílio. A segurança alimentar é o direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos, com qualidade e quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades. Neste sentido, a insegurança alimentar está diretamente relacionada com a pobreza e a desigualdade social, pois esses fatores comprometem o acesso aos alimentos<sup>27</sup>. Pessoas que vivem em situação de insegurança alimentar não conseguem consumir alimentos em quantidade e qualidade adequadas, com consumo de gordura e açúcar simples e carente de carboidratos complexos, associados às doenças crônicas não transmissíveis, incluindo o diabetes<sup>27</sup>.

Cabe ressaltar algumas limitações deste estudo. A amostra era composta por pacientes acompanhados em um centro de referência e pesquisa em doenças infecciosas, onde recebem orientações de uma equipe multiprofissional (infectologista, endocrinologista, nutricionista, enfermeiro, assistente social, psicóloga). Dessa forma, acreditamos que as lacunas de conhecimento podem ser mais expressivas em outras unidades de saúde com dificuldade de acesso às especialidades ou ao fornecimento de insumos. A prevalência de insegurança alimentar foi mensurada na versão reduzida da EBIA, que, apesar de ser um instrumento internacionalmente validado, tem limitações, pois é preenchido com informações confidenciais declaradas pelos pacientes. Sinaliza-se aqui o desconforto e a vergonha que o paciente pode sentir para relatar situações tão difíceis e complexas do seu cotidiano, mesmo tendo sido abordado em espaço reservado. Nas entrevistas, foi observado

## 7 Conhecimento e autocuidado em diabetes

que muitos deles vivem situações de extrema vulnerabilidade social, com acesso muito precário a bens, a serviços, à segurança e a alimentos.

Os resultados deste estudo reforçam a necessidade do planejamento e a realização de ações educativas interdisciplinares complementares às consultas ambulatoriais que incluam aspectos socioeconômicos, psicoemocionais e educacionais na gestão do diabetes. O processo educativo deve contemplar, também, os aspectos dificultadores do autocuidado, que incluem atitudes, motivações e percepções do paciente acerca da sua própria condição de saúde, bem como do tratamento<sup>5</sup>. A realização sistemática de atividades de educação em saúde fortalece a confiança e a segurança do paciente em relação aos profissionais, funcionando como instrumento eficaz para identificação de dificuldades e ajuda na tomada de decisões em relação ao autocuidado<sup>25</sup>.

## CONCLUSÃO

Observamos que apenas metade dos pacientes tem conhecimento suficiente e autocuidado desejável em relação ao diabetes, embora com situação bastante limítrofe diante do conhecimento considerado adequado dada a complexidade e as complicações que o diabetes pode causar. As baixas pontuações relacionadas à dietoterapia e prática de atividades físicas e a alta prevalência de insegurança alimentar podem ter implicações negativas no tratamento e no controle do diabetes. Avaliar o conhecimento e a atitude dos pacientes em relação ao diabetes mostrou-se uma etapa necessária para compreender as dificuldades próprias ao manejo da doença e, assim, planejar estratégias de educação em saúde interdisciplinares complementares às consultas ambulatoriais que incluam aspectos socioeconômicos, psicoemocionais e educacionais na gestão do diabetes.

## REFERÊNCIAS

1. Teixeira MG, Costa MC, Paixão ES, Carmo EH, Barreto F, Penna G.O. Conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis. *Ciênc saúde colet*. 2018 Jun; 23(6): 1819-1828. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.08402018>.
2. Ministério da Saúde (BR). Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Ono BE, Cobra CRMN, Castro CCB, Margarido ES, Silva RCG. Knowledge, attitudes and metabolic control of diabetic and cardiac patients. *Rev RENE*. 2016; 17(6): 750-757. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000600004>.
4. Iser BPM, Stopa SR, Chueiri PS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HOC, et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015 Jun; 24(2): 305-314. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200013>.
5. Chaves MO, Teixeira MRF, Silva SED. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2013 Abr; 66(2): 215-221. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200010>.
6. Casseb MS, Bispo MSM, Ferreira EAP. Automonitoração e seguimento de regras nutricionais em diabetes: dois estudos de caso. *Interação psicol*. 2008; 12(2): 223-233. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v12i2.10392>.
7. Grillo MFF, Neumann CR, Scain SF, Rozen RF, Gross JL, Leitão CB. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. *Rev Assoc Med Bras*. 2013 Ago; 59(4): 400-405. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.02.006>.
8. Costa LJS, Machado ALG, Silva AZ, Braga CR, Costa JN, Formiga LMF. Autocuidado dos adultos jovens com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Enferm UFPE*. 2016; 10(11):3875-3882. doi: 10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201608.
9. Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Knowledge of diabetic patients about their disease before and after implementing a diabetes education program. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008 Apr; 16(2): 231-237. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000200010>.
10. Santos MCC, Camara MPM, Lima BA, Queres JFM, Taboada GF. Análise qualitativa do conhecimento e atitudes de pacientes com diabetes mellitus acompanhados no Centro de Saúde Escola Lapa (CSE-LAPA). *J health connections*. 2018; 2(1): 1-11.
11. Torres HC, Hortaleb VA, Schallc VT. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de diabetes mellitus. *Rev Saúde Pública*. 2005 Dez; 39(6): 906-911. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600006>.
12. Michels MJ, Coral MHC, Sakae TM, Damas TB, Furlanetto LM. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2010 Out; 54(7): 644-651. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-27302010000700009>.
13. Santos LP, Lindemann IL, Motta JVS, Mintem G, Bender E, Gigante DP. Proposal of a short-form version of the Brazilian Food Insecurity Scale. *Rev Saúde Pública*. 2014 Oct; 48(5): 783-789. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005195>.
14. Borba AKOT, Arruda IKG, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS. Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. *Ciênc saúde colet*. 2019 Jan; 24(1): 125-136. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35052016>.
15. Vicente MC, Silva CRR, Pimenta CJL, Frazão MCLO, Costa TF, Costa KNFM. Resilience and self-care of elderly people with diabetes mellitus. *Rev RENE*. 2019; 20: 1-7. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192033947>.
16. Larre MC, Otero LM, Teixeira CRS, Zanetti ML, Inagaki ADM, Abud ACF. Autocuidado dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em seguimento ambulatorial. *Nursing*. 2018 Out; 21(245): 2385-2390.
17. Cortez DN, Reis IA, Souza DAP, Macedo MML, Torres HC. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. *Acta Paul Enferm*. 2015 May-Jun; 28(3): 250-255. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500042>.
18. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011 Jun [acesso 2020 Fev 04]; 377(9781): 1949-1961. doi:10.1016/S0140-6736(11)60135-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21561658/>.
19. Anunciação PC, Braga PG, Almeida OS, Lobo LN, Pessoa MC. Avaliação do Conhecimento sobre alimentação antes e após intervenção nutricional entre diabéticos tipo 2. *Rev baiana saúde pública*. 2012; 36(4): 986-1001. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2012.v36.n4.a793>.
20. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com

## 8 Conhecimento e autocuidado em diabetes

diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(2): 284–290.

21. Oliveira KCS, Zanetti ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2011 Ago; 45(4): 862–868. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400010>.

22. Rocha RM, Zanetti ML, Santos MA. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. *Acta Paul Enferm.* 2009 Fev; 22(1): 17–23. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000100003>.

23. Brito PD, Gonçalves, JL, Silva PS, Cardoso CSA, Silva MP, Baceo AC, et al. Educação alimentar e nutricional para o controle de comorbidades em pessoas com doenças infecciosas. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2017; 30(1): 141–148. doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.p141>.

24. Ministério da Saúde (BR). Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acesso 2020

Fev 2]. Disponível em <https://portalarquivos2.saude.gov.br>.

25. Guzatti PR, Balthazar APS, Canalli MHBS, Machado TF. Fatores associados ao controle glicêmico em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1. *ACM Arq Catarin Med.* 2017; 46(2): 26–38.

26. Mendes TAB, Goldbaum M, Segri NJ, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011 Jun; 27(6): 1233–1243. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600020>.

27. Vasconcelos SML, Niedja CPT, Silva PMC, Santos TMP, Silva JVL, Omena CMB, et al. Food Insecurity in Households of Patients with hypertension and Diabetes. *Int J Cardiovasc Sci.* 2015; 28(2): 114–121. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2359-4802.20150014>.

### Como citar este artigo/How to cite this article:

Rocha KROA, Guaraldo L, Brito PD.. Avaliação do conhecimento e do autocuidado de pacientes diabéticos portadores de doenças infecciosas. *J Health Biol Sci.* 2021; 9(1):1-8.