

PACIENTES DIABÉTICOS: AUTOCONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA E ADESÃO AO TRATAMENTO

AUTOR

Gabriela Moura de OLIVEIRA

Discente do Curso de Nutrição – União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

Carla Somaio TEIXEIRA

Docente do Curso de Nutrição – União das Faculdades dos Grandes Lagos - UNILAGO

RESUMO

As mudanças dos hábitos alimentares tem caráter importante na elevação do número de doenças crônicas não transmissíveis. A diabetes mellitus é uma dessas doenças em crescimento e abrange em maior quantidade a população de faixa etária superior a 65 anos. O objetivo da pesquisa é avaliar o conhecimento e as atitudes dos portadores da diabetes mellitus frente ao tratamento. Trata-se de uma pesquisa de campo, quantitativa, transversal e exploratória que foi realizada no município de Mirassol – SP. A amostra foi composta por 69 indivíduos dos dois gêneros sendo maiores de 18 anos e diagnosticados com a diabetes mellitus. Utilizou-se variáveis sociodemográficas como gênero, idade, peso, altura, escolaridade e medicamentos ingeridos. Além disso, juntamente com as variáveis foram entregues dois instrumentos validados no Brasil: *Diabetes Knowledge Scale* (DKN-A) e Questionário de atividades de autocuidado com a diabetes (QDA). A partir da análise dos escores do questionário de conhecimento sobre a doença (DNK-A), 38 (55%) da amostra obtiveram escores > ou igual a 8 sendo considerados pessoas que tem conhecimento sobre a patologia que porta. Já os outros 31 (45%) possuem conhecimento insatisfatório, pois seus escores foram <8. Em relação as atividades de autocuidado dessas pessoas, 28 (40%) correspondem a indivíduos bem cuidados, 35 (51%) como mal cuidados e 6 (9%) empate por contagem das atividades descritas no questionário. Quando associados os dois questionários relacionando o conhecimento e atitudes de autocuidado frente a doença é possível observar que 19 (28%) possuem o conhecimento da doença mas, não tem a prática de autocuidado diário. Um ponto importante que pode ser destacado, é que 14 (20%) não tem o conhecimento, mas possuem práticas de autocuidado para consigo mesmo. Reconhecendo que a faixa de idade da doença é superior a 60 anos e que a maioria encontra-se em excesso de peso é imprescindível o auxílio dos profissionais de saúde que realizem estratégias educativas evitando complicações futuras.

PALAVRAS - CHAVE

Diabetes. Hábitos Alimentares. Doença Crônica Não Transmissível.

1. INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica não transmissível, em constante aumento nos países, sendo um dos principais problemas de saúde pública. A mudança dos hábitos alimentares decorrente do crescimento urbano tem levado as pessoas a enfrentarem tal doença. Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), a definição dar-se-á, por deficiências na ação do hormônio insulina geradas no pâncreas, mais especificadamente nas células betas, causando o aumento de glicose no sangue (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2016).

A prevalência de pessoas com o diagnóstico da doença no Brasil é 6,9% dos habitantes, ou seja, mais de 13 milhões de pessoas convivem com a diabetes diariamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013). Em relação à proporção mundial, há suposições que a diabetes atinja 425 milhões de pessoas. (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013). Está presente em todas as idades, porém, a população que mais atinge é a de idosos de faixa etária superior aos 65 anos. De acordo com os dados obtidos em 2011, decorrentes da Pesquisa Nacional de Saúde, 5,3% dos óbitos estão relacionados com as complicações dessa patologia (ISER, 2015).

A diabetes, se não tratada, pode gerar uma série de consequências e para reduzi-las em longo prazo os diabéticos precisam ser acompanhados por uma equipe multiprofissional. Além disso, devem modificar suas ações diárias alterando os hábitos alimentares, praticando atividades físicas e quando necessário ingerindo medicamentos para controle e prevenção da enfermidade (RODRIGUES et al, 2012). As complicações podem variar de agudas como a hipoglicemia, cetoacidose diabética e hiperglicemia hiperosmolar podendo evoluir para a cronicidade, infarto agudo do miocárdio, aterosclerose periférica, acidente vascular cerebral e microangiopatia (CORTEZ et al, 2015).

O portador dessa patologia é o maior responsável pela evolução ou regressão do quadro por meio das condutas positivas ou negativas frente ao tratamento. Essa conduta não depende somente do paciente em questão, existe uma série de outros fatores que influenciam na adesão de práticas positivas nessa fase, por exemplo, fatores sociais e emocionais (RODRIGUES et al, 2012).

Considera-se, que a maioria dos diabéticos não adere ao tratamento de forma rigorosa, pelo fato de não compreenderem a doença e como consequência não há uma progressão/manutenção do quadro tornando inevitáveis os sintomas (SANTOS et al, 2016).

O número de casos da diabetes é contabilizado através da diabetes mellitus 1, e as prevenções primárias e secundárias são importantes para o indivíduo, o monitoramento da hipertensão arterial, dislipidemias e anormalidades que possam ocorrer evita o risco de adquirir a doença. Em estudo realizado por *O Finnish Diabetes Prevention Study* (DPS) a incidência da diabetes mellitus diminuiu em 58% quando há uma perda de peso de 3 a 4 quilos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014 - 2015).

Com isso, o presente trabalho tem como objetivo avaliar o conhecimento dos pacientes e atitudes em relação à doença e verificar o estado nutricional da pessoa participante do trabalho em questão.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo, quantitativa, transversal e exploratória que foi realizada no município de Mirassol – SP. A amostra foi composta por 69 indivíduos dos dois gêneros sendo maiores de 18

anos e diagnosticados com a diabetes mellitus. Os questionários só foram entregues após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido aprovando assim a participação na pesquisa.

Para a obtenção do índice de massa corporal houve a aferição do peso e a mensuração da altura para a classificação do estado nutricional sendo empregada a balança de marca Balmak Actifil com aferição de peso máximo de 200 kg e o estadiômetro portátil da marca Avanutri.

Utilizou-se variáveis sociodemográficas como gênero, idade, peso, altura, escolaridade e medicamentos ingeridos. Além disso, juntamente com as variáveis foram entregues dois instrumentos validados no Brasil: *Diabetes Knowledge Scale* (DKN-A) e Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes (QDA) (MICHELS et al, 2010; TORRES et al, 2005).

O *Diabetes Knowledge Scale* (DKN-A) é um questionário autoperenchível com 15 itens de múltipla escolha sobre diferentes aspectos relacionados ao conhecimento geral da DM. Apresenta cinco amplas categorias: a) fisiologia básica, incluindo a ação da insulina, b) hipoglicemia, c) grupos de alimentos e suas substituições, d) gerenciamento de DM na intercorrência de alguma outra doença, e) princípios gerais dos cuidados da doença. A escala de medida é de 0-15 e cada item é medido com escore um (1) para resposta correta e zero (0) para incorreta. Os itens de 1 a 12 requerem uma única resposta correta. Para os itens de 13 a 15 algumas respostas são corretas e todas devem ser conferidas para obter o escore um (1). Um alto escore indica maior conhecimento sobre DM (TORRES et al, 2005).

Para a análise da aderência aos itens do questionário de atividades de autocuidado com a diabetes (QDA), estes foram parametrizados em dias por semana, de 0 a 7, sendo zero a situação menos desejável e sete a mais favorável. Nos itens da dimensão alimentação específica que questionam sobre o consumo de alimentos ricos em gordura e doces, os valores foram invertidos (se 7 = 0, 6 = 1, 5 = 2, 4 = 3, 3 = 4, 2 = 5, 1 = 6, 0 = 7 e vice-versa), como sugeridos no SDSCA revisado (MICHELS et al, 2010).

Para a obtenção dos dados sociodemográficos e respostas dos questionários, foram realizadas entrevistas individual, com duração de 30 minutos. Inicialmente a pesquisadora esclarecia ao participante o objetivo do estudo e após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido iniciava-se a pesquisa.

Todos os dados foram analisados de acordo com suas escalas e escores seguindo os padrões estabelecidos pelas suas validações e tabulados no programa Microsoft Office – Excel (Windows 2.0) empregando valores em percentuais e em média.

O estudo foi aprovado pela Plataforma Brasil sob parecer de número 90132318.2.0000.5489, e cumpriu a Resolução 466/2012 sobre “Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”, do Conselho de Saúde do Ministério de Saúde.

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

De acordo com a Tabela 1, a amostra é composta por 69 indivíduos, sendo 43 (62,3 %) do gênero feminino e 26 (37,7%) do masculino com média de idade de 64,5 anos. O nível de escolaridade, na sua maioria, é representado pelo ensino fundamental incompleto (46,3%) e em menor índice o superior completo (8,7%). O fato de um maior número de mulheres serem diagnosticadas com a doença relaciona-se com a conscientização e o ato preventivo de buscar auxílio com profissionais de saúde ao contrario do gênero masculino que busca sempre uma ação curativa e não preventiva (SANTOS; FARO, 2018). Já quanto ao grau de escolaridade, os resultados do presente estudo corroboram com Santos (2013), pois, tem relação na ação

de autocuidado, por isso, quanto menor o nível de educação menor o acesso a informação a cuidados de saúde e maior a dificuldade de entendimento e aprendizagem. Além disso, o fator biopsicossocial, idade e acesso as unidades básicas de saúde podem limitar esse processo de disseminação de informações.

Tabela 1. Dados sócio-demográficos dos indivíduos que participaram do estudo.

GENERO	Média	n (%)
Feminino		43 (62,3%)
Masculino		26 (37,7%)
IDADE	64,5 anos	
ESCOLARIDADE		
Analfabetas		03 (4,3%)
Fundamental Incompleto		32 (46,3%)
Fundamental Completo		11 (15,9%)
Ensino Médio Completo		17 (24,6%)
Superior Completo		06 (8,7%)

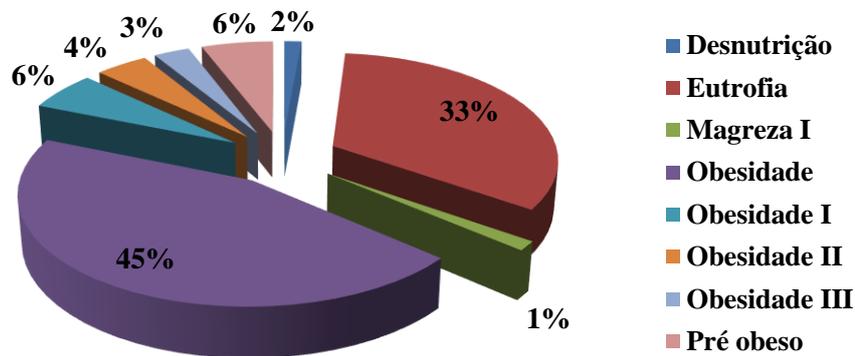
Em relação à carga medicamentosa 53 (76,8%) ingeriam antidiabético oral, 4 (5,8%) antidiabético oral associado a insulina e 12 (17,4%) insulina (Tabela 2). Em concordância a outro estudo a população avaliada referiu em maior escala o consumo de antidiabéticos orais como os mais utilizados, uma vez que havia um maior numero de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (SANTOS; SOUZA; BARROS, 2018). Ao contrário disso, um estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, que verificou a dificuldade de conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado, teve com maior ênfase de ingestão da insulina no tratamento (PACE et al, 2006).

Tabela 2. Medicamentos utilizados no tratamento do Diabetes Mellitus.

Medicamento	n (%)
Antidiabético oral	53 (76,8%)
Antidiabético oral associado a insulina	04 (5,8%)
Insulina	12 (17,4%)

Através da aferição de peso e altura foi verificado o índice de massa corporal com a finalidade de classificar o estado nutricional de cada participante do estudo. Indivíduos acima de 60 anos foram classificados com a referência de Lipschitz (1.994) e menores de 60 anos com a referência da OMS (1.995 - 1.997). Na figura 1, observa-se que 23 (33 %) estão eutróficos e uma grande parcela da população de estudo apresentam excesso de peso, sendo classificados como 4 (6%) pré obesos, 31 (45%) obesos, 4 (6 %) obesidade I, 3 (4%) obesidade II, 2 (3%) obesidade III. O estudo vai de acordo com Ribeiro et al (2016), que relata o excesso de peso em diabéticos, associando o mau comportamento alimentar a essa circunstância evidenciada e reforça ainda a devida importância da orientação nutricional para essa população específica.

Figura 1. Estado Nutricional dos Indivíduos



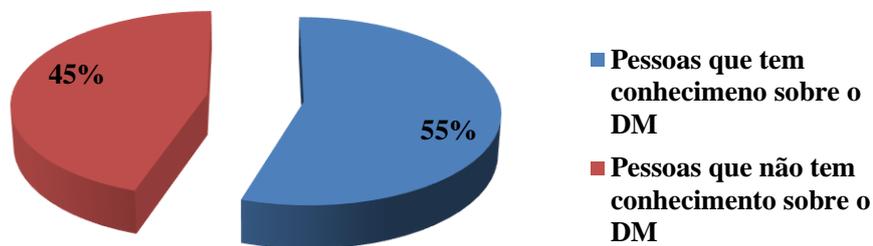
Conforme a figura 2, a partir da análise dos escores do questionário de conhecimento sobre a doença (DNK-A), 38 (55%) da amostra obtiveram escores > ou igual a 8 sendo considerados pessoas que tem conhecimento sobre a patologia que porta. Já os outros 31 (45%) possuem conhecimento insatisfatório, pois seus escores foram <8.

Em concordância com o estudo de Santos et al (2018), apesar do conhecimento em relação a doença ser satisfatório, ainda sim, é preciso disseminar informações sobre a diabetes mellitus, porque existe um déficit na compreensão e entendimento da doença relacionados a alguns pontos, como por exemplo, substituições de alimentos.

Na análise quantitativa do questionário, o maior percentual de acertos foi para as perguntas que envolviam temas de composição alimentar e alimentos permitidos na dieta alcançando uma média de 83,3 % e o de menor percentual foram temas relacionados a gerenciamento da diabetes na intercorrência de alguma outra doença e substituições de alimentos com média percentual de 19,5% (Figura 2).

Ainda analisando o mesmo estudo, foi possível verificar que na análise quantitativa houve diferenças no percentual de acertos em relação ao temas. Comprova-se novamente que existem pontos importantes a serem esclarecidos, enfatizando assim algumas deficiências no entendimento da doença (SANTOS et al, 2018).

Figura 2. *Diabetes Knowledge Questionnaire (DNK-A)*

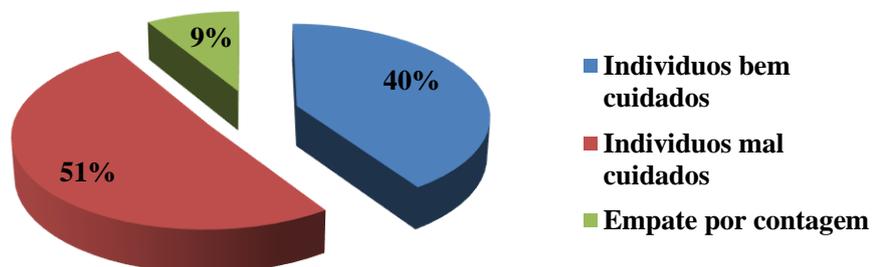


Analisando a figura 3, em relação as atividades de autocuidado dessas pessoas, 28 (40%) correspondem a indivíduos bem cuidados, 35 (51%) como mal cuidados e 6 (9%) empate por contagem das atividades descritas no questionário.

Ao analisar o percentual de indivíduos com maiores atitudes de autocuidado os itens tabagismo e medicação são ações que se destaca, a minoria da população estudada faz o uso do tabaco (8,7%) e refere consumir diariamente os antidiabéticos orais e insulina (85,5%). Já os itens atividade física e monitorização da glicemia são menos praticados pelos indivíduos que compõem a amostra, sendo realizados por apenas 18,8% e 20,3% respectivamente.

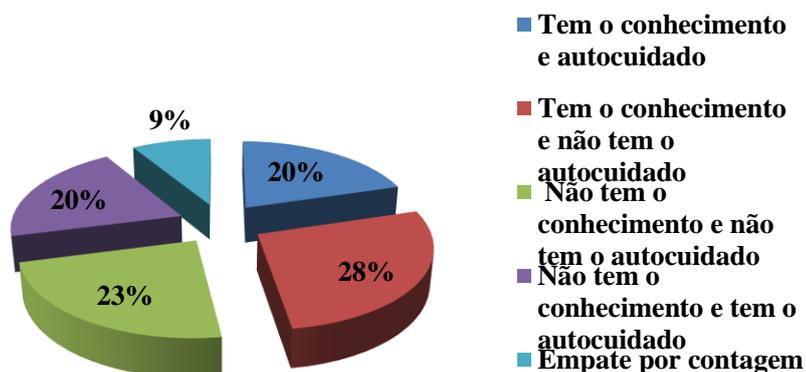
Quando comparado a um estudo realizado em Curitiba - PR os resultados corroboram, sendo destacados em maior número indivíduos que não tem o autocuidado diário. Em relação ao percentual de atitudes de autocuidado, bases científicas descrevem a importância da prática de atividade física e da monitorização da glicemia como parâmetro de melhora no controle glicêmico e metabólico do organismo. Em concordância ao mesmo autor os percentuais para o ato tabagista e o tratamento medicamentoso se assemelham com o estudo presente. Destaca ainda, a importância da diminuição do tabaco ou até mesmo não o utilizar, pois essa ação auxilia na doença e ainda melhora o perfil lipídico. Já o tratamento medicamentoso, refere que a ingestão desses são práticos e fáceis de serem realizados comparados a mudanças de hábitos alimentares e práticas de atividades físicas (ROOS; BAPTISTA; MIRANDA, 2015).

Figura 3. Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes (QAD)



Quando associados os dois questionários relacionando o conhecimento e atitudes de autocuidado frente a doença, é possível observar que 19 indivíduos (28%) possuem o conhecimento da doença mas, não têm a prática de autocuidado diário (Figura 4). Um ponto importante que pode ser destacado é que 14 pacientes (20%) não têm o conhecimento, mas possuem práticas de autocuidado para consigo mesmo. Embora a associação dos questionários não seja vista em bases científicas, há estudos que comparam o questionário DKN-A com o *Attitudes Questionnaires* (ATT 19) que tem como objetivo verificar as atitudes emocionais frente ao tratamento. Segundo esses estudos, os dados se assemelham com os resultados do mesmo, apresentando percentuais significantes em relação ao conhecimento da diabetes mellitus, porém destaca que o indivíduo precisa passar por seis fases de adaptação da doença e após isso o ideal é que seja observado o conhecimento e atitudes do portador. Salienta ainda, a valorização de estratégias educativas como forma preventiva evitando complicações futuras (TORRES et al, 2010).

Figura 4. Associação do questionário DKN-A e QAD



4. CONCLUSÃO

Conclui-se que quanto ao conhecimento da doença, grande parcela da população do estudo possui escores maior ou igual a oito tendo resultado satisfatório e se comparado ao autocuidado poucos tem essa preocupação de cuidar-se de si mesmo, obtendo resultado contrário ao questionário de conhecimento. Ao associar os questionários pode-se comprovar que grande porcentagem tem o conhecimento, porém não realizam as atividades de autocuidados diárias. Reconhecendo que a faixa de idade da doença é superior a 60 anos e que a maioria encontra-se em excesso de peso, é imprescindível o auxílio dos profissionais de saúde que realizem estratégias educativas evitando complicações futuras.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Atlas de Diabetes IDF. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 8 Ed. Belgium: IDF, 2013. Disponível em: <http://diabetesatlas.org/>. Acesso em: 07 mar 2018.

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, 2015.

ISER, B. P. M. et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n.p . 305-314, 2015.

LIPSCHITZ. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994; 21:55-67.

MICHELS, M. J. et al. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia**, v. 54, n. 7, p. 644-51, 2010.

O que é diabetes. Humaitá, RJ. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2016. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes/>. Acesso em: 02 mar 2018.

PACE, Ana Emilia et al. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 5, 2006.

RIBEIRO, A. A. et al. Caracterização socioeconômica, estado nutricional e prevalência de insegurança alimentar em idosos usuários do restaurante popular de um município do nordeste brasileiro. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 3, p. 212-8, 2016.

RODRIGUES, F. F. L. et al. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 284-290, 2012.

ROOS, A. C; BAPTISTA, D. R; DE MIRANDA, R. C. Adesão ao tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 10, n. 2, p. 329-346, 2015.

SANTOS G, D. et al. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 3, p. 289-93, 2013.

SANTOS, B. M. de O. et al. Conhecimento e atitudes em diabetes mellitus tipo 2: subsídios para autocuidado e promoção de saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 4, p. 31-36, 2016.

SANTOS, C. M. J; FARO, A. Autoeficácia, locus de controle e adesão ao tratamento em pacientes com diabetes tipo 2. **Revista da SBPH**, v. 21, n. 1, p. 74-91, 2018.

SANTOS, G. M.; SOUSA, P. V. L; BARROS, N. V. A. Perfil epidemiológico dos idosos diabéticos cadastrados no programa hiperdia no estado do piauí, brasil. **Revista de Atenção à Saúde (antiga Revista Brasileira Ciência e Saúde)**, v. 16, n. 56, p. 48-53, 2018.

SANTOS, M. C. C. et al. Análise qualitativa do conhecimento e atitudes de pacientes com diabetes mellitus acompanhados no centro de saúde escola lapa (CSE-LAPA). **Journal of Health Connections**, v. 2, n. 1, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Epidemiologia e prevenção do diabetes melitus. Diretrizes SBD, 2014-2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. São 13.4 milhões de pessoas portadoras de diabetes no Brasil. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/publico/ultimas/471-sao-13-4-milhoes-de-pessoas-portadoras-de-diabetes-no-brasil>. Acesso em: 01 maio 2018.

TORRES, H. C. et al. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 906-911, 2005.

TORRES, H, C; PACE, A, E; STRADIOTO, M, A. Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: World Health Organization, 1995.