



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DE CURSO DE ENFERMAGEM

SARA DE MEDEIROS VIEIRA

**AUTOCUIDADO APOIADO ENTRE AS PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

CUITÉ – PB
2023

SARA DE MEDEIROS VIEIRA

**AUTOCUIDADO APOIADO ENTRE AS PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado a
Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do
Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina
Grande para obtenção do título de bacharel em Enfermagem

Orientador(a): Dra. Bernadete de Lourdes André Gouveia

**CUITÉ – PB
2023**

V658a Vieira, Sara de Medeiros.

Autocuidado apoiado entre as pessoas com diabetes mellitus tipo 2. /Sara de Medeiros Vieira. - Cuité, 2023.
59 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) -
Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e
Saúde, 2023.

"Orientação: Profa. Dra. Bernadete de Lourdes André Gouveia".

Referências.

1. Diabetes mellitus. 2. Diabetes mellitus tipo 2. 3. Diabetes mellitus - autocuidado. 4. Nível glicêmico. 5. Autocuidado - tratamento - Diabetes mellitus. I. Gouveia, Bernadete de Lourdes André . II. Título.

CDU 616.379-008.64(043)

SARA DE MEDEIROS VIEIRA

**AUTOCUIDADO APOIADO ENTRE AS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS
TIPO 2**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Sara de Medeiros Vieira, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Banca examinadora:

Profa. Dr^a Bernadete de Lourdes André Gouveia
Orientadora – UFCG

Profa. Dra. Adriana Montenegro Albuquerque
Membro – CES/UFCG

Profa. Dra. Lidiane Lima de Andrade
Membro – CES/UFCG

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, que me deu força e determinação para seguir meu sonho, e que mesmo em meio a incontáveis obstáculos sempre esteve ao meu lado, me mantendo firme e de cabeça erguida, fazendo com que eu entendesse que não estava sozinha em nenhum momento, ele que me socorreu e enxugou minhas lágrimas quando eu pensei que não era possível continuar, foi o Teu amor e sustento que me trouxe até aqui. A ti toda honra e glória, Senhor.

Aos meus pais, Antonio e Izabel, por sempre terem se esforçado para me dar uma educação de qualidade para eu chegar aonde estou hoje, por sempre me ensinar e direcionar para o caminho certo, por cada palavra que mesmo com a distância chegava ao meu coração, por cada ligação, obrigada por não me deixarem desistir e me permitirem viver esse sonho, que também é de vocês, sem esse apoio eu não conseguiria. Amo vocês.

A minhas tias, Neves e Bernadete, que são como uma segunda mãe para mim, porque mesmo em meio a tamanha distância que nos separa vocês sempre se mostraram presentes me encorajando. Sei que vibram a cada conquista minha e com essa não será diferente.

Aos amigos sinceros que cruzaram meu caminho nessa jornada de 5 anos, e que também estão realizando esse sonho junto a mim, caminhar sozinha até aqui seria impossível, vocês também se transformaram em apoiadores e incentivadores, dividimos angústias e medos, mas também muitas alegrias, conquistas e vitórias. Obrigada por serem família quando eu estava longe da minha.

Minha gratidão a todos que torceram por mim, me apoiaram e ficaram felizes com minha evolução, as boas vibrações de vocês também foram importantes para que eu chegasse até aqui.

A minha querida orientadora Bernadete de Lourdes André Gouveia, pela paciência que teve comigo nessa jornada intensa, por todas as correções e incentivos, por ter desempenhado essa função com tanta dedicação e ter sido muito mais que minha professora, uma amiga que sempre tinha uma palavra de acolhimento e que sempre conduziu as orientações de forma leve e divertida. Todo meu carinho e admiração por você.

Aos participantes da pesquisa, por aceitarem participar e pela confiança em mim, sem vocês não teria sido possível concluir esse trabalho.

Expresso também meus agradecimentos a toda equipe da Unidade de Saúde Saulo Ernesto, por todo aprendizado e apoio comigo desde o Supervisorado I até o fim da pesquisa

do TCC, minha eterna gratidão por todo acolhimento e parceria durante essa jornada, toda equipe contribuiu de maneira significativa para a realização deste trabalho.

À Banca examinadora, Adriana Montenegro de Albuquerque e Lidiane de Lima Andrade, esteve presente nesse momento tão importante, dando sua contribuição e agregando ainda mais na minha trajetória como acadêmica e como futura profissional.

Finalizando agradeço a mim, pois nem de longe a Sara de 2018, que embarcava na maior aventura da sua vida imaginou ser forte, resiliente, e capaz de chegar tão longe, sinto-me orgulhosa da pessoa que venho me tornando a cada dia.

*“Entre os dons que Deus nos concede em
forma de amor, está o de cuidar do próximo:
enfermagem!”*

(Flávia Souza)

RESUMO

Introdução: O diabetes mellitus é uma doença de origem complexa e multifatorial que evolui com complicações caso não tenha um adequado tratamento, que consiste em farmacológico e não farmacológico. Os profissionais de saúde devem implementar métodos que incentivem as pessoas com diabetes a cuidarem de si, com o autocuidado apoiado, que tem o propósito de desenvolver habilidades nos indivíduos com diabetes, os tornando capazes de gerir a própria saúde de forma adequada, utilizando a técnica dos 5 A's. **Objetivo geral:** Desvendar se as pessoas com diabetes mellitus tipo 2 que realizam o autocuidado apoiado conseguem aumentar o conhecimento e mudar o comportamento para controle dos níveis glicêmicos. **Metodologia:** Estudo quase experimental do tipo antes e depois com intervenção educativa em saúde de apoio ao autocuidado. O momento inicial teve a participação de 30 indivíduos que responderam às questões sociodemográficas, clínicas e de conhecimento sobre Diabetes Mellitus DKN-A. No momento final com a amostra de 16 para a intervenção, todos receberam um guia de orientações e apoio para o autocuidado, a saber: quatro encontros presenciais e contatos telefônicos a cada quinze dias por um período de dois meses. A análise dos resultados foi realizada e apresentada com médias, mínimo e máximo e desvio padrão para as variáveis quantitativas, e medidas de frequência absoluta e relativa para os dados categóricos. A distribuição apresentou dados normais e foi utilizado o teste *t-student* pareado para comparar as médias dos escores nos tempos Mi (momento inicial) e Mf (momento final). Em todas as análises o nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética sob parecer nº 6.122.899. **Resultados e discussão:** Na pesquisa a maioria dos participantes são do sexo feminino, casados, inativos, renda familiar de 1 salário-mínimo, com pouco/nenhum anos de estudo. Tempo médio de diagnóstico 9,4 anos, hipertensos, sem hábitos de praticar exercício físico e acompanhamento nutricional, fazendo uso de antidiabético oral e anti-hipertensivo, apresentando glicemia capilar, hemoglobina glicada e nível de conhecimento inadequado. A partir das ações de educação em saúde realizadas com as 16 pessoas que apresentaram hemoglobina glicada ≥ 8.0 foi possível observar uma melhora no quadro clínico dos participantes, evidenciados pela melhora nos níveis de glicemia capilar, hemoglobina glicada e nos níveis de conhecimento, reforçando a importância da educação em saúde. **Conclusão:** Desta forma, considera-se que a implementação do autocuidado apoiado é um método eficaz para o tratamento e controle da diabetes e deve ser realizado de forma contínua para garantir suporte a pessoa com diabetes e familiares.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Autocuidado Apoiado; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes mellitus is a disease of complex and multifactorial origin that evolves with complications if it does not have adequate treatment, which consists of pharmacological and non-pharmacological. Health professionals must implement methods that encourage people with diabetes to take care of themselves, with supported self-care, which aims to develop skills in individuals with diabetes, making them capable of managing their own health appropriately, using the technique of the 5 A's. **General objective:** To discover whether people with type 2 diabetes mellitus who perform supported self-care are able to increase knowledge and change behavior to control glycemic levels. **Methodology:** Quasi-experimental before-and-after study with educational health intervention to support self-care. The initial moment had the participation of 30 individuals who answered sociodemographic, clinical and knowledge questions about Diabetes Mellitus DKN-A. At the final moment with the sample of 16 for the intervention, everyone received a guide of guidance and support for self-care, namely: four face-to-face meetings and telephone contacts every fifteen days for a period of two months. Analysis of the results was performed and presented with means, minimum and maximum and standard deviation for quantitative variables, and absolute and relative frequency measures for categorical data. The distribution presented normal data and the paired Student's t-test was used to compare the mean scores at times M_i (initial moment) and M_f (final moment). In all analyses, the significance level adopted was $p < 0.05$. The study was approved by the Ethics Committee under opinion no. 6.122.899. **Results and discussion:** In the research, the majority of participants are female, married, inactive, with a family income of 1 minimum wage, with little/no years of education. Average time of diagnosis 9.4 years, hypertensive, without physical exercise habits and nutritional monitoring, using oral antidiabetic and antihypertensive drugs, presenting capillary blood glucose, glycated hemoglobin and inadequate level of knowledge. From the health education actions carried out with the 16 people who had glycated hemoglobin ≥ 8.0 , it was possible to observe an improvement in the clinical condition of the participants, evidenced by the improvement in capillary blood glucose levels, glycated hemoglobin levels and knowledge levels, reinforcing the importance of health education. **Conclusion:** Therefore, it is considered that the implementation of supported self-care is an effective method for the treatment and control of diabetes and must be carried out continuously to guarantee support for people with diabetes and their families.

Keywords: Diabetes Mellitus, Supported Self-Care, Health Education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Distribuição das perguntas e respostas para um índice de acertos pelos 24 participantes de acordo com o questionário DKN-A.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados sociodemográficos das pessoas com DM2 (n = 30). Queimadas – PB, 2023.	28
Tabela 2	Dados clínicos das pessoas com DM2 participantes da pesquisa (n = 30). Queimadas – PB, 2023.	31
Tabela 3	Análise dos dados da glicemia capilar, hemoglobina glicada e resultado do questionário DKN-A entre as pessoas com DM2 antes e depois da intervenção de apoio. Queimadas - PB, 2023.	33

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Problema da Pesquisa	15
1.2	Objetivos	15
1.2.1	Objetivo Geral	15
1.2.2	Objetivos Específicos	15
2	REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1	Estado da arte sobre Diabetes Mellitus	16
2.2	Estado da arte sobre Autocuidado Apoiado	19
3	METODOLOGIA	22
3.1	Tipo de Estudo	22
3.2	Local de Estudo	22
3.3	População e Amostra	22
3.4	Instrumento de Coleta de Dados	23
3.5	Procedimento de Coleta de Dados	25
3.6	Aspectos Éticos	26
3.7	Análise dos Dados	27
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5	CONCLUSÃO	37
	REFERÊNCIAS	39
	APÊNDICES	45
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	46
	APÊNDICE B - Termo de Compromisso dos Pesquisadores	48
	APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados	49
	APÊNDICE D - Instrumento de Conhecimento de Diabetes DKN-A	50
	ANEXOS	52
	ANEXO A - Termo de Anuência Institucional	53
	ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	54

1. INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é uma doença de origem complexa e multifatorial que inclui fatores genéticos e ambientais resultantes de alterações na forma como o pâncreas produz insulina e/ou na falta de capacidade do organismo em realizar sua função. O DM pode evoluir com complicações microvasculares e macrovasculares que atinge órgãos-alvo como coração, vasos sanguíneos, olhos, rins e cérebro (Malta *et al.*, 2022).

Estimou-se, em 2017, pela Federação Internacional de Diabetes/*International Diabetes Federation* (IDF), que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade (424,9 milhões de pessoas) viviam com DM. Estima-se, que com as tendências atuais, a quantidade de pessoas com DM será superior a 628,6 milhões em 2045. Destaca-se que cerca de 79% dos casos está nos países em desenvolvimento, nos quais deve o maior aumento de DM nas próximas duas décadas (Costa *et al.*, 2021).

Em países em desenvolvimento como o Brasil, o DM é considerado um problema de saúde pública de grandes proporções. Aproximadamente, houve de 30 a 40% de causas de morbidade em adultos, no qual foram documentadas, principalmente devido a complicações microvasculares e macrovasculares (Castro *et al.*, 2021).

O tratamento para o DM é pautado em cuidados como: alimentação, exercício físico, automonitorização constante da glicemia capilar, manejo das insulinas, armazenamento dos insumos, técnica de aplicação correta, rodízios dos locais de aplicação, manejo adequado de seringas e agulhas, a homogeneização da insulina, a prega subcutânea, o descarte correto dos materiais utilizados, e outros (Marques, 2017). Um estudo constatou que o controle de fatores de risco modificáveis, como: dieta balanceada, exercício físico, hábito de fumar e obesidade, causaram uma redução de 91% na incidência de DM e de 88% nos casos de pessoas com histórico familiar de DM (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2016).

Segundo Borba *et al* (2018), a adesão ao tratamento depende de vários fatores, dentre a concordância entre prescrição médica e estilo de vida que uma pessoa adota, e entre os fatores que levam ao não cumprimento do tratamento estão, a dificuldade no acesso aos medicamentos prescritos, sinais e sintomas, condições socioeconômicas, relação entre equipe profissional e paciente, faixa etária, analfabetismo e crenças em relação à doença.

A adoção de medidas satisfatórias de autocuidado no diabetes potencializa o sucesso do tratamento, o que proporciona alcance de resultados, tais como: melhor controle do metabolismo, qualidade de vida, diminuição de sintomas relacionados com a ansiedade, depressão e redução do risco de problemas cardiovasculares. Dessa forma, o autocuidado é considerado uma peça-chave na vida de pessoas que possuem doenças crônicas não

transmissíveis, especialmente a DM. Sendo assim, observa-se a necessidade em despertar os usuários para a construção de habilidades específicas, no intuito de se tornarem capazes e responsáveis pelo cuidado de si (Silva *et al.*, 2021).

O autocuidado refere-se à capacidade de uma pessoa realizar ações voltadas para a manutenção de sua saúde, desenvolvimento e bem-estar. O autocuidado da pessoa com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) envolve mudanças no estilo de vida, esses novos hábitos são necessários para prevenir complicações da doença que podem gerar à incapacidade ou morte. Hábitos alimentares saudáveis, praticar atividade física regularmente, uso contínuo de medicamentos, controle frequente da glicemia cuidados com os pés estão entre as atividades necessárias para a cooperação e adesão ao tratamento que garantem a manutenção do autocuidado em pessoas com DM2 (Suplicí *et al.*, 2021).

Alem disso, os desenvolvimentos educacionais que apoiem o empoderamento para o autocuidado nos indivíduos com DM2 são propostos para promover o envolvimento voluntário das pessoas na tomada de decisões. Destaca-se o autocuidado apoiado (AA), que pode ser definido como a aplicação de medidas específicas para promover a autogestão na atenção à saúde. O AA é perfeitamente aplicável às pessoas que vivem com DM e pode ser organizada com base no método de gestão dos "5 A's", ou seja, Avaliação, Aconselhamento, Acordo, Assistência e Acompanhamento (Arruda *et al.*, 2022).

Portanto, acredita-se que um monitoramento no autocuidado das pessoas com DM2 pode ajudar no processo de controle e vigilância da glicemia, bem como, incentivar esses pacientes a aderirem ao tratamento de maneira eficaz, trazendo benefícios e qualidade de vida.

Essa pesquisa foi desenvolvida a partir de interesse no tema devido a convivência direta com pessoas diabéticas, vivência em estágios curriculares na graduação do curso de bacharelado em enfermagem de uma instituição federal em expansão no interior da Paraíba, e pela participação em projeto de extensão, intitulado: "COVID-DIA: Implementação de tecnologias para a promoção da saúde de pessoas que vivem com diabetes no cenário pandêmico de covid-19", onde foi visto a necessidade de um acompanhamento a essas pessoas, para garantir que o tratamento seja realizado com sucesso.

Não se observa no universo científico uma lacuna do conhecimento sobre as doenças crônicas, especialmente, o diabetes. Contudo na população atingida por essa patologia, compreende-se a necessidade da continuidade da informação com estratégias que atinjam a compreensão no maior número de pessoas. Por isso acredita-se na contribuição desse estudo com avaliação prévia do conhecimento sobre a doença e apoio ao autocuidado com motivação para melhoramento da qualidade de vida das pessoas que vivem com diabetes e chamar atenção dos

profissionais e estudiosos envolvidos no tema sobre a vulnerabilidade dessas pessoas para adesão ao tratamento e mudança de comportamentos aceitáveis ao bom controle da saúde.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Tendo em vista que as pessoas com diabetes mellitus necessitam de um controle rigoroso da glicemia a fim de evitar complicações, e que muitos não conseguem fazer o monitoramento adequado da glicemia, no qual surgiu durante minha vida acadêmica no curso de bacharelado em enfermagem, o seguinte questionamento: “As pessoas com diabetes mellitus tipo 2 que fazem o autocuidado apoiado aumentam o conhecimento e conseguem mudar os comportamentos com reflexos nos níveis glicêmicos?”

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Desvendar se as pessoas com diabetes tipo 2 que realizam o autocuidado apoiado conseguem aumentar o conhecimento e mudar o comportamento para controle dos níveis glicêmicos.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Identificar o conhecimento sobre diabetes entre as pessoas com diagnóstico de DM2;
- Revelar a situação clínica entre as pessoas com diagnóstico de DM2;
- Analisar os níveis glicêmicos e de conhecimento sobre diabetes antes e depois do autocuidado apoiado.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Estado da arte sobre Diabetes Mellitus

O DM é um grupo de doenças metabólicas que tem como característica os níveis altos de glicose no sangue, denominado de hiperglicemia. Isso acontece devido as falhas na secreção e/ou ação da insulina. A insulina, que é um hormônio produzido pelo pâncreas, é responsável pelo controle do nível de glicose no sangue e pela regulação da produção e armazenamento de glicose. A doença é caracterizada como um grupo complexo de distúrbios metabólicos que têm em comum a hiperglicemia, que é causada por defeitos na ação e/ou secreção de insulina (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2016).

Acredita-se que com o envelhecimento da população, o aumento da prevalência de obesidade, estilos de vida sedentários e os processos de urbanização sejam os principais fatores no aumento global da incidência e prevalência de DM (Flor, Campos, 2017).

O DM pode ser classificado em tipo 1 (1A e 1B), tipo 2, diabetes gestacional e outros tipos específicos. O DM tipo 2 (DM2), que é o mais comum e representa 90 a 95% dos casos, afeta principalmente a população adulta (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2016). É considerado um distúrbio causado pela insuficiência na produção de insulina ou resistência à sua ação. As principais causas deste tipo de DM estão associadas à obesidade e sedentarismo (Bertonhi, Dias, 2018).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o diabetes mellitus tipo 2 é considerado uma epidemia que traz grandes desafios para a saúde pública, a doença é correspondente a aproximadamente 90% de todos os casos de diabetes. Estimativas do ano de 2021, confirmaram que 437 milhões de indivíduos acima de 20 a 79 anos vivem com diabetes no mundo e, em 2030, esse número pode chegar a 643 milhões (IDF, 2021) Acredita-se, ainda, que aproximadamente 50% das pessoas diagnosticadas com diabetes, não tinham conhecimento dos sintomas e desconheciam a doença, isso porque ela evolui de forma silenciosa, ou pôr as pessoas ignorarem os primeiros sintomas (Costa *et al.*, 2017).

O diabetes, assim como as outras doenças crônicas vêm chamando cada vez mais atenção dos órgãos de fomento e dos profissionais de saúde. Por ser uma doença crônica que não possui possibilidade de cura, e por muitas vezes estar relacionada com fatores comportamentais, como hábitos de vida, se faz necessária uma abordagem multidisciplinar da equipe de saúde para promoção do cuidado com medidas preventivas relacionadas as complicações, principalmente, quando se trata de diabetes do tipo 2 (Aline Irmão, 2018).

O diabetes tipo 2 é uma patologia silenciosa, assintomática ou que se manifesta de forma

discreta, de longa duração, cujo sinais e sintomas clássicos da hiperglicemia são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso inexplicável que progridem de forma lenta, o que torna difícil a detecção e o diagnóstico precoce. Como resultado, muitas pessoas são frequentemente diagnosticadas após o início das complicações da doença (Lyra *et al.*, 2016).

Desta forma, consultas periódicas são indicadas para o rastreamento e o diagnóstico precoce, seguidos do tratamento correto, minimizando o risco das pessoas desenvolverem complicações crônicas microvasculares e macrovasculares (Antunes *et al.*, 2021).

A monitorização da glicemia é de grande importância para as pessoas com diabetes, pois além do risco aumentado de desenvolver complicações crônicas, devido aos níveis elevados de glicose no sangue, a hiperglicemia é uma complicação aguda muito grave e perigosa. Portanto, é importante atenção especial aos critérios clínicos e laboratoriais para o correto diagnóstico da doença, que são exames laboratoriais como glicemia de jejum, teste oral de tolerância à glicose (TOTG) e hemoglobina glicada (HbA1c) (Antunes *et al.*, 2021).

A pessoa, ao receber o diagnóstico de uma doença crônica e tomar ciência do enfrentamento que deverá realizar a partir daí, pode apresentar alterações emocionais como: angústia, medo e insegurança pelo futuro desconhecido e pelo tratamento, e de como vai vivenciar a adaptação ao novo estilo de vida. A maioria das pessoas que recebem o diagnóstico de Diabetes Mellitus têm reações comuns como: raiva, revolta e depressão, o que mostra ser, a doença, uma condição que, independentemente da sua etiologia e faixa etária, causa muitas alterações biopsicossociais. As pessoas com diabetes se veem em uma situação de escolha complicada, entre manter os hábitos de vida anteriores ou modificá-los para poder obter uma melhora da saúde e na qualidade de vida (Ferreira *et al.*, 2013).

Pessoas com diabetes têm muita dificuldade em aceitar o diagnóstico e tendem a não levar a sério sua condição e tratamento até que os primeiros sinais e sintomas de agravamento da doença apareçam. Este fato é causado por uma confusão de sentimentos e comportamentos, os quais dificultam a recepção de sua condição crônica de saúde, e, além disso, ainda há cobrança dos profissionais de saúde, familiares e amigos em relação às mudanças de hábitos de vida para controle da glicose (Ferreira *et al.*, 2013).

A não concordância ao tratamento com drogas prescritas para a população com diabetes leva a diminuição da eficácia dos medicamentos e a um mau controle da glicemia. Decorrente disso, há incidência de mais riscos para complicações agudas e crônicas que podem levar a internações hospitalares desnecessárias (Ri, Souza, Iser, 2021).

Na pessoa com diabetes, as taxas aumentadas e sustentadas de glicemia elevam o risco de apresentar complicações microvasculares (neuropatia diabética, doença renal crônica e a

retinopatia), macrovasculares (doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio (IAM), e doença arterial obstrutiva periférica). Devido a essas complicações, a amputação é considerada uma das principais complicações diabéticas percebidas no contexto brasileiro (Lima *et al.*, 2021).

O desenvolvimento das complicações crônicas do diabetes está diretamente relacionado com o controle da glicemia. Vale salientar que essas doenças, além de contribuir para o aumento da morbimortalidade e onerar os custos do sistema de saúde, reduzem a expectativa de vida, a perda de produtividade no trabalho e a aposentadoria precoce (Oliveira *et al.*, 2022).

Garantir a aceitação do tratamento exige, por parte dos profissionais de saúde, principalmente na atenção básica, sensibilidade quanto às recomendações terapêuticas farmacológicas e as não farmacológicas como alimentação e a prática de exercícios físicos para o controle glicêmico, cumprindo o protocolo do programa de controle, de acordo com a realidade cotidiana de cada pessoa (Farias *et al.*, 2016).

A adesão é um conjunto de mudanças no comportamento, onde a pessoa vai passar a tomar medicamentos e adotar mudanças no estilo de vida, essas são às orientações dos profissionais de saúde. Os fatores que contribuem para a aceitação do tratamento são: acessibilidade e disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, dados sociodemográficos do usuário, aceitar a medicação prescrita, sentir que está perdendo o controle sobre seu corpo, comportamento da família e dos amigos, isolamento social, relação entre usuário e profissional de saúde, esquema terapêutico, cronicidade, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento (Faria *et al.*, 2014).

O tratamento do DM2 não é realizado apenas com antidiabéticos orais, com o passar do tempo e evolução da doença, se torna necessária, além da utilização de fármacos orais, o uso de insulinas para controle metabólico com o intuito de prevenir o aparecimento das complicações crônicas. É importante saber que apenas o tratamento farmacológico não garante uma eficácia total no controle do diabetes, uma alimentação balanceada e a prática de exercícios físicos são fatores que irão auxiliar na eficácia do tratamento (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2016).

A baixa adesão ao tratamento reduz os benefícios, conduzindo a aumento desnecessário das dosagens ou utilização de fármacos mais potentes, aumentando os cuidados com a saúde e a diminuição da qualidade de vida, além de exigir comportamentos complexos que devem ser integrados ao cotidiano das pessoas com o diagnóstico de diabetes (Farias *et al.*, 2016).

As recomendações alimentares para pessoas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus têm em sua base a alimentação saudável caracterizada pelo consumo

predominante de alimentos *in natura* e minimamente processados e de origem vegetal (BRASIL,2022). A adesão às recomendações dietéticas no DM2 é fundamental para um adequado controle glicêmico e para a precaução de complicações crônicas (Suzin, Biondo, Nicoletto, 2022).

O exercício físico é um tratamento coadjuvante complementar para obter benefícios no metabolismo da glicose e redução da resistência à insulina, fatores que estão alterados na pessoa com diabetes (Purim *et al.*, 2022). Já a prática de atividade física, está diretamente relacionada com a diminuição da gordura corporal e sua eficácia contra a resistência à insulina para estimular o músculoesquelético a utilizar a insulina para o metabolismo energético (Carvalho, Silva, Coelho, 2015).

Pessoas com diabetes tipo 2 que aderem a prática de exercícios físicos podem obter benefícios a curto e/ou longo prazo. No curto prazo, aumento da ação da insulina, aumento da captação de glicose pelo músculo e captação de glicose pós-exercício, diminuição da taxa de glicose, e aumento da sensibilidade celular à insulina.No longo prazo, observou-se melhora da aptidão cardiorrespiratória, redução do tecido adiposo, redução do risco de doença arterial coronariana e melhora da qualidade de vida (D'ângelo, Leatte, Defani, 2015).

2.2 Estado da arte sobre Autocuidado Apoiado

O cuidado às pessoas com DM, nos serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS), é parte do cotidiano do trabalho do enfermeiro da atenção primária à saúde (APS), prestando uma assistência contínua. Esse cuidado é pautado em acompanhamentos periódicos com consultas de rotina, ações de educação em saúde e aconselhamento, de modo a criar vínculos com a comunidade e conhecer as particularidades de cada indivíduo para juntos traçar um plano de cuidados que se adeque ao cotidiano de cada pessoa (Gama, Guimaraes, Rocha, 2017).

O autocuidado refere-se ao comportamento aprendido e desenvolvido pelo próprio indivíduo, com a finalidade de manter a vida, a saúde e o bem-estar. O ser humano possui potencial para desenvolver habilidades intelectuais práticas, integrado com o todo e motivado a atingir o autocuidado. A capacidade de um indivíduo de aderir às atividades da vida diária é afetada por condições médicas subjacentes, tornando importante o monitoramento contínuo de diabéticos envolvidos no automonitoramento do diabetes (Pimentel *et al.*, 2021).

O referencial teórico que fundamenta o autocuidado na prática profissional da enfermagem é a Teoria do Autocuidado de Orem, que inclui os componentes teóricos do autocuidado, das deficiências do autocuidado e dos sistemas de cuidado. Todos estes estão inter-relacionados e juntos fornecem suporte e fundamento para a prática de enfermagem.

Conceituando a "enfermagem" como um serviço humano que ajuda as pessoas a adquirir e recuperar competências, Orem explica que as dimensões física, psicológica, interpessoal e social da saúde de um indivíduo são indissociáveis (Marques *et al.*, 2022).

Corroborando, essa teoria respeita a responsabilidade individual pela saúde e reconhece que a prevenção e a educação em saúde são aspectos importantes das intervenções de enfermagem. Segundo Orem, o ser humano é um ser funcional, integrado ao todo e motivado a cuidar de si (Teston, Sales e Marcon, 2017).

Vale ressaltar que a equipe de enfermagem desempenha um importante papel no processo de estimulação de condutas de autocuidado. Isso porque cabe ao enfermeiro reconhecer comportamentos influentes no desempenho dessa tarefa e dialogar sobre as necessidades individuais em relação à doença crônica. Receber tratamento e propor com eles um plano de cuidado baseado em prioridades estabelecidas por meio de negociação efetiva entre indivíduos e profissionais (Teston, Sales e Marcon, 2017). Além da adesão à medicação e monitoramento da glicemia, o autocuidado para o manejo do DM2 inclui a manutenção de uma alimentação saudável, atividade física regular, cuidados adequados com os pés, capacidade de resolução de conflitos e presença de doenças crônicas (Marques *et al.*, 2022).

A adesão adequada ao tratamento pelo indivíduo é imprescindível para o controle eficaz do diabetes, em vez de simplesmente seguir uma prescrição médica deve-se também adotar novos hábitos de vida. Nesse processo, os pacientes são influenciados por seus sentimentos, conhecimentos, crenças, desejos, atitudes, status socioeconômico, família, amigos e mídia sobre sua condição de saúde e, de forma autônoma debater com os profissionais de saúde sobre as recomendações e condutas que devem ser seguidas e participar ativamente do tratamento. Portanto, é importante que esses profissionais levem em consideração esses fatores na condução do tratamento, já que será para toda a vida (Costa, Costa, 2017).

Assim, as crenças representam as informações que as pessoas têm sobre um determinado comportamento. Possíveis consequências da realização de um ato, expectativas normativas dos outros e podem facilitar ou impedir esse ato. As crenças surgem do pensamento cognitivo "presente" que motiva as atitudes e intenções para realizar ações. Portanto, as crenças salientes surgem rapidamente quando ativadas por meio de comportamentos de interesse (Gouveia *et al.*, 2020).

Para tanto, é necessário desenvolver a responsabilização não somente da pessoa, como também da família, amigos, com apoio contínuo da equipe multiprofissional de saúde, para que o paciente assuma o autocuidado. Os papéis de autocuidado são: manutenção para saúde, prevenção das complicações agudas e crônicas, autodiagnóstico, auto tratamento e

automedicação, e participação ativa nos serviços de saúde (Fragoso *et al.*, 2019).

Nesse sentido, o método de Autocuidado Apoiado fornece o suporte para atender a essa demanda, preconizando cuidados continuados e construindo uma relação próxima entre o usuário e a equipe de saúde para trabalharem juntos para definir metas estabelecer um plano de cuidados, monitorar e fazer ajustes conforme a necessidade (Batista *et al.*, 2020).

Existem cinco fases, que são conhecidas como 5A's neste tratamento de doenças crônicas, sendo denominadas em: Avaliação – que tem por finalidade identificar conhecimentos, comportamentos, vida social e histórico de saúde. Aconselhamento – troca construtiva de informações e educação em saúde. Acordo – formação em conjunto do plano de autocuidado; Assistência – identificar barreiras, recursos materiais e sociais e encontrar soluções para problemas. Acompanhamento – Definir a forma de acompanhamento mais eficaz de acordo com o perfil da pessoa (Batista *et al.*, 2020).

Considera-se o uso desse método para contribuir no acompanhamento das pessoas com diabetes tipo 2 no autocuidado efetivo observado nos resultados do controle glicêmico com melhora da saúde prevenindo complicações.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo quase experimental do tipo antes e depois com intervenção educativa de apoio ao autocuidado e abordagem quantitativa.

O estudo quase experimental segundo Polit, Beck 2011, são assim chamados porque não incluem todas as características de um experimento verdadeiro, pois nem sempre é possível o controle experimental completo, principalmente envolvendo randomização, naturalização e aplicação de intervenções.

De acordo com Santos (2020), as intervenções educativas devem basear-se em técnicas criteriosas, interativas e dinâmicas que procurem a interação com os grupos-alvo e permitam-lhes redefinir os seus estilos de vida pessoal. Na abordagem desse estudo a intervenção se deu com apoio ao autocuidado das pessoas com diabetes.

Na pesquisa quantitativa, são utilizados procedimentos estruturados e ferramentas formais para coleta de dados, enfatizando a objetividade e analisando dados numéricos por meio de procedimentos estatísticos (Polit; Beck, 2018).

3.2 Local de Estudo

O estudo foi desenvolvido com usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) Saulo Leal Ernesto de Melo, localizada no município de Queimadas-PB, na região Metropolitana de Campina Grande. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2020, sua população era de 44.179 habitantes.

O critério de escolha para o local de estudo se deu por ser o mesmo para o desenvolvimento das atividades práticas da disciplina de Estágio Supervisionado em Enfermagem I, por isso proporcionar um vínculo maior com os usuários do serviço de saúde disponível e maior proximidade com local selecionado, sendo de fácil acesso executar as atividades propostas.

3.3 População e Amostra

Para Gil (2010), a população é estruturada como o número total de moradores de uma determinada região. A população do estudo foi constituída por 173 pessoas com o diagnóstico de DM, sendo esta constituída de forma aleatória de acordo com a aceitação ao convite para participar da pesquisa. O convite era feito as pessoas com diagnóstico de diabetes tipo 2 que compareciam a unidade para consulta e renovação o da receita emitida pelo médico.

A amostra dessa pesquisa foi constituída pelas pessoas atendidas na UBS citada, em acompanhamento e tratamento, sendo a amostra composta por 30 pessoas.

Para inclusão no estudo, foram utilizados os seguintes critérios: pessoas com idade mínima de 18 anos, cadastrado na Unidade de Saúde em questão e ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

E como critérios de inelegibilidade na pesquisa são: condição de incapacidade cognitiva, memória e de comunicação que impossibilite a participação e diagnóstico recente (menos de seis meses) para DM tipo 2.

O estudo implicou riscos mínimos para os participantes, como constrangimento ao falar do estilo de vida e as mudanças necessárias para realizar o autocuidado e manutenção da saúde.

E como benefícios, esclareceu dúvidas dos participantes sobre diabetes e o tratamento, identificando déficit na autogestão da saúde, orientando sobre os cuidados necessários para evitar complicações provenientes da Diabetes a curto e longo prazo, e promover uma melhoria na qualidade de vida dessas pessoas.

3.4 Instrumento de Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada a partir de entrevista com uso de um instrumento estruturado composto das variáveis sociodemográficas e clínicas, adaptado de Gouveia (2019).

Utilizou-se também a versão brasileira do questionário da Escala de conhecimento sobre diabetes (DKN-A) (Torres; Hortale; Schall, 2005). A partir de então foi feito o planejamento do acompanhamento do autocuidado apoiado seguindo a metodologia dos 5 A's: Avaliação, Aconselhamento, Acordo, Assistência e Acompanhamento. A utilização dos 5 A's tem como intuito promover a motivação para realizar as ações presentes no plano de cuidados, aumentando, assim, a implementação das medidas terapêuticas farmacológicas e não-farmacológicas recomendadas.

O DKN-A (*Diabetes Knowledge Scale Questionnaire*), na sua versão traduzida e validada para a língua portuguesa (Torres; Hortale; Schall, 2005), no qual é um questionário que possui 15 perguntas objetivas de múltipla escolha que envolve conhecimentos de cinco categorias que contempla a fisiologia básica (questões 1, 3, 6, 7, 8,), ação da insulina (questões 2,), hipoglicemia (questão 10, 12), grupos alimentares (questões 4, 5, 1) e substituições (questão 14 e 15), gerenciamento da DM em caso de intercorrência, princípios gerais da DM (questão 10). Além disso, essa escala é medida na pontuação de 0-15 pontos, onde cada resposta correta apresenta o escore de 1 e respostas incorretas apresentam escore 0. As perguntas de 1 a 12 apresentam apenas uma alternativa correta, e as questões de 13 a 15 são de múltipla escolha.

O participante que apresentar um escore a partir de oito indica que possui conhecimento satisfatório sobre DM, e um escore abaixo de oito indica conhecimento insatisfatório, sendo apresentado na Quadro 1 (Torres; Hortale; Schall, 2005).

Quadro 1: Distribuição das perguntas e respostas para um índice de acertos pelos participantes de acordo com o questionário DKN-A.

PERGUNTAS	RESPOSTAS
1. Na diabetes SEM CONTROLE, o açúcar no sangue é	Alto
2. Qual destas afirmações é VERDADEIRA?	O controle mal feito do diabetes pode resultar numa chance maior de complicações mais tarde
3. A faixa de variação NORMAL de glicose no sangue é de	70-110 mg/dL
4. A manteiga é composta principalmente de:	Gordura
5. O arroz é composto principalmente de	Carboidratos
6. A presença de cetonas na urina é	Mau sinal
7. Quais das possíveis complicações abaixo NÃO estão geralmente associados à diabetes	Alterações nos pulmões
8. Se uma pessoa que está tomando insulina apresenta uma taxa alta de açúcar no sangue ou na urina, assim como presença de cetonas, ela deve	Manter a quantidade de insulina e a mesma dieta, e fazer um exame de sangue e de urina mais tarde
9. Se uma pessoa com diabetes está tomando insulina e fica doente ou não consegue comer a dieta receitada	Ela deve continuar a tomar insulina
10. Se você sente que a hipoglicemia está começando, você deve	Comer ou beber algo doce imediatamente.
11. Você pode comer o quanto quiser dos seguintes ALIMENTOS	Alface e agrião.
12. A hipoglicemia é causada por	Exceso de insulina.
13. Um QUILO é	Uma unidade de peso; Igual a 1000 gramas.
14. Duas das seguintes substituições são corretas	Um pão francês é igual a quatro biscoitos de água e sal; Um ovo é igual a uma porção de carne moída
15. Se eu não estiver com vontade de comer o pão francês permitido na minha dieta para o café da manhã, eu posso	Comer quatro biscoitos de água e sal; Trocar por dois pães de queijos médios.

Fonte: Criação das autoras, 2023.

3.5 Procedimento de Coleta de dados

A pesquisa foi iniciada após aprovação e parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) indicando autorização para o seu desenvolvimento. Para tanto, se fez necessário entrar em contato com a Unidade Básica de Saúde, no qual os participantes da pesquisa foram convidados, sendo informado sobre as ações de intervenção que seriam realizadas com os usuários com diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2, seguindo os preceitos éticos estabelecidos na Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012).

A coleta de dados ocorreu na própria UBS, entre os meses de junho e outubro de 2023. Inicialmente, foi realizada a abordagem com os usuários que estavam na sala de espera aguardando para consulta tendo aceitado participar da pesquisa após informações dos objetivos e importância da participação de cada, juntamente com a assinatura do Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nesse mesmo momento foi feito o levantamento, no qual aplicou-se o instrumento de coleta de dados com dados sociodemográficos, clínicos e de conhecimento sobre DM.

Para atingir a amostra desejada, foi realizado o recrutamento desses participantes por meio de visitas domiciliares com auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde da referida UBS. Ainda no primeiro encontro, foi solicitado o número de contato telefônico para agendar um segundo momento com aqueles que participaram da entrevista.

Dos 30 convidados foram selecionados 16 participantes que em seus dados clínicos identificou-se níveis elevados da glicose, pelo teste glicêmico e hemoglobina glicada com níveis igual ou superior a 8,0%. Destes 16 participantes foi dividido em dois grupos com 8 em cada grupo para oferta de uma intervenção educativa para apoio ao autocuidado. Assim, foi realizado ao grupo 1 o apoio direto, com encontros a cada 15 dias, durante um período de dois meses, totalizando 04 encontros, e ao grupo 2, também com oito participantes foi realizado o apoio de modo indireto com contatos telefônicos.

O critério para decisão dos grupos para apoio direto se deu pela disponibilidade de comparecerem na Unidade Básica de Saúde para o apoio indireto pelas dificuldades de estarem no encontro presencial. Para os dois grupos foram ofertados apoio com orientações sobre o uso dos medicamentos, alimentação saudável e motivação para realização de atividades físicas dentro das possibilidades de cada um. Ainda foi produzido um planejamento das ações de autocuidado e orientações para mudança de comportamento sobre esses principais temas, tratamento farmacológico e não farmacológico.

Nos encontros seguintes, agendado via contato telefônico, foi apresentado e entregue o planejamento das ações do autocuidado com avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e

acompanhamento para implementação dos cuidados com entrega do planejamento no formato de guia, que envolveu, tomar o medicamento nas doses e horários corretos, seguir a alimentação adequada e saudável, prática de exercícios físico e monitoramento glicêmico. O apoio para os dois grupos eram realizados a cada 15 dias e a partir do segundo encontro, os participantes foram contactados para esclarecimentos de dúvidas sobre os aconselhamento sobre a necessidade de mudança dos comportamentos inadequados ao bom controle da doença, acordo sobre adesão as terapias medicamentosas e assistência na orientação dos cuidados a novos comportamentos com acompanhamento semanal das ações implementadas por cada participante de forma presencial e por contato telefônico.

Ao final das orientações de apoio foram reunidos os 16 participantes para a entrega da requisição, emitida pela UBS, para realização do exame de Hemoglobina Glicada.

No último encontro foi realizado o teste de glicemia capilar e coletado o valor da Hemoglobina Glicada trazida por todos, para avaliação dos índices glicêmicos antes e depois do apoio ao autocuidado e reaplicação do Questionário de Conhecimento sobre DM (DKN-A).

Quanto a identificação de cada participante que consta no instrumento aplicado, foi realizado a identificação numérica por ordem de entrevista ficando, “participante_1”, “participante_2” e, assim, consequentemente, até o último, garantindo o anonimato, sem misturar ou confundir os questionários de resposta e análise de cada um no momento inicial e final da pesquisa. Sendo assim, pôde-se identificar cada um dos participantes em todos os momentos de encontro.

3.6 Aspectos Éticos

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram considerados, pois, recomenda no capítulo III que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender as exigências éticas e científicas fundamentais, destacando-se entre seus princípios éticos (capítulo III, item 2.g) a necessidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, devidamente assinado pelo responsável da pesquisa, pelo participante da pesquisa e a submissão do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa (BRASIL, 2012).

No intuito de atender a resolução supracitada, foi esclarecido aos participantes os objetivos da pesquisa e a garantia do anonimato, bem como a autonomia de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem que sofra nenhum tipo de penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro. Para aqueles que aceitaram participar, foi apresentado então o TCLE,

que foi lido e assinado em duas vias, em que uma via ficou sob a tutela do participante e outra via sobre a guarda das pesquisadoras, por um período de cinco anos.

O Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) chama atenção para a confidencialidade e sigilo das informações dos participantes, além de exigir o tratamento de sua dignidade, respeito em sua autonomia e proteção a vulnerabilidades dos envolvidos. A fim de cumprir as exigências estabelecidas pela Resolução nº 466/12, o presente estudo será submetido a Plataforma Brasil, de onde encaminharão projeto ao CEP que melhor lhe aprovar, e a coleta de dados teve início após autorização do CEP (BRASIL, 2012).

3.7 Análise de dados

Os dados coletados foram recolhidos e organizados em planilha *excel* e, depois transportados para o pacote estatístico SPSS com definições das análises categóricas descritivas e inferencial possibilitando análise, conforme literatura pertinente ao método qualitativo utilizado.

Desta forma, o processamento estatístico foi realizado a partir do *software* IBM® SPSS® *Statistical Package for the Social Sciences – Version 22.0*. A análise univariada está apresentada por meio das medidas de média e desvio padrão para as variáveis quantitativas, e medidas de frequência absoluta e relativa para os dados categóricos. Na análise inferencial, verificou-se a normalidade dos dados numéricos, por meio do teste de *Shapiro Wilk*. Assim, como a distribuição apresentou dados normais, foi utilizado o teste *t-student* pareado para comparar as médias dos escores nos tempos Mi (momento inicial) e Mf (momento final). Em todas as análises o nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa apresenta uma população de 30 participantes com diagnóstico de diabetes mellitus e que preencheram os critérios de inclusão para contribuir com o estudo, no qual responderam ao formulário das características sociodemográficas e clínicas, e o DKN-A (Versão Brasileira do Questionário de Conhecimento de Diabetes) para atender os objetivos propostos, realizado por meio de uma entrevista presencial para levantamento dos dados.

Na caracterização sociodemográficas e clínicas com dados categóricos foram realizado uma análise descritiva e estão apresentados na Tabela 1 com frequência absoluta e relativa, exceto para as variáveis quantitativas como idade, anos de estudo, anos de diagnóstico e peso que estão apresentadas com Média, Desvio Padrão (DP), Mínimo e Máximo.

Tabela 1: Dados sociodemográficos das pessoas com DM2 (n = 30). Queimadas – PB, 2023.

Variável	n	%		
SEXO				
Feminino	23	76,7		
Masculino	07	23,3		
RAÇA				
Branca	11	36,7		
Não branca	19	63,3		
ESTADO CIVIL				
Casado	20	66,7		
Solteiro	05	16,7		
Viúvo	05	16,7		
OCUPAÇÃO				
Inativo	22	73,3		
Ativo	02	6,7		
Desempregado	06	20,0		
PROCEDÊNCIA				
Queimadas	30	100		
RENDA FAMILIAR				
1 SM	18	60,0		
2 SM	09	30,0		
>3 SM	03	10,0		
RELIGIÃO				
Católico	23	76,7		
Evangélico	05	16,7		
Outra	02	6,7		
			Média/DP	Mínima
Idade			65,4/11,7	34
Anos de estudo			4,0/4,13	0
				Máxima
				87
				11

Anos diagnóstico	9,40/8,14	1	34
Peso	72,84/18,46	52	135
TOTAL	30	100	TOTAL

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

No que se refere ao sexo, houve prevalência das mulheres com 23 (76,7%) participantes isso demonstra que as mulheres se sobressaem no diagnóstico de DM. Corroborando com esse estudo, a pesquisa realizada por Chacra (2017) inferiu uma prevalência feminina e relacionou esse resultado a fase de pós-menopausa onde as mulheres são mais suscetíveis ao desenvolvimento de doenças crônicas, como também pelo processo de envelhecimento em que, na meia-idade, surge ganho de peso, principalmente, de circunferência abdominal, isso faz com que o risco de desenvolver a DM aumente.

Em pesquisa de Milan; Despaigne; Gallestey (2018) reforçam que na idade avançada ocorre uma redução na quantidade de estrogênio, com risco elevado para o aparecimento de doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial. Contudo, evidencia-se ainda que as mulheres têm uma maior percepção em relação aos sintomas e sinais físicos das doenças, conhecimento adquirido no desempenho no papel de cuidar da família, bem como a maior frequência na realização de exames diagnósticos, contribuindo para o diagnóstico precoce (Sousa, Nobrega, Araki;2014).

No tocante a raça 19 (63,3) participantes autodeclararam a cor da pele como não branca, esse dado reforça a miscigenação da população brasileira prevalecendo a raça parda e negra. No estudo de Almeida e Cárdenas (2015), também identificou a cor parda na maioria dos entrevistados 68 (61,8%) com DM2 atendidos em UBS cenário da pesquisa. Em estudo de Vujkovic et al (2020), descobriu que os afro-americanos ou pessoas de ascendência africana tinham mais probabilidade de desenvolver diabetes tipo 2 do que as pessoas de ascendência europeia.

Em relação ao estado civil prevaleceu que a maioria é casada ou possui união estável. Esse dado mostra-se importante para o bom controle da doença, pois a participação do companheiro para apoio nas ações de autocuidado reflete positivamente no controle dos sinais e sintomas. Oliveira et al (2017) mostra que a presença de um companheiro é fundamental para enfrentar alguma doença, pois o apoio e cuidado são importantes para proporcionar incentivo no tratamento.

Na população, 22 (73,3) participantes estavam inativos, por questões de saúde e/ou aposentadoria. De acordo com Dutra, Costa, Sampaio (2016), a percepção das pessoas que estão fora do trabalho sobre saúde e a qualidade de vida é significativamente pior do que a das pessoas

inseridas no mercado de trabalho.

No que diz respeito à questão financeira dos participantes, foi possível observar que em sua maioria vive com um salário-mínimo, esse achado é reforçado devido a maioria dos participantes serem aposentados. Trabalhou-se no apoio com os participantes em que foi possível observar a dificuldade em aderir ao consumo de determinados alimentos, porque alguns alimentos apresentam alto custo. Isso reforça o que Borges et al (2015) expõe em seu estudo, que em relação à renda familiar, a maioria das pessoas dispõe de renda familiar mensal de até um salário-mínimo, e que esse determinante pode afetar de forma negativa a não adesão aos hábitos saudáveis, afetando de forma direta sua saúde. Em seguida vem a qualidade de vida desses pacientes, além da baixa renda relacionada com os altos preços dos alimentos, no qual atua como um obstáculo para essas famílias, impedindo-as de fazer escolhas alimentares adequadas.

Sobre a religião a maioria responderam ser católicos, reforçando estudos de Coulibaly, Alves (2016) sobre o predomínio da religiosidade entre os brasileiros, onde a espiritualidade está associada à crença em Deus e ajuda as pessoas a se sentirem fortes, seguras e capazes de lidar com a situação que estão vivenciando, comprovando assim que se trata de uma crença positiva.

Acerca da faixa etária, observa-se variação entre 34 a 87 anos, sendo que em sua maioria é composta por pessoas acima de 60 anos, fase idosa. À vista disso, Fernandes (2013) expõe que com o passar da idade, o funcionamento do organismo humano é propenso a ficar mais lento. Corroborando com o estudo Roediger et al (2018) traz que o envelhecimento da população é seguido por um aumento na incidência e prevalência de doenças e agravos não transmissíveis, gerando custos maiores para indivíduos, familiares e para o Estado, e é a principal causa de incapacidades e morte em âmbito mundial e, o Brasil se sobressai com elevado número de idosos nas últimas décadas trazendo com isso as doenças crônicas mais comuns em idosos, como o diabetes mellitus (DM) tipo 2.

No estudo foi possível observar por meio das entrevistas e durante os 4 encontros, que em sua maioria os participantes possuem pouca ou nenhuma escolaridade, o que torna o gerenciamento do cuidado à saúde ineficaz. Corroborando com isso o estudo de Cortez et al (2016) traz que os baixos níveis de escolaridade podem ser um obstáculo para que as pessoas compreendam os cuidados necessários para controlar a doença e prevenir complicações. Flor, Campos (2017) reforça que no Brasil, pessoas com menor escolaridade apresentam maiores taxas de descontrole do diabetes mellitus.

A maioria dos entrevistados tem diagnóstico de DM de 2 a 10 anos. Os resultados sobre

o tempo do diagnóstico da doença mostram uma concordância de que com o passar dos anos as pessoas tendem a relaxar com o tratamento e, com isso o aparecimento das complicações agudas e crônicas com difícil gerenciamento de controle glicêmico (Lima et al, 2018).

Quanto à medida de peso, observa-se uma média razoável de aceitação entre os participantes da pesquisa, contudo entre os que estão acima do peso preocupa pela dificuldade de controle glicêmico, pois em estudo de Silveira et al (2016) inferiu-se que a presença das doenças crônicas, a exemplo do diabetes, relacionadas com a obesidade merece intervenção, com ênfase na perda de peso para ajudar a controlar as taxas de glicose e prevenir o surgimento de novas doenças cardiovasculares que aumentem o risco de morte ou sequelas. Os dados clínicos estão apresentados na tabela 3 com frequência absoluta e relativa.

Tabela 2: Dados clínicos das pessoas com DM2 participantes da pesquisa (n = 30). Queimadas – PB, 2023.

Variável	n	%
Hábitos Nocivos		
Fumo	04	13,3
Álcool	02	6,7
Nenhum	24	80,0
Presença HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica)		
Sim	22	73,3
Não	08	26,7
Atividade física		
Sim	04	13,3
Não	26	86,7
Acompanhamento nutricional		
Sim	08	26,7
Não	22	73,3
Medicação em uso		
ADO	22	73,3
ADI	02	6,7
ADO+ADI	04	13,3
Nenhuma	02	6,7
Outros medicamentos		
Anti-hipertensivo	22	73,3
Nenhum	07	23,3
Outro	01	3,3
Total	30	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Na amostra, foi possível analisar que o hábito de fumar e consumo bebidas alcoólicas é presente entre os participantes, porém em menor prevalência. O estudo realizado por Brettell et al (2014) mostra que as pessoas com diabetes que param de fumar têm menor risco de

desenvolver doenças cardiovasculares do que aqueles que continuam a fumar. A interrupção do hábito de fumar também está associada à diminuição dos níveis de albumina eliminada na urina, à melhora do perfil lipídico e ao controle da glicemia.

Evidencia-se que a maioria dos participantes também é acometida pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Similar com o estudo realizado por Sousa (2014), em um município do Distrito Federal constatou que do total de entrevistados, 84% também sofriam das duas doenças. As pessoas que apresentam duas ou mais doença crônica tem um risco significativamente maior de complicações cardiovasculares do que as pessoas da mesma idade e sexo sem diabetes tipo 2 (Herath, Weerarathna, & Umesh, 2015).

No que diz respeito à prática de atividades físicas, foi possível observar que a maioria dos participantes não tem esse hábito, o que pode ser desfavorável para o controle adequado da doença. Esse achado é similar ao da pesquisa de Dias et al (2019), que apontou que 88% das pessoas com diabetes são sedentárias. Consolidando esse fato, Faria et al (2013) apresentam que mesmo com grande prevalência de estilos de vida sedentários, é importante salientar que o exercício é uma atividade essencial no tratamento da diabetes, razão pela qual é amplamente recomendado para pessoas com doenças crônicas, inclusive, diabetes, pois o exercício regula a glicose no sangue, reduz o risco de doenças cardiovascular, e previne o desenvolvimento da obesidade.

Foi observado que a maioria dos participantes não realizam um acompanhamento nutricional, o que pode causar uma dificuldade no controle da DM, uma vez que podem consumir em exagero alimentos com alto índice glicêmico. O estudo realizado por Souza; Silvestre (2013) confirma ainda mais esse fato, onde mostra que em geral, as pessoas com diabetes apresentam uma alimentação inapropriada para controlar os níveis de açúcar no sangue, isso acontece devido ao conhecimento insuficiente sobre como se cuidar diante da doença e como controlá-la, dificultando o seguimento do tratamento não farmacológico.

No estudo prevaleceu a terapia farmacológica por meio de antidiabéticos orais, devido a menor complexidade no manejo em relação ao injetável. Além disso, prevalece que maioria dos participantes faz uso de anti-hipertensivos. Abreu et al (2016) constatou que a hipertensão arterial e diabetes mellitus estão associadas, e em estudos incluídos em sua pesquisa, 23% das pessoas sofriam das duas doenças, o que aumenta a dificuldade sobretudo da gestão farmacológica, devido ao aumento no número de medicamentos prescritos, bem como à necessidade de reforçar medidas não farmacológicas.

Tabela 3: Valores da glicemia capilar, valores da hemoglobina glicada e o questionário DKN-A de conhecimento sobre diabetes em dois momentos da pesquisa. (Mi) (Mf) com análise inferencial.

Variáveis	Momento inicial		Momento final		p-valor*
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Hemoglicoteste	218,4	101,8	202,7	99,7	0,027
Hemoglobina/glicada	8,8	0,9	8,5	1,0	0,069
Q1	0,7	0,4	0,8	0,4	0,718
Q2	0,4	0,5	0,8	0,4	0,009
Q3	0,5	0,5	0,8	0,3	0,020
Q4	0,5	0,5	0,9	0,2	<0,004
Q5	0,5	0,5	0,9	0,2	0,029
Q6	0,1	0,2	0,0	0,0	0,333
Q7	0,2	0,4	0,9	0,2	<0,001
Q8	0,4	0,5	0,8	0,4	0,014
Q9	0,4	0,5	0,9	0,3	0,014
Q10	0,4	0,5	1,0	0,0	<0,001
Q11	0,6	0,5	0,9	0,2	0,029
Q12	0,2	0,3	0,4	0,5	0,104
Q13	0,1	0,3	0,7	0,4	<0,001
Q14	0,4	0,5	1,0	0,0	<0,004
Q15	0,5	0,5	0,9	0,2	<0,004
Escore total	6,0	3,4	12,0	1,8	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa, 2023. *Teste t-student pareado

Com a aplicação do questionário DKN-A de conhecimento sobre diabetes antes e depois da oferta de apoio ao autocuidado com encontros presenciais e ligações telefônicas a cada quinze dias por um período de dois meses, no qual foi possível observar melhora considerável dos escores na maioria dos itens do questionário e do nível de glicemia capilar e hemoglobina glicada de forma moderada.

Com a aplicação do questionário no momento inicial o número de acertos não apresentou bons resultados, pois observou-se que alguns participantes tiveram erros em todas ou em quase todas as questões, demonstrando pouco ou nenhum conhecimento sobre o diabetes

mellitus sem controle, controle mal realizado e, tratamento com medicamento oral ou injetável.

Portanto, após a intervenção de apoio ao autocuidado, foi aplicado novamente o instrumento DKN-A para avaliar se os níveis de conhecimento dos participantes acerca da doença houve alteração, como também foram repetidos os exames de hemoglicoteste e hemoglobina glicada, esse último de maior precisão para averiguar o bom controle da doença. Ao final da análise verificou-se respostas satisfatórias e níveis glicêmicos com declínio moderado, porém positivo para continuidade do autocuidado.

A respeito do valor de glicemia encontrado no momento final do estudo observa-se que esse resultado reforça a importância da educação em saúde, como bem traz Salci et al (2013) sobre as atividades educacionais, além de proporcionar uma visão crítica, maior participação e autonomia para permitir que as pessoas enfrentem os diferentes aspectos que vivenciam no processo de gerenciar a própria saúde. A *American Diabetes Association* recomenda que as pessoas com diabetes recebam educação e apoio para autogerir a doença, porque esta foi determinada como a forma mais eficaz de controlar e melhorar a qualidade de vida.

Os participantes também apresentaram acertos nos itens (Q4, Q5, Q7 Q8, Q9, Q10, Q11, Q13, Q14 e Q15), obtendo um escore total significativo com p-valor de <0,001, no qual mostra-se a importância de intervir com educação e apoio na autonomia do cuidado de si. Embora os participantes do grupo não tenham melhorado sua compreensão acerca da questão 1 “Na diabetes **SEM CONTROLE**, o açúcar no sangue é alto”.

No entanto, houve resultado satisfatório nas questões seguintes, a saber: Q2 “O controle mal feito da diabetes pode resultar numa chance maior de complicações mais tarde”; Q3 “A faixa de variação **NORMAL** de glicose no sangue é de 70-110 mg/dl 1”; Q4 “A **manteiga** é composta principalmente de gordura”, pois essas questões apresentaram maior familiaridade na comunicação do cotidiano dos participantes, além das orientações sobre o melhor controle para diabetes comentados pela pesquisadora.

As questões Q5 “O arroz é composto principalmente de carboidratos” e Q6 “A presença de cetonas na urina é um mau sinal” apresentaram maior nível de complexidade e, portanto, um menor nível de acertos, isso pode ser relacionado também aos poucos anos de estudos e idade avançada verificado na maioria dos participantes e por isso obtiveram um número elevado de erros.

Nas questões seguintes, Q7 “Quais das possíveis complicações abaixo **NÃO** estão geralmente associados à diabetes”, Q8 “Se uma pessoa que está tomando insulina apresenta uma **taxa alta de açúcar no sangue ou na urina**, assim como presença de cetonas, ela deve”, Q9 “**Se uma pessoa com diabetes** está tomando insulina e fica doente ou não consegue comer

a dieta receitada”, Q10“ Se você sente que a **hipoglicemia** está começando, você deve” e Q11“Você pode comer o quanto quiser dos seguintes **ALIMENTOS**”. De acordo com as respostas dos participantes, infere-se bom índice de compreensão, demonstrando que as ações de apoio ofertadas ao grupo apresentaram resultados satisfatórios acerca da melhoria no conhecimento sobre a doença e mudança nos comportamentos para adesão ao tratamento recomendado.

A Q12“**A hipoglicemia é causada por**” não apresentou resultado significante, isso demonstra que é importante reforçar as ações de educação, para garantir que o entendimento seja melhorado.

As questões Q13“Um **QUILO** é”, Q14 “Duas das seguintes substituições são **corretas**” e Q15“Se eu não estiver com vontade de **comer o pão francês** permitido na minha dieta para o café da manhã, eu posso” apresentaram escores significativos, demonstrando que o apoio para o autocuidado das pessoas com diabetes é uma boa estratégia para ajudá-los a melhor gerenciar sua saúde no quesito alimentação saudável.

Além de observar uma melhoria no conhecimento dos participantes, é possível observar também a importância do engajamento no autocuidado e Suplici et al (2021) diz que a atenção primária à saúde é estratégica na promoção do autocuidado por meio de uma atenção integral e direcionada às pessoas com diabetes.

Em relação aos níveis glicêmicos foi visto uma alteração nos valores, principalmente, nos resultados da hemoglobina glicada (valor de referência $\leq 6.5\%$), onde no momento inicial a maioria dos participantes apresentaram valores que oscilava entre 8.0% e 10.7%, demonstrando uma ineficácia no tratamento. E, no momento final esses resultados apresentaram um declínio moderado, contudo, positivo diante do apoio ofertado e, apenas dois participantes não obtiveram êxito neste item.

Levando em consideração que o exame de hemoglobina glicada é um dos mais importantes para o acompanhamento e diagnóstico do DM e que apresenta um panorama glicêmico de 90 dias, a estratégia de acompanhar e apoiar o autocuidado se mostra benéfico e motivador para mudança de comportamento adotando um estilo de vida saudável. Desse modo, Rossaneis et al (2019) expõe que a Hemoglobina Glicada (HbAc1) é um indicador importante para avaliar a eficácia de um plano de tratamento e, pode ser utilizada para priorizar casos que requerem intervenção e apoio.

Compreende-se que no primeiro momento os níveis de conhecimento dos participantes acerca da doença não eram tão satisfatórios, refletindo no alto valor de glicemia capilar, hemoglobina glicada e no estilo de vida adotado inadequado. Ressalta-se que o nível de

conhecimento das pessoas com diabetes sobre a doença ainda é escasso, conseqüentemente, além do desconhecimento, pessoas com baixa escolaridade tendem a não levar a sério as ações preventivas, a desconsiderar a gravidade da doença e demorar a procurar ajuda médica, dificultando o cumprimento do tratamento (Flor, Campos, 2017).

Esse baixo nível de conhecimento em relação a doença reflete também na adesão inadequada ao tratamento, já que os participantes veem o medicamento como único responsável pelo controle dos índices glicêmicos. Como reforça Santos et al (2019) a adesão ao tratamento tem como princípios básicos a aceitação e a mudança comportamental, coincidindo com as orientações recebidas, como tomar os medicamentos, seguir uma dieta alimentar adequada, fazer alterações no estilo de vida, ou seja, aplicar comportamentos e práticas protetoras da saúde.

5. CONCLUSÃO

Na operacionalização do estudo para alcance dos objetivos observa-se que foram adquiridas significativas mudanças de comportamento com hábitos saudáveis entre os participantes e, notado melhor gerenciamento do próprio cuidado, com realização das atividades cotidianas mais responsáveis e, consciente ao controle dos níveis glicêmicos analisados na hemoglobina glicada e, nas respostas do questionário sobre a doença o que influencia diretamente nas atividades diárias, no uso do medicamento, alimentação saudável e até talvez na implementação das atividades físicas.

O apoio no empoderamento das pessoas com doenças crônicas influencia e promove mudanças de estilo de vida que contribuem para o autocuidado e para a melhora de resultados clínicos e psicológicos com aumento da autonomia e valor à sua condição de saúde.

O fácil acesso à informação por meio da internet é proeminente, pois, a partir desse canal, as pessoas podem conhecer a doença, entender sua condição de saúde e adotar comportamentos necessários para o controle do diabetes, contudo ainda existe uma população significativa com pouca escolaridade e de idade avançada que não domina tal recurso. Por isso, se mostra ainda bastante necessário os encontros com comunicação verbal e escrita com alcance a todos.

O apoio no autocuidado as pessoas com doença crônica devem ser compreendidas como um método complementar com acompanhamento presencial nos serviços de saúde, e configurar auxílio para as dúvidas com motivação a continuidade do tratamento farmacológico e não farmacológico. Nos serviços de cuidado em saúde, preferencialmente, na atenção primária, a implementação da educação em saúde continuada de forma presencial e virtual mostra-se como um guia para interação e a liberdade de iniciativas refletindo em melhorias para saúde.

Portanto, esta pesquisa deixa a contribuição no apoio ao autocuidado e recomenda-se a continuidade dessa metodologia com desfecho favorável e positivo na qualidade de vida dos participantes com estímulo a novas estratégias de educação em saúde. Além disso, considera-se que o profissional de saúde é um educador que multiplica conhecimento na promoção e prevenção de educação em saúde continuada.

Nas limitações desse estudo apresenta-se a dificuldade para alcance de uma amostra maior e a de que alguns participantes apresentarem disponibilidade para comparecerem a UBS no dia solicitado, sendo necessário a realização de visita domiciliar para garantir o apoio no autocuidado, bem como o período reduzido para implementação do apoio de forma mais expressiva e desse modo os valores de hemoglobina glicada não foram tão significativos, visto que esse exame deve ser realizado em um intervalo de 90 dias.

Acredita-se que resultados mais satisfatórios possam ser encontrados com a realização de um apoio continuado ao autocuidado, envolvendo a pessoa e familiares, e utilizando novas estratégias que torne o processo mais dinâmico e envolvente para motivar ainda mais a população com doenças crônicas a aderirem às boas práticas no gerenciamento da saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, A. M. de; BRANDÃO, N. P.; ESTIMA, S. L.; ASSIS, M. C. S. de. Adesão ao tratamento na hipertensão e diabetes mellitus: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 6, n. 3, p. 442–453, 2016. DOI: 10.5902/2179769219029.
- ALMEIDA, A. N. F. de; CÁRDENAS, A. M. C. Caracterização epidemiológica de pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 de uma Unidade Básica de Saúde de Macapá, Amapá. **Revista de Biologia e Ciências da Terra**, v. 15, n. 1, p. 31-41, 1º semestre de 2015.
- ANTUNES, Y. R., et al. Diabetes Mellitus Tipo 2: A importância do diagnóstico precoce da diabetes. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.12, p. 116526-116551 dec. 2021.
- ARRUDA, G. O. de; MARCON, S. S.; AVEIRO, H. E. P.; HADDAD, M. do C. F. L.; KALINKE, L. P.; FONSECA, G. da S.; MARTINHAGO, A. de A. EFEITOS DO AUTOCUIDADO APOIADO POR ENFERMEIROS EM HOMENS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 36, 2021. DOI: 10.18471/rbe.v36.43380.
- BATISTA, A. F. DE M. B. et al. Gestão do Diabetes Tipo 1: necessidades de autocuidado apoiado na transição para adolescência. **Saúde e Pesquisa**, v. 13, n. 2, p. 363–375, 12 jun. 2020.
- BERTONHI, L. G.; DIAS, J. C. R. Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica. **Revista Ciências Nutricionais Online**, v.2, n.2, p.1-10, 2018.
- BORBA, A. K. DE O. T. et al. Factors associated with elderly diabetic adherence to treatment in primary health care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 953–961, 1 mar. 2018.
- BORGER, C. A et al. Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil?. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n.1, p.137-148, jan. 2015
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fascículo 5: protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da pessoa na adolescência [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.0.
- BERTONHI, L. G.; DIAS, J. C. R. Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica. **Revista Ciências Nutricionais Online**, v.2, n.2, p.1-10, 2018.
- BRETTELL, R. et al. Smoking cessation in adults with diabetes: a systematic review and meta-analysis of data from randomized controlled trials. **BMJ Open**, London, v. 4, n. 3, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3948637/?tool=pubmed>
- CARVALHO, S. S.; SILVA, T. M. A; COELHO, J. M. F. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 5, p. 1-13, 2015.
- CASTRO, R.M.F., et al. Diabetes mellitus e suas complicações - uma revisão sistemática e informativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.1, p.3349-3391 jan./feb. 2021.

- CHACRA, A. Diabetes é mais comum nas mulheres do que nos homens. 2017. **Sírio Libanês**. Disponível em: [https://hospitalsiriolibanes.org.br/sua-saude/Paginas diabetes mais comum nas mulheres que nos homens.aspx](https://hospitalsiriolibanes.org.br/sua-saude/Paginas%20diabetes%20mais%20comum%20nas%20mulheres%20que%20nos%20homens.aspx).
- CORTEZ, D. N. et al. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 250–255, jun. 2015.
- COSTA, A. F. et al. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017.
- COSTA, Hugo RB; COSTA, JOSÉ, RB. Crenças e conhecimentos dos diabéticos acerca de sua doença. **Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis V.1 | N.1**, 2017.
- COSTA, J. H. R. DA et al. Cuidados em saúde aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. [1-19], 2021
- Coulibaly, A., Alves, V. P. As crenças religiosas e espirituais no enfrentamento de desafios advindos das feridas crônicas em idosos. **Rev. Kairós [Internet]**. 2016 [citado em 25 out 2022]; 19(22):323-39. doi:<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19iEspecial22p323-339>
- D'ÂNGELO, F. A; LEATTE, P. E; DEFANI, M. A. O exercício físico como coadjuvante no tratamento do diabetes, **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 8, n. 1, p. 157-166, 2015
- DUTRA, F. C. M. S.; COSTA, L. C.; SAMPAIO, R. F. A influência do afastamento do trabalho na percepção de saúde e qualidade de vida de indivíduos adultos. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 98-104, mar. 2016.
- FARIA, H. T. G. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 231–237, 2013.
- FARIAS, R. DE F. S. DE et al. ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS EM ÁREA RURAL DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE. **Revista de APS**, v. 19, n. 2, 2016.
- FERNANDES, N. S. M. Alterações Metabólicas no Diabético. Orientador: Professora Doutora Carla Sousa e Silva. 2013. 61 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) -Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013
- FERREIRA, D. S. DE P. et al. Repercussão emocional diante do diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 [Emotional impact before the diagnosis of type 2 diabetes mellitus] [Impacto emocional frente ao diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 1, p. 41–46, 11 jun. 2013.
- FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p. 16–29, mar. 2017.
- CUNHA, M. DA C. S. O. Self-Care Among Type 1 Diabetes Mellitus Bearing People: Adolescents' Experience / Autocuidado em Pessoas com Diabetes Mellitus

Tipo 1: Vivências de Adolescentes. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 11, n. 2, p. 289–296, 21 jan. 2019.

GAMA, C. A. P. DA; GUIMARÃES, D. A.; ROCHA, G. N. G. Diabetes Mellitus e atenção primária: percepção dos profissionais sobre os problemas relacionados ao cuidado oferecido às pessoas com diabetes. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 12, n. 3, p. 1–16, 1 dez. 2017.

GOUVEIA, B.L.A. et al. Crenças relacionadas ao uso de antidiabético oral em pessoas com diabetes Escola Anna Nery, v. 24, n. 1, 2020.

HERATH, H. M. M.; WEERARATHA, T. P.; UMESHA, D. Cardiovascular risk assessment in type 2 diabetes mellitus: comparison of the World Health Organization/International Society of Hypertension risk prediction charts versus UK Prospective Diabetes Study risk engine. *Vascular Health and Risk Management*, v.11, pag. 583–589, 2015.

International Diabetes Federation. *IDF diabetes atlas*. 8th Ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2017.

International Diabetes Federation. *IDF diabetes atlas*. 10th Ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021.

IRMÃO, B. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187188/TCC%20Bruna%20OPDF%20A.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

LIMA, N. K. G. DE et al. Eficácia dos protocolos de enfermagem direcionados ao paciente com complicações diabéticas. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, p. 685–691, 2021.

LIMA, N.K.G; FERNANDES, M.T.C.C; SILVA, J.C; Silva AFR, Coura AS, França HOSPITALIZADAS COM DIABETES MELLITUS. Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis,2018.

LYRA, R. et al. Diabetes mellitus: classificação e diagnóstico. *Endocrinologia Clínica*.1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

MALTA, D. C. et al. Diabetes autorreferido e fatores associados na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 2643–2653, 17 jun. 2022.

MARQUES, C. R. Percepção dos usuários insulino dependentes não controlados quanto ao tratamento para o diabetes Mellitus tipo 2. *Rev. APS*, p. 69–80, 2017.

MARQUES, F. R. D. M. et al. Nursing diagnoses in elderly people with diabetes mellitus according to Orem's Self-Care Theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. suppl 4, 2022.

MILAN, A. M. F.; DESPAIGNE, D. A. N; GALLESTEY, J. B. Condicionamiento de Género y Condición Socioeconómica: Su Asociación con Algunos Factores de Riesgo Ateroscleróticos. *Rev. Finlay, Cienfuegos*, v. 8, n. 1, p. 26-35, marzo, 2018. Disponível em <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S222124342018000100004&lng=es&nrm=iso>.

MINAYO, M. C. S. (Org) *Pesquisa Social; Teoria Método e Criatividade*. 29ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2010

OBEDIARP. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 929-941, mai. 2010.

OLIVEIRA, P. S. D., et al. Complicações do diabetes no estado de Minas Gerais no período de 2012 a 2013. *Rev Enferm Atual In Derme* v. 96, n. 38, 2022 e-021245. <https://doi.org/10.31011/reaid>.

OLIVEIRA, M. S. N. et al. Autocuidado de idosos diagnosticados com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. *Revista de Enfermagem da USFM*, v.7, n.2, p.490-503, 2017.

PIMENTEL, J. DE O. DE et al. Autocuidado de usuários com diabetes mellitus inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, p. 737–743, 2021.

Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

PURIM, K. S. M. et al. Percepção de barreiras à prática de atividades físicas por pacientes diabéticos tipo 2. *Rev. méd. Paraná*, p. 1–5, 2022.

RI, S. S. D.; SOUZA, C. M.; ISER, B. P. M. Adesão ao tratamento e qualidade de vida em população diabética admitida em serviço público. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 19, n. 2, p. 97–104, 2021.

ROEDIGER, M.A et al. Diabetes mellitus referida: incidência e determinantes, em coorte de idosos do município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE- Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3913-3922, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.13062016>. Acesso em: 04 out. 2023.

SANTOS, W. P. Abordagens metodológicas utilizadas em intervenções educativas voltadas a indivíduos com diabetes mellitus. *Enfermería actual en Costa Rica*, n. 38, 14 jan. 2020.

SANTOS, W. P. DOS et al. INTERFACES DA (NÃO) ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO II. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, v. 17, n. 2, p. 56–63, 31 ago. 2019.

SILVA, A.L.D.A, et al. Factors related to negative self-care adherence in individuals with diabetes mellitus. *Rev Rene*.22:e70902, 2021.

SILVEIRA, E. A. DA et al. Obesity and its Association with Food Consumption, Diabetes Mellitus, and Acute Myocardial Infarction in the Elderly. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016. São Paulo, Sociedade Brasileira de Diabetes, 2016. 348p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes - 2015-2016. Rio de Janeiro: Ac Farmacêutica, 2016. 352 p.

SOUSA, J. N. L. DE; NÓBREGA, D. R. DE M.; ARAKI, Â. T. Perfil e percepção de diabéticos sobre a relação entre diabetes e doença periodontal. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 43, n. 4, p. 265–272, ago. 2014.

SOUZA, P. L. C.; SILVESTRE, M. R. S. Alimentação, estilo de vida e adesão ao tratamento nutricional no diabetes mellitus tipo 2. *Estudos, Goiás*, v. 40, n. 4, p. 542, 2013.

SUPLICI, S. E. R. et al. Adesão ao autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Primária: estudo de método misto. *Escola Anna Nery*, v. 25, n. 5, 2021.

SUZIN, J.; BIONDO, C.; NICOLETTO, B. B. Impacto da pandemia sobre mudanças alimentares de pacientes com diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. *Clinical and Biomedical Research*, v. 42, n. 2, 29 jul. 2022.

TESTON, E. F.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. Perspectives of individuals with diabetes on selfcare: contributions for assistance. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, v. 21, n. 2, 2017.

TORRES, H. C.; VIRGINIA A, H.; SCHALL, V. T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 6, p. 906–911, dez. 2005.

VUJKOVIC, M. et al. Discovery of 318 new risk loci for type 2 diabetes and related vascular outcomes among 1.4 million participants in a multi-ancestry meta-analysis. *Nature Genetics*, v. 52, n. 7, p. 680–691, 15 jun. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

AUTOCUIDADO APOIADO AS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado, desenvolvido por Sara de Medeiros Vieira, estudante, e orientado pela professora responsável Dra. Bernadete de Lourdes André Gouveia, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande. O presente documento contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração será de muita importância neste estudo, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, abaixo assinado (a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo: Autocuidado Apoiado as pessoas com Diabetes Mellitus Tipo Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

I) Objetivo dessa pesquisa é analisar se as pessoas com diabetes mellitus tipo 2 conseguem controlar a glicemia após o autocuidado apoiado.

II) A relevância desse estudo está inserida principalmente em aflorar nas pessoas com diabetes *mellitus* a curiosidade de conhecer a sua patologia, e todas as suas consequências para a saúde, estimular a adesão correta ao tratamento e como o autocuidado é importante nesse processo.

III) Os possíveis desconfortos, serão sobre as perguntas do questionário, se o participante da pesquisa se sentir constrangido, não haverá riscos, dos benefícios esperados da pesquisa, é realizar um levantamento das pessoas que são atendidas nas UBS da cidade de Queimadas, a fim de identificar e isolar qual o perfil social, demográfico, clínico e comportamental das pessoas com Diabetes *Mellitus*. E por fim, identificar a prática de comportamentos do autocuidado e sua relação com as crenças, para controle do diabetes e prevenção das complicações, para então, gerenciar e planejar a assistência prestada a esses indivíduos.

IV) Durante a pesquisa será apresentado um questionário, que deverá ser respondido após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, após o término do questionário, terá terminado a participação da pessoa colaboradora.

V) Poderá desistir da pesquisa ou interromper a colaboração da pesquisa a qualquer momento que o participante desejar, sem necessidade de qualquer explicação ou penalização

VI) Será garantido a manutenção do sigilo e da privacidade do participante da pesquisa durante todas as fases da pesquisa. VII) Será garantido o sigilo dos resultados exceto para fins de divulgação científica.

Atestado de interesse pelo conhecimento dos resultados da pesquisa.

Desejo conhecer os resultados desta pesquisa

Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

VIII) Terá recebido de uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com todas as páginas rubricadas e aposição de assinatura na última página, pelo pesquisador responsável;

IX) Será garantido de ressarcimento e como serão cobertas as despesas obtidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes;

X) Terá garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;

XI) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, localizado na Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de Análises Clínicas (LAC), 1º andar, Sala 16. CEP: 58175 – 000, Cuité-PB, Tel: 3372 – 1835, E-mail: cep.ces.ufcg@gmail.com;

XII) Poderei também contactar o pesquisador responsável, por meio do endereço, e-mail e telefone (inserir endereço, e-mail e telefone institucional do pesquisador responsável).

Queimadas-PB, ____/____/____.

Participante da pesquisa / Responsável

Sara de Medeiros Viera
Pesquisadora

Bernadete de Lourdes André Gouveia
Responsável da pesquisa

APÊNDICE B

TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós abaixo–assinados, Bernadete de Lourdes André Gouveia e Sara de Medeiros Vieira da pesquisa intitulada Autocuidado Apoiado entre as Pessoas com Diabetes *Mellitus* tipo 2 assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas normatizações complementares, homologadas nos termos do Decreto de delegação de competências de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo dos documentos correspondentes a cada participante incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta.

Apresentaremos sempre que solicitado pelas instâncias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento dela, assumindo o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação e para as instituições co-participantes, como forma de retorno e contribuição aos serviços.

Em cumprimento às normas regulamentadoras, **declaramos que a coleta de dados do referido projeto não foi iniciada** e que somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CEP-CES-UFCG), os dados serão coletados.

Cuité-PB, __/__/____.

Bernadete de Lourdes André Gouveia, 1738276
Orientador(a)/Pesquisador (a) responsável

Sara de Medeiros Vieira
Orientanda

APÊNDICE C
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Características sociodemográficas e clínicas das pessoas com DM2

Identificação: _____

I – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Idade: ____ anos completos.
2. Sexo: 1 () Masculino 2 () Feminino
3. Raça: 1 () Branca 2 () Negra 3 () Parda
4. Procedência: 1 () Queimadas 2 () Outros municípios
5. Estado civil: 1 () Casado/União estável 2 () Solteiro 3 () Viúvo
4 () Separado/Divorciado
6. Escolaridade: Anos de estudos _____ () Nunca estudou.
7. Situação profissional: 1 () Empregado 2 () Desempregado
3 () Auxílio doença 4 () Aposentado
5 () Outra:_____.
8. Renda familiar: 1 () 1SM; 2 () 2SM 3 () > 3SM.
9. Religião: 1 () Católica 2 () Evangélica 3 () Outra:_____

II – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

10. Há quantos anos tem DM2?_.
11. Hábitos: 1 () Fuma 2 () Uso de álcool 3 () Nenhuma.
12. Peso _____kg
13. Valor do teste glicêmico_____.
14. valor da hemoglobina glicada_____.
15. Presença de HAS: 1 () Sim 2 () Não
16. Realiza atividade física? 1 () Sim 2 () Não. 16.1. Qual? _____.
17. Realiza acompanhamento nutricional? 1 () Sim 2 () Não.
18. Outras doenças: 1 () Sim 2 () Não. 18.1 Quais? _____.
19. Medicações em uso (ver prescrição médica):

Pesquisador:_____.

Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE D
INSTRUMENTO DE CONHECIMENTO DE DIABETES
DKN-A

Versão Brasileira do Questionário
 Escala de Conhecimento de Diabetes

Há quanto tempo você tem diabetes?

Como ela é tratada? (marque um)

(a) Dieta (b) Dieta e hipoglicemiante oral (c) Dieta e insulina

INSTRUÇÕES: este é um pequeno questionário para descobrir o quanto você sabe sobre a diabetes. Se você souber a resposta **CERTA**, faça um círculo em volta da letra na frente dela. Se você não souber a resposta, faça um círculo em volta da letra à frente de **“NÃO SEI”**

<p>1. Na diabetes SEM CONTROLE, o açúcar no sangue é</p> <p>a. Normal b. Alto c. Baixo d. Não sei</p> <p>2. Qual destas afirmações é VERDADEIRA?</p> <p>a. Não importa se sua diabetes não está sob controle, desde que você não entre em coma. b. É melhor apresentar um pouco de açúcar na urina para evitar hipoglicemia. c. O controle mal feito da diabetes pode resultar numa chance maior de complicações mais tarde. d. Não sei.</p> <p>3. A faixa de variação NORMAL de glicose no sangue é de</p> <p>a. 70-110 mg/dl b. 70-140 mg/dl c. 50-200 mg/dl d. Não sei.</p> <p>4. A manteiga é composta principalmente de</p> <p>a. Proteínas b. Carboidratos c. Gordura d. Minerais e vitaminas</p>	<p>e. Não sei.</p> <p>5. O arroz é composto principalmente de</p> <p>a. Proteínas b. Carboidratos c. Gordura d. Minerais e vitaminas e. Não sei.</p> <p>2. A presença de cetonas na urina é</p> <p>a. Um bom sinal. b. Um mau sinal. c. Encontrado normalmente em quem tem diabetes. d. Não sei</p> <p>7. Quais das possíveis complicações abaixo NÃO estão geralmente associados à diabetes?</p> <p>a. Alterações na visão. b. Alterações nos rins. c. Alterações nos pulmões. d. Não sei.</p> <p>8. Se uma pessoa que está tomando insulina apresenta uma taxa alta de açúcar no sangue ou na urina, assim como presença de cetonas, ela deve</p> <p>a. Aumentar a insulina. b. Diminuir a insulina.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- c. Manter a quantidade de insulina e a mesma dieta, e fazer um exame de sangue e de urina mais tarde.
d. Não sei.

9. **Se uma pessoa com diabetes** está tomando insulina e fica doente ou não consegue comer a dieta receitada

- a. Ela deve parar de tomar insulina imediatamente.
b. Ela deve continuar a tomar insulina.
c. Ela deve usar hipoglicemiante oral para diabetes em vez de insulina.
d. Não sei.

10. Se você sente que a **hipoglicemia** está começando, você deve

- a. Tomar insulina ou hipoglicemiante oral imediatamente.
b. Deitar-se e descansar imediatamente.
c. Comer ou beber algo doce imediatamente.
d. Não sei.

11. Você pode comer o quanto quiser dos seguintes **ALIMENTOS**

- a. Maçã
b. Alface e agrião
c. Carne
d. Mel
e. Não sei.

12. **A hipoglicemia é causada por**

- a. Excesso de insulina
b. Pouca insulina
c. Pouco exercício
d. Não sei.

13. Um **QUILO** é

- a. Uma unidade de peso.
b. Igual a 1000 gramas.
c. Uma unidade de energia.
d. Um pouco mais que duas gramas.
e. Não sei.

14. Duas das seguintes substituições são **corretas**

- a. Um pão francês **é igual** a quatro (4) biscoitos de água e sal.
b. Um ovo **é igual** a uma porção de carne moída.
c. Um copo de leite **é igual** a um copo de suco de laranja.
d. Uma sopa de macarrão **é igual** a uma sopa de legumes.
e. Não sei.

15. Se eu não estiver com vontade de **comer o pão francês** permitido na minha dieta para o café da manhã, eu posso

- a. Comer quatro (4) biscoitos de água e sal.
b. Trocar por dois (2) pães de queijo médios.
c. Comer uma fatia de queijo.
d. Deixar para lá.
e. Não sei.

ANEXOS

ANEXO A- TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL**TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL À PESQUISA**

Eu, Camilla Sandrianny Primo Barbosa declaro para os devidos fins que concordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado Autocuidado Apoiado entre as Pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2, sob responsabilidade da Profª. Drª. Bernadete de Lourdes André Gouveia e a discente Sara de Medeiros Vieira, com o objetivo de verificar se as pessoas que praticam o autocuidado apoiado conseguem controlar os níveis de glicemia. Assumimos o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada junto a Secretaria Municipal de Saúde de Queimadas. Informamos que para ter acesso a instituição e iniciar a coleta dos dados, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e o Parecer Consubstanciado, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Camilla Sandrianny P. Barbosa
Coord. de Vg. em Saúde
COREN- PB 241198

Camilla Sandrianny Primo Barbosa
Atenciosamente

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AUTOCUIDADO APOIADO ENTRE AS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO

Pesquisador: Bernadete de Lourdes André Gouveia

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68794023.3.0000.0154

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.122.899

Apresentação do Projeto:

As pesquisadoras apresentam “um estudo descritivo exploratório com intervenção educativa de apoio ao autocuidado e abordagem qualitativa, a ser desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de Queimadas-PB, com a população diagnosticada com Diabetes Mellitus tipo 2, cadastrada na UBS Saulo Leal Ernesto de Melo. Sendo incluídas pessoas com idade mínima de 18 anos, cadastrado na Unidade de Saúde em questão e ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. E excluídos: condição de incapacidade cognitiva, memória e de comunicação que impossibilite a participação e diagnóstico recente (menos de seis meses) para DM tipo 2”.

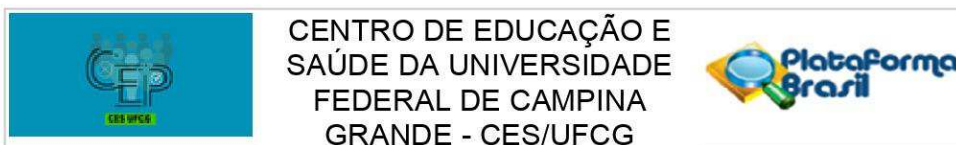
Objetivo da Pesquisa:

As pesquisadoras descrevem como objetivo geral “Analisar se as pessoas que realizam o autocuidado apoiado conseguem controlar os níveis glicêmicos”, e como objetivos específicos “Conhecer o estilo de vida das pessoas com diabetes mellitus tipo 2; Identificar o conhecimento sobre diabetes entre as pessoas com diagnóstico de DM tipo 2; e Analisar os níveis glicêmicos e a condição clínica antes e depois do autocuidado apoiado”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras destacam como riscos os para os participantes “o constrangimento ao falar do estilo de vida e as mudanças necessárias para realizar o autocuidado e manutenção da saúde”.

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.122.899

Ademais, destacam que "por ocasião da aplicação dos questionários de forma presencial, e os participantes poderão sentir desconforto para informar os comportamentos adotados e também disponibilidade de tempo para a entrevista e nos encontros futuros. Para minimizar os riscos a pesquisadora deverá garantir um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, com controle do tempo, uma escuta atenta com obtenção das informações necessárias ao estudo e liberdade ao participante, para não responder questões constrangedoras. No mais, para o segundo encontro a pesquisadora poderá acomodar a sua agenda de acordo com a disponibilidade de tempo do participante que aceitar continuar com a pesquisa. E sobre a exposição, ainda presente, para o vírus da covid 19, a pesquisadora deverá usar a proteção individual e ressaltar aos participantes a importância sobre a continuidade do uso de máscaras para as pessoas com doenças crônicas em ambientes de grande circulação e nos serviços de saúde". Destaca também que "quanto a identificação de cada participante que consta no instrumento (anexo, pag. 30), terá a discriminação "participante_1", participante_2" e assim consequentemente, até o último, garantindo o anonimato, sem misturar ou confundir os questionários de resposta e análise de cada um. Sendo assim haverá como identificar os participantes que participaram do segundo encontro".

E como benefícios, pontua que a pesquisa visa aclarar dúvidas dos participantes sobre diabetes e o tratamento, identificando déficit na autogestão da saúde, orientando sobre os cuidados necessários para evitar complicações provenientes da Diabetes a curto e longo prazo, e promover uma melhoria na qualidade de vida dessas pessoas.

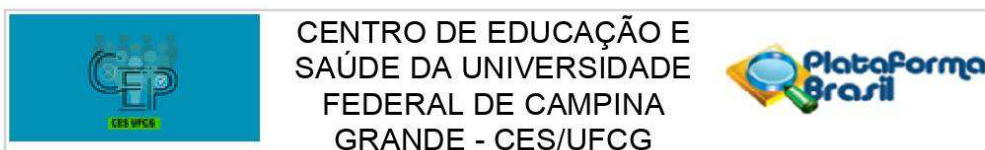
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é dotada de relevância científica e tem potencial para favorecer o monitoramento no autocuidado das pessoas com diabetes mellitus, podendo auxiliar no processo de controle e vigilância da glicemia, bem como, incentivar esses usuários a aderirem ao tratamento de maneira eficaz, trazendo benefícios e qualidade de vida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Carta de anuência assinada pela coordenadora de Vigilância em Saúde do Município de Queimadas;
- 2) Folha de rosto devidamente assinada e carimbada pelo pesquisador responsável e pelo diretor da instituição proponente;

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.122.899

- 3) Projeto detalhado com destaque para as correções realizadas, contendo cronograma com pesquisa prevista para iniciar em julho de 2023;
- 4) Termo de compromisso dos pesquisadores assinado pela pesquisadora e sua orientanda;
- 5) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- 6) Carta de resposta a pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após reapreciação do projeto e análise dos documentos apresentados, conclui-se que não existem inadequações éticas para o desenvolvimento da pesquisa, estando o mesmo APROVADO.

Lista-se a seguir as pendências anteriores e análise:

1) Pendência 1 - Ajustar o período de coleta de dados que apresenta divergência de informações. Onde corrigir: no cronograma (maio a setembro de 2023) (pág. 19 do projeto 1) e nos campos de preenchimento da plataforma brasil (08 de maio de 2023 a 22 de junho de 2023). Destaca-se que, como o projeto será reapreciado, é importante realizar a conferência e ajuste do cronograma no campo de preenchimento da plataforma e no projeto, de acordo com o calendário deste CEP.

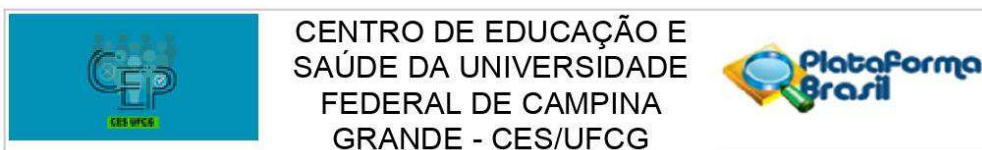
RESPOSTA DO PESQUISADOR: no cronograma do projeto, pg.20 e na plataforma foram alteradas as datas dos itens: Encaminhamento do Projeto para o Comitê de Ética coletada dos dados, análise e discussão dos dados, finalização do projeto e apresentação do TCC, de acordo com o calendário deste CEP. Alterado no projeto, e nas informações básicas da Plataforma Brasil.

ANÁLISE: pendência atendida.

2) Pendência 2 - Explicitar no método/aspectos éticos e nos campos de preenchimento da plataforma brasil, como se dará a identificação do sujeito, tendo em vista que, no método (página 16 projeto 1) é explicitado que haverá dois encontros. Sendo assim, como o estudo será de seguimento, como será feita a identificação do participante da pesquisa? Ademais, consta um roteiro/instrumento de coleta de dados com identificação do sujeito (pág. 29 do projeto 1).

RESPOSTA DO PESQUISADOR: realizadas alterações com informações de como identificar os participantes para o primeiro e segundo encontro com o agendamento e também como fazer contatos para o acompanhamento do autocuidado apoiado. "No primeiro encontro com os usuários que estiverem na sala de espera para consulta e aceitarem participar da pesquisa tendo assinado o TCLE, será realizado o levantamento dos dados com os questionários dos dados

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.122.899

sociodemográficos, clínicos e de conhecimento sobre DM tipo 2. Nesse momento, a pesquisadora solicitará o número de contato telefônico para agendar o segundo encontro com aqueles que participarão da intervenção. Em outras palavras, dos participantes da pesquisa inicial, será selecionados dez participantes que em seus dados clínicos identifique-se níveis elevados da glicose, pelo teste glicêmico e/ou hemoglobina glicada recentes.

No segundo encontro, agendado via contato telefônico, será apresentado o planejamento das ações do autocuidado apoiado e uma vez por semana, a partir do segundo encontro, os participantes serão contactados para esclarecimentos de dúvidas sobre as orientações dos comportamentos adotados, aconselhamento sobre a necessidade de mudança dos comportamentos inadequados ao bom controle da doença, acordo sobre adesão as terapias e cuidados recomendados, assistência na orientação dos cuidados e novos comportamentos e acompanhamento semanal das ações implementadas por cada participante.

Quanto a identificação de cada participante que consta no instrumento (anexo, pag. 30), terá a discriminação "participante_1", participante_2" e assim conseqüentemente, até o último, garantindo o anonimato, sem misturar ou confundir os questionários de resposta e análise de cada um. Sendo assim haverá como identificar os participantes que participarão do segundo encontro". (pag. 16), alterado na plataforma, informações básicas.

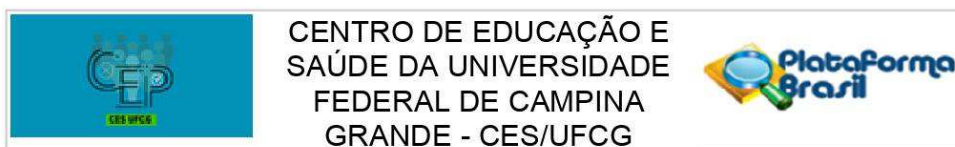
ANÁLISE: pendência atendida.

3) Pendência 3- Detalhar no método (aspectos éticos), no TCLE e nos campos de preenchimento da plataforma brasil, os RISCOS inerentes a uma pesquisa de intervenção/seguimento, bem como, a forma de RESOLVÊ-LOS OU DIMINUÍ-LOS. Exemplo de riscos: invasão de privacidade, discriminação e estigmatização durante as atividades de intervenção educativa e coleta de dados; divulgação de dados confidenciais; tomar o tempo do participante para a participação atividades de intervenção educativa e ao responder aos questionários na entrevista; e exposição a infecção por COVID-19 devido a participação nas atividades de intervenção educativa.

RESPOSTA DO PESQUISADOR: foi alterado no projeto, TCLE e informações básicas da plataforma os RISCOS BENEFÍCIOS inerentes a pesquisa com seres humanos.

RISCOS: "Quanto aos possíveis riscos inerentes a essa pesquisa com proposta de intervenção educativa com apoio ao autocuidado, entende-se que são mínimos e a curto prazo por ocasião da aplicação dos questionários de forma presencial e os participantes poderão sentir desconforto para informar os comportamentos adotados e também disponibilidade de tempo para a entrevista

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.122.899

e nos possíveis encontros futuros.

Para minimizar os riscos a pesquisadora deverá garantir um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, com controle do tempo, uma escuta atenta com obtenção das informações necessárias ao estudo e liberdade ao participante, para não responder questões constrangedoras. No mais, para o segundo encontro a pesquisadora poderá acomodar a sua agenda de acordo com a disponibilidade de tempo do participante que aceitar continuar com a pesquisa.

E sobre a exposição, ainda presente, para o vírus da covid 19, a pesquisadora deverá usar a proteção individual e ressaltar aos participantes a importância sobre a continuidade do uso de máscaras para as pessoas com doenças crônicas em ambientes de grande circulação e nos serviços de saúde". (pag. 17)
ANÁLISE: pendência atendida.

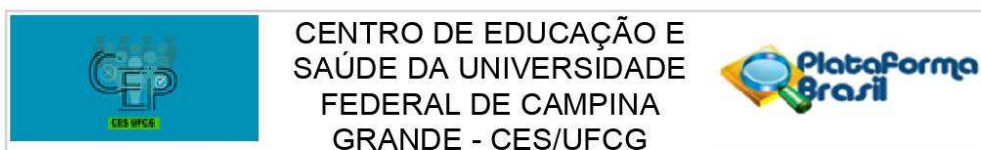
Recomenda-se elaborar o relatório final após a conclusão do projeto e inserir na plataforma para acompanhamento por este Comitê.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2106182.pdf	12/06/2023 16:05:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Completo_0906SARA.pdf	09/06/2023 09:01:25	Bernadete de Lourdes André Gouveia	Aceito
Outros	Carta_Respostas_Pendencias.pdf	05/06/2023 15:59:42	Bernadete de Lourdes André Gouveia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_0506.pdf	05/06/2023 15:57:55	Bernadete de Lourdes André Gouveia	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Assinada.pdf	20/03/2023	Bernadete de	Aceito

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.122.899

Folha de Rosto	Folha_Rosto_Assinada.pdf	11:14:38	Lourdes André Gouveia	Aceito
Declaração de concordância	Termo_Anuencia.pdf	17/03/2023 17:06:52	Bernadete de Lourdes André Gouveia	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_dos_pesquisadores_29_assinado.pdf	17/03/2023 17:01:53	Bernadete de Lourdes André Gouveia	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CUITE, 16 de Junho de 2023

Assinado por:
Vanessa de Carvalho Nilo Bitu
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com