

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

**Conhecimento e atitude de pacientes com Diabetes Mellitus de meia
idade e idosos**

Fernanda Signor

Passo Fundo

2013

Fernanda Signor

Conhecimento e atitude de pacientes com Diabetes Mellitus de meia idade e idosos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Prof. Dra. Camila Pereira Leguisamo

Coorientador:

Prof. Dra. Ana Carolina Bertoletti De Marchi

Passo Fundo

2013

CIP – Catalogação na Publicação

S578c Signor, Fernanda

Conhecimento e atitude de pacientes com Diabetes Mellitus de meia idade e idosos / Fernanda Signor. – 2013.

97 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –
Universidade de Passo Fundo, 2013.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Pereira Leguisamo.

Coorientadora: Profa. Dra. Ana Carolina Bertoletti De Marchi.

1. Diabetes – Idosos. 2. Idosos – Programas de saúde – Sarandi (RS). 3. Atitudes em relação a saúde. 4. Cuidados pessoais com a saúde. 5. Envelhecimento. I. Leguisamo, Camila Pereira, orientadora. II. De Marchi, Ana Carolina Bertoletti, coorientadora. III. Título.

CDU: 613.98

Catalogação: Bibliotecária Schirlei T. da Silva Vaz - CRB 10/1364

ADENDO DE ATA

Atendendo a solicitação de correção do título original da dissertação da aluna **Fernanda Signor**, onde consta “**Conhecimento e atitude de pacientes com Diabetes mellitus de meia idade**” passa a ter o seguinte título “**Conhecimento e atitude de pacientes com Diabetes Mellitus de meia idade e idosos**”. Sendo este último que consta na versão ora enviada para homologação.

Passo Fundo, 26 de maio de 2013.



Prof.ª. Dr.ª. Marilene Rodrigues Portella
Coordenadora do ppgEH

ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DA ALUNA

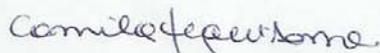
FERNANDA SIGNOR

Aos vinte e seis dias do mês de março do ano dois mil e treze às nove horas, realizou-se, na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, a sessão pública de defesa da Dissertação: “**Conhecimento e atitude de pacientes com Diabetes mellitus de meia idade e idosos**”, apresentada pela mestranda Fernanda Signor, que concluiu os créditos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Envelhecimento Humano. Segundo os encaminhamentos do Conselho de Pós-Graduação (CPG) do Mestrado em Envelhecimento Humano e dos registros existentes nos arquivos da Secretaria do Programa, a aluna preencheu todos os requisitos necessários para a defesa. A banca foi composta pelos professores doutores Camila Pereira Leguisamo - orientadora e presidente da banca examinadora (UPF), Ana Carolina Bertoletti De Marchi, Astor Antônio Diehl e Nadir Antônio Pichler. Após a apresentação e a arguição da dissertação, a banca examinadora considerou a candidata **APROVADA**, em conformidade com o disposto na Resolução Consun Nº 07/2010.

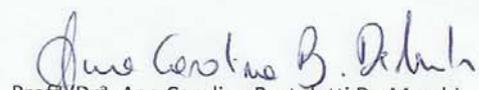
A banca recomenda a consideração dos pareceres, a realização dos ajustes sugeridos e a divulgação do trabalho em eventos científicos e em publicações.

Encerrados os trabalhos de defesa e proclamados os resultados, eu, Prof^ª. Dr^ª. Camila Pereira Leguisamo, presidente, dou por encerrada a sessão pela banca.

Passo Fundo, 26 de março de 2013.



Prof^ª. Dr^ª. Camila Pereira Leguisamo
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Prof^ª. Dr^ª. Ana Carolina Bertoletti De Marchi
Coorientadora – UPF



Prof^ª. Dr^ª. Astor Antônio Diehl
Universidade de Passo Fundo – UPF



Prof. Dr. Nadir Antônio Pichler
Universidade de Passo Fundo – UPF / IFCH

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me dar o dom da vida, a sabedoria, a saúde, e a integridade para desenvolver este trabalho, sempre sustentada por suas poderosas mãos que me conduziram pelos melhores caminhos, ajudando-me a levantar a cada tropeço. Obrigado!

Ao meu filho, amor, razão do meu viver. Obrigado meu Deus por este anjo que colocaste em minha vida, pois com sua meiguice e entusiasmo dava-me impulso para ir adiante com este sonho. Te amo!

A minha orientadora Prof. Dra. Camila Pereira Leguisamo, e a Coorientadora Prof. Dra. Ana Carolina Bertolotti De Marchi, que souberam me direcionar neste mestrado com tranquilidade, transmitindo-me conhecimentos valiosos, que me possibilitaram a conclusão deste estudo. Souberam ser bem mais que mestres, souberam ser amigas, acreditando na minha capacidade. Obrigado por tudo!

A secretária do Mestrado em Envelhecimento Humano Rita De Marco pela atenção, competência e dedicação. Obrigado!

Aos meus colegas de trabalho, enfermeiros, que entenderam o quão importante era para mim este trabalho, colaborando sempre com educação, respeito e atenção. Obrigado!

Aos agentes de saúde, que trabalharam de forma direta na coleta de dados, com esmero, contribuindo de forma significativa no desenvolvimento deste trabalho, a vocês agradeço de coração o empenho e a seriedade que deram ao mesmo.

A todas as pessoas do hiperdia, que disponibilizaram de seu tempo para responder ao questionário, com atenção e carinho. Obrigado, sem vocês seria impossível a realização deste trabalho.

Aos colegas de mestrado pela troca de experiências, pelo convívio, pelo apoio mútuo e pelas amizades feitas, obrigado!

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que esta pesquisa chegasse ao final.

Signor, Fernanda. **Conhecimento e atitude de pacientes com Diabetes Mellitus de meia idade e idosos**. 2013. 97 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2013.

RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio metabólico decorrente do déficit de produção ou da absorção sistêmica do hormônio insulina. A incidência da doença aumenta proporcionalmente com a idade, ou seja, estima-se que o número de diabéticos aumente nos próximos anos, tendo em vista o envelhecimento populacional brasileiro. O objetivo foi averiguar o conhecimento e a atitude de pacientes com Diabetes Mellitus de meia idade e idosos. Estudo transversal realizado com grupos de pacientes cadastrados no programa de Hiperdia e atendidos nas unidades de saúde do município de Sarandi, RS, em 2012. A amostra foi constituída por 83 pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário contendo as variáveis sociodemográficas e clínicas, o Questionário de Conhecimento (DKN-A) e o Questionário de Atitude (ATT-19). Para a apresentação dos resultados utilizou-se a análise descritiva e as associações entre os escores DKN-A, ATT-19 e o tempo de diagnóstico do DM foi avaliado utilizando-se o coeficiente de correlação linear de Pearson. Os resultados mostram que a maioria dos pacientes (79%) apresentou baixo conhecimento sobre a doença, sendo caracterizado por um escore inferior a oito, apresentando um $p= 0,551$. Quanto ao Questionário de Atitude do paciente em relação ao diabetes, o escore médio foi de $51,3 \pm 12$, sendo que 94% dos indivíduos demonstraram atitude negativa em relação à patologia, definido por escore ≤ 70 , podendo apresentar $p= 0,239$. No presente estudo, o conhecimento e atitude dos pacientes foram insatisfatórios para a compreensão da patologia e adoção de práticas de autocuidado, indicando uma baixa prontidão no manejo da mesma, justificando a necessidade de estruturação de programas de educação em diabetes com vistas a favorecer o serviço público de saúde.

Palavras-chave: 1. Diabetes Mellitus. 2. Conhecimento. 3. Atitude. 4. Educação em saúde. 5. Envelhecimento

Signor, Fernanda. **Conhecimento e atitude de pacientes com Diabetes Mellitus de meia idade e idosos**. 2013. 97 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2013.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is a metabolic disorder resulting from the production deficit or systemic absorption of the hormone insulin. The incidence of the disease increases with age proportion, ie it is estimated that the number of diabetics increases in the coming years, in view of the Brazilian population aging. The objective was to determine the knowledge and attitudes of patients with Diabetes Mellitus middle-aged and elderly. Cross-sectional study with groups of patients enrolled in the program and Hiperdia treated at health facilities in the municipality of Sarandi, RS, 2012. The sample consisted of 83 patients diagnosed with diabetes mellitus. To collect data, we used a questionnaire containing sociodemographic and clinical variables, the Knowledge Questionnaire (DKN-A) and Attitude Questionnaire (ATT-19). For the presentation of the results we used the descriptive analysis and the associations between the scores DKN-A, ATT-19 and the time of diagnosis of diabetes was assessed using the linear correlation coefficient of Pearson. The results show that the majority of patients (79%) had low knowledge of the disease and is characterized by a score of less than eight, with a $p = 0.551$. Attitude Questionnaire Regarding the patient in relation to diabetes, the mean score was 51.3 ± 12 , and 94% of subjects showed negative attitude to pathology, defined by a score ≤ 70 , $p = 0.239$ may present. In the present study, the patients' knowledge and attitude were unsatisfactory for understanding the pathology and adoption of self-care practices, indicating a low readiness in handling the same, justifying the need for structuring programs for diabetes education in order to promote the service public health.

Key words: 1. Diabetes Mellitus. 2nd. Knowledge. 3rd. Attitude. 4th. Health education. 5th. Aging.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Relação entre idade e DKN-A	24
Figura 2 - Relação entre idade e ATT-19	25
Figura 3 - Correlação entre o tempo de diagnóstico do DM (em meses) e o escore DKN-A.....	29
Figura 4 - Correlação entre o tempo de diagnóstico do DM (em meses) e o escore ATT-19.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Escores ATT-19 e DKN-A (n= 83).....	24
Tabela 2 - Associação entre sexo e escores DKN-A e ATT-19	26
Tabela 3 - Associação entre procedência e escores de conhecimento e atitude (n=83) .	28
Tabela 4 - Diabetes e complicações (n=83)	28
Tabela 5 - Associação entre uso de insulina e escores DKN-A e ATT-19	30
Tabela 6 - Associação entre úlceras de pressão e escores DKN-A e ATT-19	31
Tabela 7 - Associação entre amputação e escores DKN-A e ATT-19	31
Tabela 8 - Associação entre alterações visuais e escores DKN-A e ATT-19	31

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
2	PRODUÇÃO CIENTÍFICA I	15
2.1	<i>Introdução</i>	17
2.2	<i>Método</i>	20
2.2.1	Avaliação e qualidade metodológica	20
2.3	<i>Análise estatística</i>	22
2.4	<i>Resultados</i>	22
2.4.1	Descrição do estudo	22
2.5	<i>Discussão</i>	32
2.6	<i>Conclusão</i>	41
2.7	<i>Referências</i>	42
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	ANEXOS	46
	APÊNDICES	49
	<i>Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	50
	<i>Apêndice B. Projeto de pesquisa</i>	53

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Nas últimas décadas o mundo vem sofrendo grandes transformações, relacionadas a todos os âmbitos: social, econômico, estrutural, tecnológico. Obedecendo a esta regra, o ser humano também mudou, ao iniciar pela expectativa de vida que aumentou consideravelmente, a longevidade não é mais privilégio para poucos sendo uma consequência das melhorias das condições de vida e saúde da população, resultado de boas políticas e incentivos promovidos pelo estado, pela sociedade (AUDINO, 2012).

Além da expectativa elevada de vida, outra transformação da sociedade é o aumento expressivo da população idosa, havendo até mesmo uma mudança na pirâmide etária principalmente nos países em desenvolvimento, onde até anos atrás sua base, taxa de natalidade, era muito superior à parte de cima da pirâmide, que corresponde à população mais idosa. Hoje a base diminuiu já que está ocorrendo uma diminuição na taxa de natalidade, enquanto a parte superior teve um aumento considerável, com isso vieram a tona os problemas mais comuns entre pacientes de meia idade e idosos, que são as doenças crônicas. Como afirma Oliveira (2009), as doenças cardiovasculares, as doenças crônicas obstrutivas das vias respiratórias, o câncer e o Diabetes Mellitus são doenças crônicas de alto interesse para a saúde pública e estão aumentando de forma muito rápida no mundo todo.

Dentre todas as doenças crônicas, destaca-se o Diabetes Mellitus, que consiste em ser uma síndrome metabólica crônica, de evolução grave, lenta e progressiva. Caracterizada pela diminuição ou pela falta de produção de insulina, ou até mesmo, pela incapacidade dessas em exercer adequadamente seus efeitos metabólicos, levando à hiperglicemia e glicosúria (ASSUNÇÃO; URSINE, apud OLIVEIRA, 2010), sendo esta doença um dos problemas de saúde mais importantes a nível mundial, por ser de alta incidência, elevada morbidade e mortalidade. Estima-se que em 2025 possa existir cerca

de 11 milhões de indivíduos diabéticos (BRASIL, 2006), fator preocupante para a saúde pública.

Essa doença pode causar diversos danos à saúde física, mental e psicológica como amputação, cegueira, depressão, esquizofrenia e deficiências físicas permanentes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS, 2003), levando a aumentar as taxas de gastos públicos e hospitalizações. Segundo Rezende et al (2008), as elevadas taxas de internações hospitalares e de amputações devem-se a precária condição de assistência aos portadores de diabetes no Sistema Único de Saúde - SUS, pois muitos não têm informações adequadas ao autocuidado e poucos têm seus pés examinados nas consultas. Além dos custos do tratamento, o ônus social também se constitui em um grave problema de saúde que interfere na qualidade de vida do paciente. Pacientes diabéticos necessitam de mudanças de hábitos e cuidados durante toda a vida, o tratamento exige medicações diárias, exercícios físicos, cuidados com o corpo, alimentação saudável, automonitorização periódica da glicemia, entre outros.

De acordo com McLellan et al (2006), o Diabetes Mellitus representa um considerável encargo econômico para o indivíduo e para a sociedade, especialmente quando mal controlada, sendo a maior parte dos custos diretos de seu tratamento relacionado às suas complicações, que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, e que, muitas vezes, podem ser reduzidas, retardadas ou evitadas. O conhecimento sobre o diabetes, a adesão ao tratamento e a consequente redução das complicações podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

Diabetes Mellitus é uma doença com diagnóstico bem definido, porém, seu diagnóstico aborda a terapêutica medicamentosa envolvendo mudanças nos hábitos de vida dos portadores desta patologia, e essas mudanças muitas vezes exige

conscientização, força de vontade e atitude, para entender e conviver melhor com a doença. No entanto, a falta de conscientização e de conhecimento dos pacientes sobre a doença são fatores preocupantes.

A implementação de ações educativas tem um papel essencial no controle dessa enfermidade, uma vez que as complicações estão estritamente ligadas ao conhecimento para o cuidado pessoal diário adequando e ao estilo de vida. O uso de materiais educativos no contexto de saúde tem sido um aliado importante no processo aprendizagem. As atividades interativas facilitam o contato com o paciente e promovem um processo de conhecimento conjunto. (BRASIL, 2006). Além disso, programas que visam à educação em saúde também têm um efeito positivo nos aspectos cognitivos, psicológicos e sociais dos indivíduos participantes. (TORRES, 2011). É fundamental que os pacientes conheçam e adquiram habilidades para aderir às recomendações do seu tratamento.

O objetivo deste trabalho foi averiguar o conhecimento e atitudes de pacientes de meia idade e idosos com Diabetes Mellitus. Assim como, relacionar quanto ao sexo, idade, escolaridade, estado civil, procedência, renda, tempo de evolução da doença e alterações clínicas. Através destes resultados será possível promover ações educativas sobre o Diabetes Mellitus, com vistas à melhoria da qualidade de vida dos pacientes por meio do conhecimento de atitudes que possam contribuir para a sobrevivência. As ações educativas a serem realizadas futuramente têm como objetivo principal, auxiliar o trabalho dos profissionais da área da saúde e a saúde pública em geral, visando à redução de complicações.

2 PRODUÇÃO CIENTÍFICA I

CONHECIMENTO E ATITUDE DE PACIENTES ADULTOS E IDOSOS COM DIABETES MELLITUS

SIGNOR, F.¹; BAVARESCO, S.S.²; DE MARCHI, A.C.B.³; LEGUISAMO, C.P.⁴

¹Universidade de Passo fundo, Passo Fundo - Rio Grande do Sul, Brasil.

²Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo – Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo – Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo – Rio Grande do Sul, Brasil.

Endereço: Rua Paulo Dal'Oglio, 1067, CEP 99560-000, Sarandi - RS. Email:
Fernanda_signor@yahoo.com.br

Resumo: Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio metabólico decorrente do déficit de produção ou da absorção sistêmica do hormônio insulina. A incidência da doença aumenta proporcionalmente com a idade, ou seja, estima-se que o número de diabéticos aumente nos próximos anos, tendo em vista o envelhecimento populacional brasileiro. **Objetivos:** O objetivo foi averiguar o conhecimento e a atitude de pacientes com Diabetes Mellitus de meia idade e idosos. Assim como relacionar o conhecimento e a atitude com sexo, idade, escolaridade, tempo da doença, alterações clínicas e renda familiar, estado civil e procedência. **Método:** Estudo transversal realizado com grupos de pacientes cadastrados no programa de Hiperdia e atendidos nas unidades de saúde do município de Sarandi, RS, em 2012. A amostra foi constituída por 83 pacientes de meia idade e idosos com diagnóstico de Diabetes Mellitus. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário contendo as variáveis sociodemográficas e clínicas, o Questionário de Conhecimento (DKN-A) e o Questionário de Atitude (ATT-19). Para a apresentação dos resultados utilizou-se a análise descritiva e as associações entre os escores DKN-A, ATT-19 e o tempo de diagnóstico do DM foi utilizado o coeficiente de correlação linear de Pearson. **Resultados:** Para a obtenção dos dados foi utilizado o

Questionário de Conhecimento (DKN-A) e o Questionário de Atitude (ATT-19). A população caracterizou-se por pacientes de meia idade e idosos, com média de idade de $64,4 \pm 11,4$ anos, sendo 53 (63,9%) idosos. Os resultados mostram que a maioria dos pacientes (79%) apresentou baixo conhecimento sobre a doença, sendo caracterizado por um escore inferior a oito. Quanto ao Questionário de Atitude do paciente em relação ao diabetes, o escore médio foi de $51,3 \pm 12$, sendo que 94% dos indivíduos demonstraram atitude negativa em relação à patologia, definido por escore ≤ 70 . No presente estudo, o conhecimento e atitude dos pacientes foram insatisfatórios para a compreensão da patologia e adoção de práticas de autocuidado, justificando a necessidade de estruturação de programas de educação em diabetes com vistas a favorecer o serviço público de saúde.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, conhecimento, atitude, educação em saúde e envelhecimento.

Abstract: Introduction: Diabetes Mellitus (DM) is a metabolic disorder resulting from the production deficit or systemic absorption of the hormone insulin. The incidence of the disease increases with age proportion, ie it is estimated that the number of diabetics increases in the coming years, in view of the Brazilian population aging. **Objectives:** The objective was to assess the knowledge and attitudes of patients with Diabetes Mellitus middle-aged and elderly. Like relate knowledge and attitude to sex, age, education, duration of disease, clinical and family income, marital status and origin. **Methods:** Cross-sectional study with groups of patients enrolled in the program and Hiperdia treated at health facilities in the municipality of Sarandi, RS, 2012. The sample consisted of 83 patients of middle age and older with a diagnosis of Diabetes Mellitus. To collect data, we used a questionnaire containing sociodemographic and clinical variables, the Knowledge Questionnaire (DKN-A) and Attitude Questionnaire (ATT-19). For the presentation of the results we used the descriptive analysis and the associations between the scores DKN-A, ATT-19 and the time of diagnosis of DM was used linear correlation coefficient of Pearson. **Results:** To obtain the data we used the Knowledge Questionnaire (DKN-A) and Attitude Questionnaire (ATT-19). The population was characterized by middle aged and elderly, with a mean age of 64.4 ± 11.4 years and 53 (63.9%) seniors. The results show that most patients (79%) had low knowledge about the disease, characterized by a score of less than eight. Attitude Questionnaire Regarding the patient in relation to diabetes, the mean score was 51.3 ± 12 , and 94% of subjects showed negative attitude to pathology, defined by a score ≤ 70 . In the present study, the patients' knowledge and attitude were unsatisfactory for understanding the pathology and adoption of self-care practices, justifying the need for

structuring programs for diabetes education in order to promote the public health service.

Key words: Diabetes Mellitus. Knowledge. Attitude. Health education. Aging.

2.1 *Introdução*

O Diabetes Mellitus é uma anormalidade endócrina metabólica que tem como causa básica uma deficiência na secreção de insulina pelas células beta do pâncreas. Isso decorre de um defeito primário destas células ou mais comumente uma associação de resistência à insulina e distúrbio de secreção. Esta deficiência se associa às alterações no metabolismo dos lipídios, carboidratos e proteínas no organismo humano. (INZUCCHI; SHERWIN, 2009).

O Diabetes Mellitus interfere em todas as dimensões da vida da pessoa, desde a rotina mais trivial até o desejo de continuar a viver de modo saudável. Essa condição crônica impõe à pessoa mudanças de hábitos de vida, como o cumprimento com a terapêutica medicamentosa, plano alimentar e atividade física, requerendo capacidade de enfrentamento para os ajustes necessários para a manutenção de bom controle metabólico.

O compromisso de seguir ou o desejo de interromper o tratamento, traduzido em atitude positiva ou negativa frente à doença, está sempre presente no cotidiano da pessoa com diabetes. (TORRES-LÓPEZ; SANDOVAL-DÍAZ; PANDO-MORENO, 2005).

O Diabetes Mellitus é uma das doenças mais comuns que afetam as pessoas adultas e idosas, estando associada ao aumento de prevalência de problemas micro e macros vasculares nessa população. Representa no adulto e no idoso um grande desafio

para a saúde pública, envolvendo a capacidade de toda uma equipe multidisciplinar para atender a todas as necessidades de um tratamento ideal. (FREITAS, 2006).

A necessidade de desenvolver atividades de ensino e práticas educativas de saúde, direcionadas à pessoa com Diabetes Mellitus e sua família, centradas na disponibilização do conhecimento de uma atitude frente à doença, está relacionada à prevenção e complicações por meio do automanejo da doença, o que possibilita à pessoa conviver melhor com a sua condição. (FUNNELL et al, 2008). A atitude, entendida como predisposição à adoção de ações do autocuidado, pode ser ensinada e aprendida, do mesmo modo é influenciada por componentes emocionais, motivacionais e cognitivos. (RODRIGUES, 2011).

A atitude é um construto-chave, para que se possa compreender a propensão do indivíduo a adotar e manter determinantes padrões de comportamento. O conhecimento é conceituado como um conjunto de informações que o indivíduo precisa dominar na sua condição de saúde. No entanto, somente o conhecimento não é suficiente para promover a mudança de comportamento que envolva ainda outras variáveis como: escolaridade, crenças relacionadas à saúde e à doença, apoio familiar, facilidade de acesso aos serviços de saúde, entre outras dimensões. (TORRES, 2010).

Estudo realizado em um centro de pesquisa e extensão universitária, no Brasil, que investigou o conhecimento e atitude de 82 pessoas adultas com Diabetes Mellitus que participavam de um programa de educação para o autocuidado em diabetes, mostrou que 78,05% apresentaram escores superiores a 8 em relação ao conhecimento em diabetes, indicando adequado conhecimento e compreensão sobre a doença. Quanto às atitudes, os escores variavam entre 25 e 71 pontos, sugerindo dificuldade no enfrentamento da doença. O estudo apontou que, apesar de os participantes terem obtido

alto escore para o conhecimento, ainda assim não modificaram a atitude para um enfrentamento mais adequado para a doença. (SOUSA; ZAUSZNIIEWSKI, 2005).

A correlação significativa entre atitude e conhecimento da pessoa com Diabetes Mellitus evidencia que o aumento do conhecimento está associado a uma predisposição da pessoa para assumir o autocuidado. (RODRIGUES, 2009). Em particular, no manejo do tratamento Diabetes Mellitus, essa predisposição, traduzida em atitude positiva, propicia a redução do estresse associado à doença, maior receptividade ao tratamento, confiança da equipe multiprofissional, melhora da autoestima, senso de autoeficácia, percepção mais positiva sobre saúde e aceitação social. (STEED; COOKE; NEWMAN, 2003).

Embora o conhecimento seja um pré-requisito para o autocuidado, este pode não ser o único e principal fator envolvido no processo educativo. O conhecimento combinado com a tomada de decisão do próprio paciente e seus valores, somado a percepção de barreiras para o autocuidado, à motivação e as metas podem levar a atitudes positivas frente ao tratamento. (BRASIL et al, 2009).

É mediante o processo educativo que se dá a construção de novos conhecimentos, que podem levar o usuário à atitude de comportamentos preventivos ou de promoção à saúde com ampliação das possibilidades de manejo da doença, reabilitação e tomada de decisões que favoreçam a sua qualidade de vida. Trata-se de processo intrínseco, espontâneo, que extrapola o condicionamento das pessoas, pois visa à sequência de mudanças para hábitos saudáveis. (FUNNELL et al, 2008).

Assim, percebe-se que o baixo conhecimento e as atitudes negativas frente à doença, são fatores que ainda interferem no processo metabólico e na adesão ao tratamento, porém estudos mostram que variáveis demográficas e clínicas para

aquisição do conhecimento e a prontidão para o autocuidado ainda são escassas na literatura. (RODRIGUES, 2009).

2.2 *Método*

A amostra foi constituída por um total de 83 pacientes de meia idade e idosos, cadastrados e atendidos nos grupos do hiperdia das Unidades Básicas de Saúde do Município de Sarandi com o diagnóstico médico de Diabetes Mellitus.

2.2.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram os portadores de Diabetes Mellitus do grupo do Hiperdia cadastrados e acompanhados nas unidades de estudo, cuja capacidade de raciocínio e juízo se apresente conservada e os critérios de exclusão todos os pacientes do Grupo do Hiperdia que apresentaram somente hipertensão arterial.

2.2.2 Seleção dos estudos e extração dos resultados

A etapa da coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e por uma equipe de quatro (4) Enfermeiros e onze (11) Agentes Comunitários de Saúde nos meses de agosto e setembro de 2012. As entrevistas foram conduzidas por profissionais treinados previamente, tendo como base um roteiro padronizado/estruturado.

2.2.1 Avaliação e qualidade metodológica

Os seguintes instrumentos foram utilizados na pesquisa: Questionário sociodemográfico contendo idade, sexo, escolaridade, renda familiar, procedência, diagnóstico médico, tempo de diagnóstico, complicações e tratamento medicamentoso.

Questionário de Conhecimento sobre o Diabetes – DKN-A. Esse questionário é autoaplicado com 15 itens de resposta de múltipla escolha acerca dos aspectos relacionados ao conhecimento geral do DM. Apresenta cinco amplas categorias: a) fisiologia básica, incluindo a ação da insulina, b) hipoglicemia, c) grupos de alimentos e suas substituições, d) gerenciamento do 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 a resposta correta e zero (0) para a resposta 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 Diabetes Mellitus. (TORRES, 2004).

Questionário de Atitudes Psicológicas do Diabetes ATT-19. É um questionário autoaplicável que contém 19 itens que descrevem as respostas emocionais da doença, sobre a medida de ajustamento psicológico para o Diabetes Mellitus, desenvolvido como resposta às necessidades de avaliação de aspectos psicológicos e emocionais acerca da doença. Consiste em 19 itens que incluem seis fatores: a) estresse associado ao Diabetes Mellitus; b) receptividade ao tratamento; c) confiança no tratamento; d) eficácia pessoal; e) percepção sobre a saúde; d) aceitação social. As questões 11,15 e 18 começam com escore reverso. A principal aplicação da escala foi associada à avaliação da intervenção educacional. Cada resposta é medida pela escala de Likert de cinco pontos (discordo totalmente – escore 1; até concordo totalmente – escore 5). O total da taxa-escore varia entre 19 a 95 pontos. Um alto escore indica a atitude positiva sobre a doença. (TORRES, 2004).

Os resultados obtidos nos dois questionários DKN-A (conhecimento sobre o diabetes) e ATT-19 (atitudes com relação ao diabetes), são validadas por escores, sendo que as variáveis categóricas foram descritas como frequência absoluta e relativa e as numéricas como média \pm desvio padrão.

As associações entre variáveis sociodemográficas, relacionadas ao diabetes e os escores DKN-A e ATT-19 foram testadas utilizando-se análise de variância com um critério de classificação. As associações entre os escores e o tempo de diagnóstico do diabetes foram avaliadas utilizando-se média, desvio padrão e porcentagem. Considerou-se estatisticamente significativo valor de probabilidade $< 0,05$.

2.3 *Análise estatística*

Os dados foram digitados em banco de dados previamente elaborado no programa MS Excel V 2010 e análise estatística foi realizada utilizando-se o pacote estatístico SPSS versão 17.0 para Windows. As variáveis categóricas foram expressas com frequência absoluta e relativa e as numéricas como média \pm desvio padrão. As associações entre os escores DKN-A, ATT-19 e o tempo de diagnóstico do Diabetes Mellitus foi avaliado utilizando-se o coeficiente de correlação linear de Pearson. As associações entre os escores DKN-A e ATT-19 e sexo, uso de insulina, alterações visuais, úlceras de pressão e amputações foram avaliadas utilizando-se análise de variância com um critério de classificação. As associações entre o escore DKN-A e renda, escolaridade e procedência foram avaliadas utilizando-se o teste chi-quadrado de Pearson. Consideraram-se como estatisticamente significativos valores de probabilidade $< 0,05$.

2.4 *Resultados*

2.4.1 *Descrição do estudo*

Fizeram parte deste estudo 83 (100%) diabéticos com idade variando de 44 a 93 anos, e tendo como média de $64,4 \pm 11,4$ anos. Encontram-se 5 (6,0%), na faixa etária de 40 a 49 anos, 25 (30,1%) de 50 a 59 anos, 23 (27,7) de 60 a 69 anos, 24 (28,9%) de 70 a

79 anos e 6 (7,2%) com de 80 anos, sendo que 30 (36,1%) eram de meia idade e 53 (63,9%) idosos.

Em relação ao sexo, ocorreu um predomínio feminino com 54 (65,1%) diabéticas. Em relação ao estado civil, 59 (71,1%) da população estudada é casada ou com união estável, 2 (2,4%) são solteiros, 5 (6,0%) são separados ou divorciados e 17 (20,5%) são viúvos.

Quanto ao nível de escolaridade ou alfabetização, 1 (1,2) é analfabeto, 41 (49,4%) cursaram da 1^o a 4^o séries do ensino fundamental, 37 (37,3%) da 5^o a 8^o série do ensino fundamental, 7 (8,4%) completaram o ensino médio, 1 (1,2%) tem ensino superior completo e 2 (2,4%) não informaram sua escolaridade. A procedência ficou assim dividida, 44 (53,0%) dos pesquisados são da zona rural, enquanto 39 (47,0%) moram na área urbana.

A renda familiar variou de 1 a 10 salários mínimos, sendo que o percentual de quem recebe menos ou igual a um salário mínimo é de 43,4% (36), que recebem de 2 a 5 salários é 48,2% (40), de 6 a 10 é 3,6% (3) e aqueles que não informaram sua renda perfazem um percentual de 4,8%.

Quanto ao questionário de conhecimento sobre diabetes (DKN-A), o escore médio foi $6,2 \pm 2,5$, sendo que 66 (79%) dos indivíduos apresentaram baixo conhecimento em relação à doença, definido como escore ≤ 8 .

Quanto ao questionário de atitudes do paciente em relação ao Diabetes Mellitus (ATT-19), o escore médio foi de $51,3 \pm 12,0$, sendo que 78 (94,0%) dos indivíduos demonstraram atitude negativa em relação ao Diabetes Mellitus, definido por escore ≤ 70 .

Tabela 1 - Escores ATT-19 e DKN-A (n= 83)

Variável	Estatística
ATT-19	51,3 ± 12,0
DKN-A	6,2 ± 2,5

Valores expressam frequência absoluta e relativa ou média ± desvio padrão

Dos 83 pacientes, 53 (63,9%) tinha idade ≥ 60 anos. Não se observou associação estatisticamente significativa entre idade e os escores ATT-19 ($r=0,13$, $p=0,239$) e DKN-A ($r=0,07$, $p=0,551$) como pode ser visto na figura 1 e 2 abaixo.

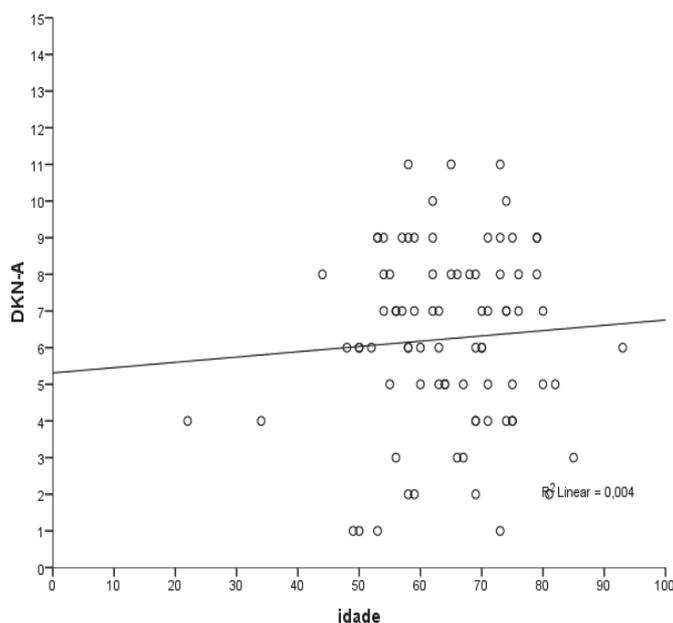


Figura 1 - Relação entre idade e DKN-A

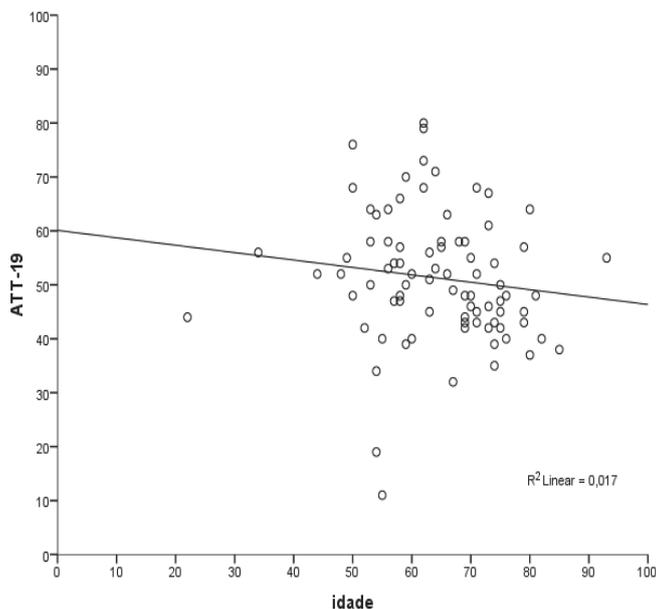


Figura 2 - Relação entre idade e ATT-19

Na comparação com o sexo, aos escores de conhecimento e atitude, a partir do número de diabéticos, é possível calcular a média e o desvio padrão, sendo que o sexo masculino obteve uma média de $6,9 \pm 2,5$ e o sexo feminino $5,89 \pm 2,6$, ($p = 0,079$). Observa-se que o sexo masculino possui um conhecimento maior com relação ao Diabetes Mellitus, do que o feminino. Os dados também mostram que os escores menores e iguais a 70, pertencem a quem tem uma atitude negativa perante o diabetes. Em relação ao sexo, quem obteve os maiores percentuais de atitude positiva perante o Diabetes Mellitus foi o sexo feminino, como é demonstrado pela tabela 3.

Tabela 2 - Associação entre sexo e escores DKN-A e ATT-19

Escore	Sexo		p
	Masculino	Feminino	
DKN-A	6,9 ± 2,3	5,9 ± 2,6	0,079
ATT-19	48,4 ± 14,1	52,8 ± 10,6	0,111

Valores expressam média ± desvio padrão

Segundo a escolaridade, os escores obtidos com relação à atitude dos pacientes com Diabetes Mellitus, apresentaram escores maiores que 70 aqueles que estudaram da 1º a 4º séries do primeiro grau (80%), e os escores menores e iguais a 70 aqueles que estudaram da 5º a 8º séries do primeiro grau (56,4%).

No entanto, grande quantidade da amostra estudada encontrava-se nas primeiras séries do primeiro grau, (ensino fundamental) 41 (49,4%). É também desta amostra o maior conhecimento com relação ao Diabetes Mellitus, ou seja, com escore superior a oito ficou em 10 pesquisados (58,8%).

Assim sendo, quanto à escolaridade e relação com os escores DKN-A e ATT-19, os pacientes com Diabetes Mellitus que tinham escolaridade entre a 1ª a 4ª série foram os que apresentaram maior número de acertos.

Em relação aos escores maiores do que oito obtidos entre o conhecimento e renda familiar, observou-se que o índice de acerto encontrava-se entre 2 a 5 salários

mínimos, 8 (47,1%). E os que obtiveram menores índices também ficam dentro desta faixa, com 32 (48,5%) dos pesquisados.¹

Já na relação entre renda familiar e atitude dos portadores de Diabetes Mellitus, observou-se que, os escores maiores que 70 encontravam-se entre 2 e 5 salários mínimos (80,0%) e os escores menores e iguais a 70 também foram semelhantes a 2 e 5 salários mínimos (46,2%).

Quanto ao estado civil dos portadores de Diabetes Mellitus, os que obtiveram escores maiores, menores ou iguais a oito no teste de conhecimento, são casados ou com união estável, representando 14 (82,4%) dos pacientes.

Contudo, na relação entre estado civil e atitude observou-se que os escores maiores que 70 encontram-se entre os casados ou em união estável (80,0%), e os escores menores e iguais a 70 também pertencem aos casados ou em união estável (70,5%).

Quanto à procedência percebeu-se que os pacientes que residem na área urbana apresenta um maior conhecimento (38,5%) a respeito do Diabetes Mellitus, porém quem reside na área rural apresenta maior atitude (6,8%) positiva sobre a doença. (Tabela 3).

¹ A renda familiar levada em consideração neste trabalho é mensurada através do salário mínimo vigente que equivale a R\$ 622,00 em moeda corrente.

Tabela 3 - Associação entre procedência e escores de conhecimento e atitude (n=83)

	Procedência	
	Rural (n=44)	Urbana (n=39)
Escore de conhecimento*		
≤ 8	37 (84%)	29(74,35%)
> 8	7 (16%)	10 (25,64%)
Escore de Atitude**		
≤ 70	41 (93,2%)	37 (94,9%)
> 70	3 (6,8%)	2 (5,1%)

Valores expressam frequência absoluta e relativa

*: p=0,391

** : p=0,747

A tabela 4 descreve os aspectos clínicos, levando em consideração os percentuais estatísticos e o tempo de diagnóstico da doença em meses.

Tabela 4 - Diabetes e complicações (n=83)

Variável	Estatística
Diabetes Mellitus Tipo I	5 (6,0%)
Diabetes Mellitus Tipo II	78 (94,0%)
Tempo de diagnóstico (meses)	86,2 ± 65,9
Uso de Insulina	18 (21,7%)
Alteração visual	14 (16,9%)
Úlceras nos pés	3 (3.6 %)
Amputações	2 (2,7%)

Valores expressam frequência absoluta e relativa ou média ± desvio padrão

Dos valores apresentados, cabe ressaltar que a maioria dos pesquisados são usuários do Diabetes Mellitus tipo II (94,0%) e que as complicações tanto se refere ao Diabetes Mellitus tipo I, como ao Diabetes Mellitus tipo II.

No que se refere ao tempo de diagnóstico, os escores maiores que oito obtidos sobre o conhecimento dos usuários com Diabetes Mellitus, encontram-se diabéticos que têm menos de dez anos de doença 13 (76,5%). Entretanto, os que obtiveram os menores escores foram, também, dos pacientes que tem menos de dez anos 51 (77,3%). Portanto, não se observou associação estatisticamente significativa entre o tempo de diagnóstico do DM e o escore DKN-A ($r = 0,01$, $p = 0,92$), conforme mostra figura 3.

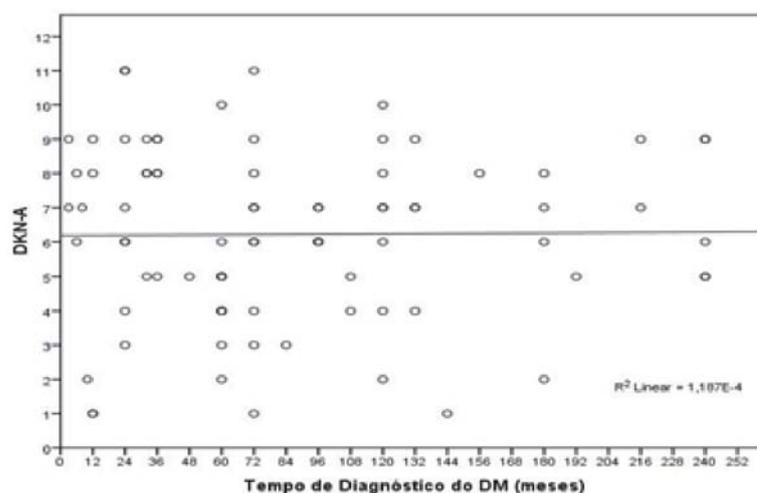


Figura 3 - Correlação entre o tempo de diagnóstico do DM (em meses) e o escore DKN-A

Quanto aos escores obtidos de atitude, segundo o tempo de diagnóstico, dos pacientes com Diabetes Mellitus, observou-se que os escores maiores que 70 encontram-se nos pacientes que são portadores da doença há mais de dez 4 anos (60,0%), e os escores menores ou iguais a 70 encontram-se entre aqueles portadores com menos de dez anos de doença. No que se refere ao tempo de diagnóstico, observou-se correlação positiva estatisticamente significativa entre o tempo de diagnóstico do DM e o escore ATT-19 ($r = 0,23$, $p = 0,042$), de acordo com dados da figura 4.

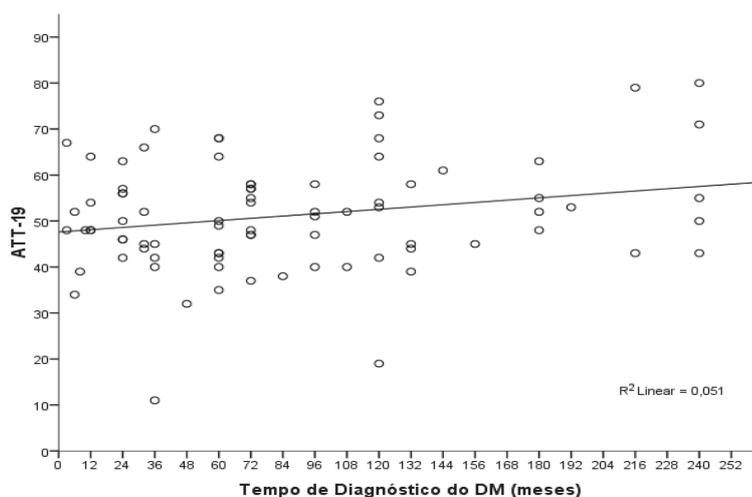


Figura 4 - Correlação entre o tempo de diagnóstico do DM (em meses) e o escore ATT-19

Dos pacientes que fazem uso de insulina, quem não faz uso de insulina tem um maior conhecimento da doença com uma média de $6,3 \pm 2,6$. Já no escore de atitude, os pacientes que fazem uso de insulina apresentam uma melhor aceitação da doença, com uma média de $55,4 \pm 10,7$. (Tabela 5).

Tabela 5 - Associação entre uso de insulina e escores DKN-A e ATT-19

Escore	Uso de Insulina		p
	Não	Sim	
DKN-A	$6,3 \pm 2,6$	$5,9 \pm 2,3$	0,502
ATT-19	$50,1 \pm 12,2$	$55,4 \pm 10,7$	0,095

Valores expressam média \pm desvio padrão

Na relação às associações dos escores com úlceras de pressão, os pacientes que têm conhecimento apresentam menos lesões por úlceras $6,3 \pm 2,5$. E os pacientes que demonstram atitude positiva em relação à doença apresentam maior índice de úlcera de pressão $50,7 \pm 11,9$. (Tabela 6).

Tabela 6 - Associação entre úlceras de pressão e escores DKN-A e ATT-19

Escore	Úlceras de pressão		p
	Não	Sim	
DKN-A	6,3 ± 2,5	5,3 ± 4,0	0,524
ATT-19	50,7 ± 11,9	65,0 ± 9,6	0,043

Valores expressam média ± desvio padrão

No que diz respeito às amputações, os pacientes que apresentaram mais casos de amputação foram os pacientes que apresentaram maior conhecimento com escore médio de $6,2 \pm 2,5$. O mesmo aconteceu com relação à atitude, os pacientes com atitude positiva foram os que apresentaram maior número de amputação com escore médio de $67,0 \pm 12,7$. (Tabela 7).

Tabela 7 - Associação entre amputação e escores DKN-A e ATT-19

Escore	Amputações		p
	Não	Sim	
DKN-A	6,2 ± 2,5	7,5 ± 2,1	0,473
ATT-19	50,9 ± 11,8	67,0 ± 12,7	0,061

Valores expressam média ± desvio padrão

No que se refere aos escores em relação às alterações visuais, dos pacientes que apresentavam maior conhecimento também apresentaram o maior percentual na alteração visual, com escore médio $6,4 \pm 2,1$. Assim como os pacientes que têm uma atitude positiva também apresentam maior número de alteração visual com escore médio de $53,8 \pm 15,7$. (Tabela 8).

Tabela 8 - Associação entre alterações visuais e escores DKN-A e ATT-19

Escore	Alterações visuais		p
	Não	Sim	
DKN-A	6,22 ± 2,6	6,4 ± 2,1	0,850
ATT-19	50,7 ± 11,2	53,8 ± 15,7	0,391

Valores expressam média ± desvio padrão

2.5 Discussão

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, tanto nos países desenvolvidos como nos países subdesenvolvido. O caderno de Atenção Básica do Ministério a Saúde (2006) contribui mencionando que o envelhecimento populacional acontece devido à mudança de alguns indicadores de saúde. O grande desafio dos estudos de envelhecimento está em fazer com que o idoso, apesar de suas progressivas limitações, possa redescobrir possibilidades de viver a sua vida com a máxima qualidade possível. (SANTIN et al, 2005).

O Diabetes Mellitus é a forma mais comum de alta prevalência nos idosos, apresentando graus variáveis de deficiência e resistência à ação da insulina. Representa no idoso um grande desafio para a saúde pública, envolvendo a capacidade de toda uma equipe multidisciplinar para atender a todas as necessidades de um tratamento ideal (FREITAS, 2006).

Estudo realizado em um centro de pesquisa e extensão universitária, no Brasil, que investigou o conhecimento e atitude de 82 pessoas adultas com Diabetes Mellitus que participavam de um programa de educação para o autocuidado em DM, mostrou

que 78,05% apresentaram escores superiores a 8 em relação ao conhecimento da patologia, indicando adequado conhecimento e compreensão sobre a doença. Quanto às atitudes, os escores variavam entre 25 e 71 pontos, sugerindo dificuldade no enfrentamento da doença. O estudo apontou que, apesar de os participantes terem obtido alto escore para o conhecimento, ainda assim não modificaram a atitude para um enfrentamento mais adequado para a doença. (SOUSA; ZAUSZNIEWSKI, 2005).

No que vem ao encontro deste estudo, sobre conhecimento e atitude em relação à doença, os pacientes diabéticos que participaram desta pesquisa, tem idade entre 50 a 79 anos. Estudo, realizado na cidade de Lisboa Portugal, que investigou o conhecimento do diabético e a presença de complicações da doença, observou que a maior parte da população estudada (30,0%) encontrava-se entre 60 e 64 anos e tinha como média 69,64 anos (GOMES, 2011). Nesta mesma direção, estudo realizado na cidade de Paracatu – MG, sobre a mudança de hábitos para adesão ao tratamento do diabetes tipo II, analisou a predominância da faixa etária de 61 a 70 anos (46,7%). (OLIVEIRA, 2010).

Outro estudo que analisou os fatores associados à úlcera de extremidade na Neuropatia Diabética, em São Paulo, constatou que a idade dos pesquisados variava de 41 a 74 anos. (PORCIÚNCULA et al, 2007).

Vale ressaltar que a predominância de idade acima dos 50 anos se dá ao fato desses estudos investigarem pacientes, na sua maioria, com Diabetes Mellitus tipo II, ou seja, um tipo de diabetes que costuma acometer indivíduos com mais de 40 anos, como mostra a literatura. (MALAMAN, 2006). O Diabetes Mellitus tipo II aparece geralmente após os 40 anos, tem forte fator hereditário e frequentemente está associado à obesidade e ao sedentarismo. Outro aspecto importante a ser analisado com relação à idade é que, quanto mais idade o paciente tiver mais riscos de contrair doenças associadas ao Diabetes Mellitus ele vai ter.

Quanto ao sexo, o estudo avaliou 83 (100%) diabéticos, sendo que a maioria (54) é do sexo feminino. Estudos que investigaram o conhecimento e as atitudes frente o Diabetes Mellitus também notaram prevalência do sexo feminino, como é o caso do estudo que investigou o conhecimento e atitude de usuários com Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Preto, SP, constatou que dos 79 (100%) pesquisados, 50 (63,3%) pertenciam ao sexo feminino. (OLIVEIRA, 2009).

Outro estudo que também analisou as mesmas variáveis de conhecimento e atitude, realizado em Ribeirão Preto – SP, mostrou que de uma população de 123 (100%) pesquisados, 85 (69,11%) eram do sexo feminino (RODRIGUES, 2011). Estudo realizado no Hospital do Servidor Público de São Paulo, que investigou o perfil epidemiológico, e o nível de conhecimento sobre a doença e a retinopatia diabética, em uma amostra de 357 pacientes com Diabetes Mellitus, mostrou que sua maioria era do sexo feminino. (DIAS et al, 2010).

Cabe ressaltar que, de maneira geral, as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens, pelo tipo de atividade desenvolvida com horário mais flexível de trabalho e/ou pela rotina já incorporada de consultas periódicas, cabendo à mulher durante os tempos a tarefa de providenciar assistência médica a família, garantindo-lhes acesso facilitado aos serviços de saúde. (ASSUNÇÃO; URSINE apud OLIVEIRA, 2010).

Com relação à escolaridade, este estudo mostra que a maioria dos entrevistados 49,4% cursou apenas até 4º série do ensino fundamental, e que 37,3% estudaram da 5ª a 8ª série do ensino fundamental. Com esses percentuais nota-se grande predominância de baixa escolaridade, pois a soma desses percentuais equivale a 86,7% da população estudada. Como relata Oliveira (2009) em seu estudo sobre conhecimento e atitude que

os pacientes têm frente o Diabetes Mellitus, 74,7% apresentaram baixo grau de instrução com até oito anos de estudo. Outro estudo realizado em Portugal constatou que 62% dos entrevistados tinham apenas instrução primária e que 16% da amostra não possuíam nenhum grau de instrução. (GOMES, 2011). Porém, um estudo realizado na cidade de Londrina – Paraná, que mostrava o conhecimento em relação ao Diabetes Mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público, onde os autores relatam que o grau de instrução dos respondentes era mais elevado, pois a maioria possuía o ensino médio completo. (GIL; HADDAD; GUARIENTE, 2008).

Por outro lado, estudos mostram que o desenvolvimento do Diabetes Mellitus independe da escolaridade e pode acometer todos os níveis socioeconômicos. (DELAMATER; LIMA, 2006). No entanto, a baixa escolaridade faz com que a pessoa tenha dificuldade de compreender sobre as práticas medicamentosas, plano alimentar, a atividade física tendo acesso limitado às informações, devido à dificuldade na leitura, na escrita e na fala, fazendo com que o paciente tenha dificuldades de conhecer e conviver com a doença.

Em relação à renda familiar, a mesma variou de 1 a 10 salários mínimos, sendo que o maior percentual (48,2%) recebe de 2 a 5 salários. Outro estudo mostra que a renda socioeconômica dos pesquisados com Diabetes Mellitus também é baixa como afirma Rodrigues (2011) em sua pesquisa sobre conhecimentos e atitudes perante o diabetes, 53,66% dos pesquisados possui uma renda familiar de até 2 salários mínimos.

Em uma pesquisa realizada na cidade de Pelotas–RS com o objetivo de avaliar o conhecimento sobre o papel e o tratamento do Diabetes Mellitus e hipertensão arterial mostraram que a maioria dos pesquisados, ou seja, 41,5% tinham baixo nível

socioeconômico e que indivíduos de nível econômico mais elevado mostraram maior conhecimento. (KNUTH et al, 2009).

A literatura também mostra que poder aquisitivo baixo e baixa escolaridade, comumente gera menor acesso à informação e à tecnologia para o controle do Diabetes Mellitus, além de dificultar a percepção que o diabético possui sobre a sua própria condição de saúde. (TAKAHASHI et al, 2001).

Nessa direção, é de competência dos profissionais da saúde informar os pacientes sobre o tratamento do Diabetes Mellitus, como adquirir medicações, como fazer exames e outros mais que são de competência do SUS. É importante salientar que muitos pacientes diabéticos, por falta de conhecimento e baixa renda familiar deixam de realizar o tratamento do Diabetes Mellitus, não sabendo eles que existem a sua disposição medicamentos, exames e consultas gratuitos pelo SUS.

Quanto ao estado civil, os casados somam o maior número de pesquisados, perfazendo um percentual de 71,1% (59) seguidos dos viúvos com 20,5% (17), em consonância com esta pesquisa outros trabalhos também afirmam o mesmo, como é o caso de Rodrigues (2011), onde o percentual de casados perfaz 58,24%, em Brasil (2009), com um percentual de casados de 50,0% e de Gomes (2011), onde 52,0% eram casados e 32% viúvos.

Outro estudo que investigou as características sociodemográficas de usuários com Diabetes Mellitus em um programa de educação em diabetes, também encontrou que a maioria dos sujeitos são casados, seguidos de viúvos. Esse estudo apontou que o estado civil pode influenciar no cuidado com o Diabetes Mellitus, já que em alguns casos, a perda do companheiro provoca alterações de saúde tais como: depressão, desânimo e a perda de vontade de viver. (OTERO; ZANETTI; TEIXEIRA, 2007).

Quanto ao tempo de evolução da doença, a maioria da amostra encontra-se convivendo com a doença em um tempo menor ou igual a dez anos, perfazendo um total de 64 indivíduos. Estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto mostra que a maioria dos pacientes pesquisados, 68,4% tem menos de dez anos de evolução da doença. (OLIVEIRA, 2009). Outro estudo realizado em Brasília destaca que o tempo médio de evolução da doença é de 10,6 anos. (BRASIL, 2009). Semelhante há este tempo está um estudo realizado na cidade de Londrina. (GIL; HADDAD; GUARIENTE, 2008).

Já um estudo realizado em Lisboa Portugal enfatiza que o tempo de evolução da doença encontrava-se com média de 16 anos, tempo superior encontrado com relação aos demais estudos. (GOMES, 2011). Alguns autores revelam que quanto maior o tempo de evolução da doença maior é o risco de complicações por causa do Diabetes Mellitus. Porciúncula et al (2007) afirma que o risco de amputação e ulceração aumenta na medida em que o tempo de doença evolui, associando a isso um mau controle da mesma.

Com relação ao trato medicamentoso este trabalho revelou que dos 83 pesquisados 17 fazem uso de insulina sozinha ou associado a outros antidiabéticos orais. Os demais pacientes fazem uso de antidiabéticos orais, ressaltando ainda que uma pequena parcela da amostra também faça uso da dieta. Dos antidiabéticos orais, os mais usados são metformina 850 mg e glibenclamida 5 mg. Oliveira (2009) em seu trabalho afirma que 16,3% da população estudada faz uso de insulina e que dos remédios de uso oral o que mais é evidenciado é a metformina. Segundo a SBD (2006), a metformina tem sua maior ação antihiperlipemizante diminuindo a produção hepática de glicose, tendo como a ação sensibilizadora periférica menos notável. Em média a metformina reduz a hemoglobina glicada em 1,5% a 2,0%.

Sobre a insulina, a Sociedade Brasileira Diabetes (2006) afirma que a insulina é indicada em pacientes com Diabetes Mellitus II quando estes são diagnosticados com as glicemias elevadas geralmente acima de 250 mg/dl, para os demais que não atingiram este valor mas já convivem com a patologia é indicado o uso de medicação de uso oral. Para pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus I a insulina é o medicamento indicado.

Em relação ao escore de conhecimento, a população pesquisada, apresentou valores baixos, tendo como resposta uma população que apresenta conhecimento insatisfatório com relação ao diabetes, pois dos 83 (100) pesquisados apenas 17 (20,5%) apresentaram conhecimento sobre o Diabetes Mellitus. Estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto constata que a maioria (66,67) dos usuários com Diabetes Mellitus II apresentaram escores menores que oito indicando um conhecimento insatisfatório sobre a doença (RODRIGUES, 2011), estudo semelhante a estes apresentou que o nível de conhecimento dos pesquisados é baixo sendo que dos pesquisados apenas 28 (35,4%) apresentaram escores maiores que oito. (OLIVEIRA, 2009).

Nesta pesquisa fica evidenciada que o resultado que mais influenciou na falta de conhecimento é a falta de escolaridade, o que reporta a compreender que a educação em saúde se faz necessária para um melhor manejo da doença. E uma das formas de educar o paciente é lhes transmitindo informações, para uma melhor vivência com a doença, como afirma Both et al (2005) as informações e orientações a respeito da doença tem como ênfase a melhora do padrão de vida dos diabéticos, proporcionando um melhor envolvimento no tratamento sem haver uma unilateralidade de conhecimentos.

Nesta direção, pressupõe-se que a educação é envolta não apenas na informação, mas numa série de fatores como: atitudes, comportamentos e hábitos de vida. Tais fatores devem ser incorporados no cotidiano do paciente, porém nota-se certa

fragilidade no que diz respeito a mudanças, devido os pacientes serem de certa idade e possuírem uma cultura difícil de ser mudada, afinal trata-se de costumes aprendidos desde a infância.

No que diz respeito aos resultados de escores de atitude, 94% da população pesquisada apresenta um enfrentamento negativo diante da doença, sendo que apenas 6% da população apresentaram um enfrentamento positivo diante da doença. Segundo o estudo de Oliveira (2009), 93,7% da população pesquisada também apresentou enfrentamento negativo frente à doença, porém um estudo realizado em sete regiões de Omani- Arábia Saudita com 750 pacientes com Diabetes Mellitus tipo II, que avaliou o conhecimento, a atitude e as práticas de autocuidado em relação às complicações visuais relacionadas ao Diabetes Mellitus, mostrou que o conhecimento em relação às complicações visuais foi satisfatório. No entanto, os escores de atitude e práticas de autocuidado mostram-se insatisfatórios. Este estudo apontou a necessidade de incremento de programas educativos em Diabetes Mellitus. (KHANDEKAR et al 2010).

Outro estudo realizado em três hospitais da Índia, com 238 usuários com Diabetes Mellitus ao avaliar o conhecimento e atitudes sobre a doença mostrou que 60% dos usuários conheciam o conceito da mesma, 60% das complicações crônicas e 61% a importância da modificação de estilo de vida. Esse estudo evidenciou a deficiência dos programas de educação em diabetes. (SHAH; KANDAR, 2009).

Nesta direção, os nossos achados em relação à atitude dos usuários com Diabetes Mellitus estão em concordância com a literatura nacional e internacional sendo assim, constata-se a importância da avaliação dos aspectos relacionados à atitude dos pacientes com Diabetes Mellitus para a escolha de estratégias educativas.

Diante disso, destaca-se os fatores relacionados à atitude que incluem o estresse associado ao Diabetes Mellitus quanto ao uso contínuo e prolongado de medicamentos, dieta e atividade física. E tais aspectos relacionam-se intimamente com a atitude do usuário com Diabetes Mellitus frente ao enfrentamento e manejo da doença. De acordo com a Sociedade Brasileira Diabetes (2002), o tratamento básico e controle do diabetes consistem primordialmente em uma dieta alimentar equilibrada, na prática regular de atividade física e no uso adequado da medicação. Em consonância estudo realizado no ambulatório de endocrinologia realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-SP investigou a polifarmácia dos pacientes com Diabetes Mellitus tipo II e correlacionou o número de complicações crônicas da doença e indicadores de sintomas de depressão. Os resultados desse estudo mostraram que 75% dos sujeitos faziam uso diário de 5 a 8 medicamentos e que a correlação entre o número de medicamentos e os indicadores de depressão não foram estatisticamente significativas. Porém esse estudo, ainda, apontou que não é o número de medicamento administrado, diariamente, tão pouco, o uso de insulina exógena, que se configura como agente estressor, mas sim, a frequência de tomadas diárias de medicamentos. (NASCIMENTO et al, 2010).

Como destaca Both et al (2005), parece que seguir a dieta não é algo agradável, o que causa em todos o desejo de tristeza, punição, culpa; logo, a doença aparece como castigo. As pessoas quando recebem o diagnóstico de Diabetes Mellitus logo se preocupam em o que comer no seu dia a dia sem extravagâncias, gerando assim uma situação de estresse.

O enfrentamento da atividade física como um aliado no tratamento do Diabetes Mellitus deve ser de suma importância para os pacientes, que primeiramente devem conhecer essa prática para depois, com o passar do tempo, conviver de forma harmoniosa, não sendo este mais um fator estressante, mas sim um meio de interagir

com outras pessoas e de conviver melhor com a doença. Como cita Marques (2012) no trabalho sobre o efeito do exercício físico sobre a glicemia de pacientes idosos com Diabetes Mellitus tipo II, ao realizar caminhadas com pacientes interagem entre si construindo amizades, e com o passar do tempo, ajudam-se mutuamente, convivendo melhor com a doença.

Recomenda-se que um Programa de Educação em Diabetes Mellitus deve ser sistematizado por meio de estratégias pedagógicas e de educação em grupo e individual, constituído por um conjunto de intervenções voltadas para a fisiopatologia da doença. Os sinais e sintomas e suas complicações, os princípios da dieta, a prática de atividades físicas, tratamento medicamentoso e os aspectos relacionados à mudança de comportamento para o controle da doença. (TORRES, 2004).

2.6 Conclusão

Os pacientes avaliados apresentaram valores insatisfatórios quanto ao conhecimento e atitude sobre a patologia. Com isso, permite-se discutir os possíveis limites e opções de aperfeiçoamento de educação e saúde associado a programas para diabetes.

Sendo assim, se faz necessário reforçar a importância da implementação de ações educativas e reconhecer que a educação em diabetes/saúde deve ser um processo contínuo e que pode ser feita dentro da família, na escola, no trabalho, grupos de terceira idade ou em qualquer espaço comunitário, desde que haja empenho e conscientização de toda a equipe multidisciplinar que leva a informação e transmite conhecimento. E, através do conhecimento, ter início as práticas de manejo da doença, podendo com isso, melhorar a qualidade de vida destes e, conseqüentemente, aumentar a sobrevida dos pacientes com Diabetes Mellitus. Faz-se necessário a permanência da

educação em diabetes e a atualização permanente dos profissionais de saúde, avaliando o seu processo de trabalho, buscando novas direções educacionais.

2.7 Referências

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnoses and classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v. 34, suppl. 1, 2011.

BRASIL, Flávia Priscila da Silva. **Efeitos da apresentação de material educativo para pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 sobre o conhecimento da enfermidade e a adesão ao tratamento**. Dissertação de mestrado. Brasília: Universidade de Brasília. 2009.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano de ação integrada para o desenvolvimento da política nacional do idoso**. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: MS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 16).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: MS, 2006.

FUNNELL, M.M.; BROWN T.L; CHILDS B.P.; HAAS L.B.; HOSEY G.M.; JENSEN, B., et al National standards for diabetes self-management education. **Diabetes Care**, 2008.

GIL, C. R. R. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21. n. 2, mar.\abr. 2005.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes Atlas**. 3. ed. Brussel, 2006. Disponível em: <http://www.eatlas.idf.org/webdata/docs/background_openingpc.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2009.

OLIVEIRA, Kelli Cristina Silva de. **Conhecimento e atitude de usuários com Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 2009. 139 p. Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (2009).

OLIVEIRA, Juliana Pereira. **Portador de Diabetes Mellitus tipo 2: Mudança de hábitos para adesão ao tratamento**. Paracatu - MG, 2010. Monografia (Graduação) – Faculdade Tecsoma, Curso de Bacharela em Enfermagem.

PORCIÚNCULA, A.V.P.; ROLIM, L.C.P.GAROFALO, L.; FERREIRA, S.R.G. Análise de fatores associados às ulcerações de extremidades em indivíduos diabéticos com neuropatia periférica. **Arquivo brasileiro de endocrinologia e metodologia**. São Paulo, v. 51, n, 7, out. 2007.

RIGON, R.; ROSSI, A. G.; COSER, P. L. A. Achados otoneurológicos em indivíduos portadores de Diabetes Mellitus tipo 1. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.73, n.1, p.106-11, jan./fev. 2007.

RODRIGUES, Flávia Fernanda Luchetti. **Conhecimento e atitudes de usuários com Diabetes Mellitus em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto**, SP, 2011.

ROMERO, R.B.; BARCELÓ, A.; MACHADO, A. A. Campanha nacional de detecção de casos suspeitos de Diabetes Mellitus no Brasil: relatório preliminar. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 10, n. 5, p. 318-327, 2001.

SBD: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atualização brasileira sobre diabetes**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Deteção e tratamento das complicações crônicas do Diabetes Mellitus**. Disponível em: <HTTP://www.diabetes.org.br/educacao/comprondoc.php>. Acesso em: 12 set. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro de tratamento e acompanhamento do diabete mellitus**. Rio de Janeiro: Diagrafic, 2006.

TERRIS, M. **Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública**. In: OPS. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPS. 1996. p.37-44.

TORRES H.C.; HORTALE V.A.; Schall V.T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. **Rev. Saúde Pública** 39 (6), p. 906-11, 2004.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa e dados obtidos com este estudo, sabe-se que o Diabetes Mellitus é uma doença crônica não transmissível que requer cuidados rotineiros, sendo imprescindível a mudança de hábito por toda a sua vida, a fim de prevenir complicações. A maioria dos pacientes estudados apresentaram escores inferiores no conhecimento (Questionário de conhecimento DKN-A) e na atitude (Questionário de atitude ATT-19). Estes resultados são preocupantes e demonstram a necessidade dos pacientes aprenderem através da educação em diabetes.

Reconhecer que a educação em diabetes deve ser um processo contínuo e que pode ser feita dentro da família, na escola, no trabalho, grupos de terceira idade ou em qualquer espaço comunitário, desde que haja empenho e conscientização de toda a equipe multidisciplinar. Faz-se necessário a permanência da educação em diabetes e a atualização permanente dos profissionais de saúde, avaliando o seu processo de trabalho, buscando novas direções educacionais.

A participação do profissional da psicologia para integrar a equipe de saúde, para fortalecer os aspectos emocionais no automanejo e aceitação da doença e reconhecer a importância da frequente avaliação do diabético no manejo da doença e na colaboração da família no cuidado em Diabetes Mellitus, se faz de suma importância para o controle da doença. Sabe-se que mudar hábitos e estilo de vida não são assim tão fáceis e que nem todos conseguem mudar totalmente, mas a equipe de saúde não pode deixar de transmitir o conhecimento mesmo que os resultados sejam lentos. Sabe-se também que a conscientização de ter que mudar também depende da iniciativa de cada paciente e familiar em querer mudar, ter conhecimento, atitude positiva e, conseqüentemente, melhora na qualidade de vida.

ANEXOS

Anexo A. Comprovante de submissão

ANEXO A

Ilmo(a) Sr.(a)
Prof(a), Dr(a) Fernanda Signor

Referente ao código de fluxo: 87
Classificação: Artigo Original

Informamos que recebemos o manuscrito "Conhecimento e atitude de pacientes adultos e idosos com *Diabetes Mellitus*", que será enviado para apreciação dos Revisores para possível publicação/participação na(o) Revista Acta Fisiátrica. Por favor, para qualquer comunicação futura sobre o referido manuscrito cite o número do código de fluxo apresentado acima.

O(s) autor(es) declara(m) que o presente trabalho é original, sendo que o seu conteúdo não foi nem está sendo considerado para publicação em outro periódico, brasileiro ou do Exterior, seja no formato impresso ou eletrônico.

Obrigado por submeter seu trabalho a(o) Revista Acta Fisiátrica

Dados de Acesso

Usuário: 180503

Senha: 180503

Atenciosamente,

Dra. Linamara Rizzo Battistella
Editora Chefe

Rua Diderot, 43 - Vila Mariana
São Paulo / SP – Brasil
CEP 04116-030
Tel.: (11) 5549-0111 / Fax.: (11) 5549-0556
e-mails: contato@actafisiatrica.org.br

««« Favor não responder esta mensagem, pois ela foi gerada automaticamente pelo SGP »»»»

APÊNDICES

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE A



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa que tem como título: “Conhecimentos e atitude de pacientes adultos e idosos com *Diabetes Mellitus*”. Objetivo desta pesquisa é avaliar o conhecimento e a atitude dos pacientes com Diabetes Mellitus relacionando com sexo, idade, faixa etária, escolaridade, renda familiar, procedência, tempo de diagnóstico e alterações crônicas. Será garantido o sigilo sobre as informações prestadas, sendo as mesmas utilizadas somente para a finalidade de pesquisa.

O início da pesquisa será previsto para o dia 20 de julho 2012, mês em que iniciaram as atividades, seguindo nos meses de agosto, setembro, outubro. As datas e horário para a realização das atividades serão agendados conforme roteiro de encontros dos grupos já estabelecidos pelas unidades de saúde local.

A participação do (a) Senhor (a) não implicará em risco algum, tendo o Senhor (a) algum desconforto durante as aplicações dos questionários e atividades de grupo poderá não responder ou não participar se assim desejar.

O (a) Senhor (a) poderá solicitar informações obtidas através dessa pesquisa. Será assegurada ao Senhor (a) toda a assistência habitual dispensada pela equipe de profissionais da instituição. O (a) Senhor (a) não terá nenhum tipo de despesa pela sua participação neste estudo. Os custos da pesquisa serão integralmente custeados pela pesquisadora responsável.

O (a) Senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, a qualquer momento. O (a) Senhor (a) terá a liberdade de não querer participar desta

pesquisa e isto não acarretará nenhuma mudança no seu tratamento ou na relação com a pesquisadora ou com a instituição (secretaria de saúde). Mesmo que o (a) Senhor (a) aceite participar, estará livre para desistir a qualquer momento. O (a) Senhor (a) não será obrigado a participar desta pesquisa, podendo recusar-se a responder os instrumentos ou em realizar as atividades sem qualquer prejuízo pessoal. Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida pode ligar no telefone da pesquisadora Fernanda Signor (54) 9177-2311.

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com o (a) pesquisador (a).

Passo Fundo, ____ de ____ de 2011.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome do (a) pesquisador (a): _____

Assinatura: _____

Apêndice B. Projeto de pesquisa

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO – UPF

FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

**Conhecimento e Atitude de Pacientes com Diabetes Mellitus de Meia
Idade e Idosos**

Fernanda Signor

Passo Fundo

2012

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título

Conhecimento e Atitude de Pacientes Adultos e Idosos sobre *Diabetes Mellitus*

1.2 Autora

Fernanda Signor

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Ação Comunitária pela Universidade do Contestado. Mestranda do Programa de Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

Email: fernanda_signor@yahoo.com.br

1.3 Orientadora

Camila Pereira Leguisamo

Doutora e mestre em Ciências de Saúde: Cardiologia pelo Instituto de Cardiologia de Porto Alegre. Docente do Curso de Fisioterapia e do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

Email: camila@upf.br

1.4 Coorientadora

Ana Carolina Bertolleti De Marchi

Doutora em Informática na Educação e mestre em Ciência da Computação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do Curso de Ciência da Computação e do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

Email: carolina@upf.br

1.5 Duração: trinta e seis (36) meses

1.6 Vigência: Março de 2010 a fevereiro de 2013.

1.7 Resumo

O Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio metabólico decorrente do déficit de produção ou da absorção sistêmica do hormônio insulina. Pacientes diabéticos necessitam de um tratamento complexo que exige um conjunto de cuidados que devem ser mantidos ao longo da vida, como: uso de adoçantes e medicamentos; dieta equilibrada e saudável; mensurações glicêmicas periódicas e prática regular de atividade física. Outro fator relevante é que a incidência da doença aumenta proporcionalmente com a idade, ou seja, estima-se que o número de diabéticos aumente nos próximos anos, tendo em vista o envelhecimento populacional brasileiro. A falta de conhecimento dos pacientes sobre a doença, consequências e prevenção constituem-se em grandes desafios para os profissionais da área da saúde e para a melhoria da qualidade de vida do diabético. A identificação de possíveis complicações são os primeiros passos para viabilizar medidas de intervenção que possam intervir de forma positiva na funcionalidade e na redução de complicações. Assim sendo, este estudo objetiva averiguar o conhecimento e a atitude de pacientes adultos e idosos com Diabetes Mellitus. O estudo é transversal, composto por diabéticos que frequentam os Programas de Saúde da Família do Município de Sarandi – RS e a coleta de dados acontecerão em um encontro, conforme calendário de atividades dos grupos. Diante disso, acreditamos que estratégias educativas podem promover o conhecimento sobre a doença, sensibilizando os pacientes quanto às atitudes necessárias para a melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Conhecimento. Atitude. Envelhecimento.

2 FINALIDADE

Este projeto tem a finalidade trabalhar com os pacientes cadastrados no programa Hiperdia que apresentam o diagnóstico médico de *Diabetes Mellitus*, averiguando o seu conhecimento e a atitude frente à doença e, com isso, poder desenvolver ações que possam contribuir para melhorar o conhecimento e a atitude destes pacientes, proporcionando a eles melhora no automanejo com a doença e qualidade de vida.

3 PROBLEMÁTICA E QUESTÃO DE PESQUISA

A Diabetes Mellitus é um dos problemas de saúde mais importante a nível mundial, por ser uma doença com alta incidência, elevada morbidade e mortalidade. Estima-se que em 2025 possa existir cerca de 11 milhões de indivíduos diabéticos fator preocupante para a saúde pública. (BRASIL, 2006).

Segundo Rezende et al (2008), as elevadas taxas de internações hospitalares e de amputações devem-se a precária condição de assistência aos portadores de diabetes no Sistema Único de Saúde - SUS, pois muitos não têm informações adequadas ao autocuidado. Além dos custos do tratamento, o ônus social também se constitui em um grave problema de saúde que interfere na qualidade de vida do paciente. Pacientes diabéticos necessitam de mudanças de hábitos e cuidados durante toda a vida, o tratamento exige medicações diárias, exercícios físicos, cuidados com o corpo, alimentação saudável, automonitorização periódica da glicemia, entre outros.

A falta de conhecimento e de uma atitude positiva dos pacientes sobre a doença são fatores preocupantes e que merecem atenção dos profissionais de saúde, com vistas a evitar e/ou minimizar problemas decorrentes das complicações. É preciso que as equipes de saúde pública elaborem e implementem estratégias para conscientizar os pacientes sobre a importância do conhecimento da doença e de aspectos para manter uma vida saudável.

Nesse sentido, tendo em vista a grande importância do conhecimento e da atitude em Diabetes Mellitus da execução de medidas educativas junto aos grupos de pacientes diabéticos, colocando-os como protagonista de seu tratamento para a melhoria

da qualidade de vida, este estudo tem como questão central de pesquisa: Qual é o conhecimento e a atitude de pacientes adultos e idosos frente ao Diabetes Mellitus?

4 JUSTIFICATIVA

Nas últimas décadas o mundo vem sofrendo grandes transformações, relacionadas a todos os âmbitos: social, econômico, estrutural, tecnológico. Obedecendo a esta regra, o ser humano também mudou, ao iniciar pela expectativa de vida que aumentou consideravelmente, a longevidade não é mais privilégio para poucos, sendo uma consequência das melhorias das condições de vida e saúde da população, resultada de boas políticas e incentivos promovidos pelo estado, pela sociedade e, principalmente, pelas transformações e avanços ligados à tecnologia. (AUDINO, 2012).

Além da expectativa elevada de vida, outra transformação da sociedade é o aumento expressivo da população idosa, havendo até mesmo uma mudança na pirâmide etária, principalmente, nos países em desenvolvimento, onde até anos atrás sua base, taxa de natalidade, era muito superior à parte de cima da pirâmide, que corresponde à população mais idosa. Hoje, a base diminuiu já que está ocorrendo uma diminuição na taxa de natalidade, enquanto a parte superior teve um aumento considerável, com isso vieram à tona os problemas mais comuns entre adultos e idosos, que são as doenças crônicas, como afirma Oliveira (2009), as doenças cardiovasculares, as doenças crônicas obstrutivas das vias respiratórias, o câncer e a diabetes são doenças crônicas de alto interesse para a saúde pública e estão aumentando de forma muito rápida no mundo todo.

É fato, que a partir da descoberta da doença faça-se um estudo para a também descoberta da resolução do problema, por isso, o governo nos três âmbitos que lhes compete, e as organizações privadas, trabalham direta e indiretamente, com profissionais ligados a área da saúde para a solução ou a amenização, principalmente das doenças crônicas que mais matam no mundo, como destaca Oliveira (2009). As doenças crônicas causam duas de cada três mortes na população geral e cerca da metade das mortes em indivíduos com idade inferior a 70 anos.

Dentre todas as doenças crônicas, destaca-se a Diabetes Mellitus, que consiste em ser uma síndrome metabólica crônica, de evolução grave, lenta e progressiva. Caracterizada pela diminuição ou pela falta de produção de insulina, ou até mesmo, pela incapacidade dessas em exercer adequadamente seus efeitos metabólicos, levando à hiperglicemia e glicosúria. (ASSUNÇÃO; URSINE apud OLIVEIRA, 2010), sendo esta doença um dos problemas de saúde mais importante a nível mundial, por ser de alta incidência, elevada morbidade e mortalidade. Estima-se que em 2025 possa existir cerca de 11 milhões de indivíduos diabéticos, fator preocupante para a saúde pública. (BRASIL, 2006).

Essa doença pode causar diversos danos a saúde física, mental e psicológica como amputação, cegueira, depressão, esquizofrenia e deficiências físicas permanentes, (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS, 2003), levando a aumentar as taxas de gastos públicos e hospitalizações. Como afirma Rezende et al (2008), as elevadas taxas de internações hospitalares e de amputações devem-se a precária condição de assistência aos portadores de diabetes no Sistema Único de Saúde - SUS, pois muitos não têm informações adequadas ao autocuidado e poucos têm seus pés examinados nas consultas.

Além dos custos do tratamento, o ônus social também se constitui em um grave problema de saúde que interfere na qualidade de vida do paciente. Pacientes diabéticos necessitam de mudanças de hábitos e cuidados durante toda a vida, o tratamento exige medicações diárias, exercícios físicos, cuidados com o corpo, alimentação saudável, automonitorização periódica da glicemia, entre outros.

De acordo com McLellan et al (2006), o Diabetes Mellitus representa um considerável encargo econômico para o indivíduo e para a sociedade, especialmente quando mal controlada, sendo a maior parte dos custos diretos de seu tratamento relacionado às suas complicações, que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevida dos indivíduos e, que muitas vezes, podem ser reduzidas, retardadas ou evitadas. O conhecimento sobre o diabetes, a adesão ao tratamento e a conseqüente redução das complicações podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

Diabetes Mellitus é uma doença com diagnóstico bem definido, porém, seu diagnóstico aborda a terapêutica medicamentosa, envolvendo mudanças nos hábitos de

vida dos portadores de Diabetes Mellitus e, essas mudanças, muitas vezes exige conscientização, força de vontade e atitude, para entender e conviver melhor com a doença.

O conhecimento e a atitude sobre o diabetes são de suma importância, pois os pacientes conseguem manter a adesão ao tratamento e a consequente redução das complicações. É neste contexto, que justifico a importância desta pesquisa para os pacientes com Diabetes Mellitus, podendo após ter um novo olhar sobre a importância nas mudanças de hábitos em Diabetes Mellitus com a construção do saber e de ter atitude para mudar.

5 OBJETIVOS DA PESQUISA

Averiguar o conhecimento e a atitude de pacientes adultos e idosos com Diabetes Mellitus.

Relacionar o conhecimento e a atitude de pacientes com Diabetes Mellitus conforme idade, sexo, escolaridade e procedência e tempo de diagnóstico.

6 REVISÃO DE LITERATURA

6.1 Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus é uma anormalidade endócrino-metabólica que tem como causa básica uma deficiência na secreção de insulina pelas células beta do pâncreas. Isso decorre de um defeito primário destas células ou mais comumente uma associação de resistência à insulina e distúrbio de secreção. Esta deficiência se associa às alterações no metabolismo dos lipídios, carboidratos e proteínas no organismo humano. (INZUCCHI; SHERWIN, 2009).

Esta patologia pode ser classificada em: Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2; Diabetes Mellitus gestacional e outros tipos específicos de Diabetes Mellitus. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

O tipo 1 caracteriza-se pela deficiência de insulina completa e no tipo 2 as células periféricas ficam resistentes à função da insulina porque ela é produzida em

excesso, assim a insulina perde a função e a glicose se acumula no sangue. O Diabetes Mellitus tipo 1 é responsável por 5 a 10% dos casos de diabetes. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011). Em geral, surge de forma abrupta em crianças e adultos jovens não obesos e de vida sadia. É considerada uma doença autoimune quando são identificados anticorpos específicos que levam a destruição das células beta pancreáticas. Quando não identificados tais mecanismos, é considerado idiopático. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

O Diabetes Mellitus tipo 2 é condição clínica geralmente insidiosa e que está associada à obesidade na maioria dos casos (80-85%). É a forma mais comum de diabetes, atingindo aproximadamente 90 a 95% dos casos de diabetes e ocorrem, comumente, após os 40 anos de idade, mantendo uma evolução lenta. Esse tipo de diabetes acomete com maior frequência indivíduos com sobrepeso ou obesidade e com histórico familiar da doença. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

O Diabetes Mellitus tipo 2 está associado à chamada síndrome metabólica, que inclui além de resistência á insulina com hipoglicemia, obesidade centrípeta, hipertensão arterial, dislipidemia, hiperuricemia, estado de hipercoagulabilidade, hiperhomocisteinemia e outros distúrbios metabólicos que levam à disfunção endotelial e progressão da arteriosclerose. (VALENSI et al, 2001). A prevalência do DM2 nos idosos é de aproximadamente 17,4%.

6.2 Aspectos epidemiológicos relacionados ao Diabetes Mellitus

As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis pelas principais causas de morte e incapacidade no mundo e representam grande desafio para o setor saúde, no que se refere ao seu desenvolvimento global. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE OPAS, 2007).

A Organização Mundial de saúde, na atualidade, ampliou o conceito de doença crônica para a condição crônica da saúde, incluindo as doenças transmissíveis – o vírus de imunodeficiência humana/síndrome de imunodeficiência adquirida – HIV/AIDS, e a tuberculose, as doenças não transmissíveis – doenças cardiovasculares, câncer, Diabetes Mellitus, as incapacitantes estruturais-amputação cegueira, a depressão, esquizofrenia e deficiências físicas permanentes. Portanto, engloba tanto as doenças transmissíveis

como as doenças não transmissíveis. Nessa categoria, estão incluídos os problemas de saúde que doenças não transmissíveis. Também nessa categoria estão incluídos os problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, OMS, 2003).

As condições crônicas respondem por cerca de 60% do ônus decorrente de doenças no mundo e, estima-se que em 2020, as cifras chegarão a 80% nos países em desenvolvimento. Dentre as condições crônicas de saúde as doenças cardiovasculares respondem por uma em cada três mortes registradas por esse grupo de doenças. (OMS, 2003).

Dentre as condições crônicas em foco ultimamente, há o Diabetes Mellitus, cujo aumento da incidência em países em desenvolvimento é particularmente preocupante. Essa condição crônica é o fator de risco para as cardiopatias e doenças cerebrovasculares e, geralmente, está associada à hipertensão arterial - outro importante fator de risco para o Diabetes Mellitus. Em 1995, havia 135 milhões de pessoas com Diabetes Mellitus no mundo, e as projeções indicam que esse número irá atingir 333 milhões no ano 2025, dos quais a maioria afetada encontra-se nos países em desenvolvimento. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

Nas Américas, o número estimado de indivíduos com Diabetes Mellitus foi de 35 milhões para o ano 2000, com projeção de 64 milhões em 2025. Nos países desenvolvidos, o aumento ocorrerá, principalmente, nas faixas etárias mais avançadas, decorrentes do aumento da esperança de vida e do crescimento populacional, o aumento deverá ser observado em todas as faixas etárias, especialmente, no grupo de 45 a 64 anos, quando a prevalência deverá triplicar. Para a faixa etária de 20 a 44 anos e 65 anos ou mais deverá duplicar. (OLIVEIRA, 2009).

Na América Latina, a estimativa de pessoas com Diabetes Mellitus para o ano 2000 foi de 13,3 milhões e projeção de 32,9 milhões para o ano 2030, ou seja, o número de casos aumentará mais do que o dobro, como consequência do envelhecimento da população e do processo de urbanização. Ao considerar o aumento na prevalência de obesidade em vários países do mundo e sua importância como fator de risco para o Diabetes Mellitus, esperava-se projeção maior para o ano de 2030. No entanto, indicam que, a prevalência atual de obesidade será mantida até 2030, mas a epidemia de Diabetes Mellitus continuará em franca expansão. (WIELD et al, 2004).

As projeções para 2030, no Brasil, são de que possa existir cerca de 11,3 milhões de pessoas com Diabetes Mellitus, o que aos atuais 5 milhões de pessoas representa aumento maior que 100% em relação diabética. (BEAGLEHOLE, 2004). O Brasil é classificado rãs, como 8º país do mundo em número de pessoas com Diabetes Mellitus. (INTERNACIONAL DIABETES FERATION, 2006).

O estudo multicêntrico de prevalência do Diabetes Mellitus, no Brasil, realizou uma pesquisa em nove capitais brasileiras, no período de 1986 a 1988, na população urbana de 30 a 69 anos de idade, mostrou que a prevalência foi de 7,6%. Acredita-se que o aumento na expectativa de vida da população tenha contribuído para alta prevalência do Diabetes Mellitus encontrada no país. (MALERBI; FRANCO, 1992).

No Brasil, as cidades das regiões Sul e Sudeste, consideradas de maior desenvolvimento econômico, apresentam maior prevalência de Diabetes Mellitus e de tolerância à glicose diminuída. Os principais fatores associados à maior prevalência foram à obesidade, o envelhecimento populacional e a história familiar. (MALERBI; FRANCO, 1992).

Em relação ao número de óbitos e internações hospitalares, no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis, em 2003, responderam por mais de 400 mil óbitos, com alto índice de internações e conseqüentemente, altos custos ao sistema de saúde pública. Quanto índice internações aos custos foram gastos 11 bilhões por ano em consultas internações hospitalares e procedimentos cirúrgicos, incluindo os transplantes. (OPAS, 2007).

Esses indicadores vêm crescendo em decorrência de vários fatores tais como o processo de modernização, maior taxa de urbanização e industrialização, mudanças nos hábitos do estilo de vida, aumento da ingestão de gordura saturada e colesterol, sedentarismo, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, intolerância à glicose, resistência à insulina – história familiar de doença cardiovascular prematura – obesidade, alcoolismo e estresse. (OMS, 2003).

O aumento da prevalência do Diabetes Mellitus, aliado à complexidade do tratamento como restrições dietéticas, uso de medicamentos e complicações crônicas associadas – retinopatia, neuropatia, neuropatia, cardiopatia, pé neuropático, entre outras, reforçam a necessidade de atenção em Diabetes Mellitus nas instituições de saúde. Nessa direção, fornecer ferramentas para aumentar o conhecimento e a prontidão

para a adoção de dieta balanceada e da prática de atividade física que, entre outras, é essencial para que o controle e o tratamento tenham êxito. (RODRIGUES, 2011).

Dessa forma, o Diabetes Mellitus é importante e crescente problema de saúde pública mundial, independentemente do grau de desenvolvimento do país, tanto em termos de número de pessoas afetadas, incapacitações, mortalidade prematura, quanto aos custos envolvidos no controle e tratamento de suas complicações. (ROMERO; BARCELÓ; MACHADO, 2001).

6.3 A saúde pública e a atenção em Diabetes Mellitus no Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis nº 8.080/90 e 8.142/90, garantindo aos brasileiros o acesso igualitário aos serviços de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) é definido como sistema nacional de saúde que tem entre suas funções a prestação de um conjunto de ações desenvolvidas em serviço de saúde e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, das funções mantidas pelo poder público e completamente serviços privados. As diretrizes políticas de reordenamento dos serviços e ações em saúde foram estabelecidas primeiramente pela Constituição de 1988 e, posteriormente, regulamentadas pelas Leis Orgânicas de Saúde e Normas Básicas Operacionais. (BRASIL, 2001).

Em todo território nacional, o SUS segue os mesmos princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade e organizativos: regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado. (BRASIL, 2001).

Os princípios doutrinários representam a base política e filosófica do sistema, sendo que a universalidade diz respeito ao direito de atendimento no serviço de saúde pública a toda pessoa, independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego e renda. A equidade é um princípio que visa garantir que todo cidadão é igual perante o SUS e o princípio da integralidade prevê que as ações de saúde devem ser planejadas e combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e cura, mediante a atenção para a promoção da saúde. (BRASIL, 2001).

O Sistema Único de Saúde, em 2002, investiu em gastos ambulatoriais e hospitalares cerca de 11 bilhões de reais relacionados a condições crônicas. (MENDES, 2006). Ao considerar que 27% da população brasileira são adultos com 40 anos ou mais, e que o Diabetes Mellitus (tipo 2) é mais freqüente após esta idade, pode-se estimar que o número de pessoas com Diabetes Mellitus na população é alto. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

Na tentativa de equacionar o atendimento a pacientes diabéticos, em 1985, a Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas do Ministério da Saúde, no Brasil, compôs um grupo de trabalho que propôs o Plano Nacional de Prevenção e Controle de Diabetes Mellitus, preconizando o atendimento do diabético em diferentes níveis de complexidade, com enfoque ao atendimento primário. (BRASIL, 1986).

Várias dificuldades, no entanto, foram apontadas pelo Ministério da Saúde para a implantação do Programa de atendimento aos usuários de Diabetes Mellitus. A assistência encontrava-se concentrada nos níveis secundários e terciário, falta de Centro de Educação Continuada para treinamento da equipe multiprofissional, dificuldade para obtenção de medicamentos e escassez de pessoal qualificado para prestar assistência à pessoa com Diabetes Mellitus. (BRASIL, 1993).

Segundo o Ministério da Saúde (2002), essa situação levou o Brasil a fazer parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Sociedade Brasileira de Cardiologia, de Hipertensão, de Diabetes e Nefrologia, elaborando o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus, em maio de 2001, por meio de sua Secretaria de Políticas Públicas.

Esse Plano teve como objetivo traçar objetivos para direcionar o tratamento do Diabetes Mellitus e hipertensão arterial, reduzir o número de internações, a procura pelo pronto atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, aposentadoria precoce, mortalidade por problemas cardiovasculares, tendo como conseqüência a melhoria na qualidade do atendimento da população. (BRASIL, 2006).

O Plano, implantado de 2001 a 2003, constitui estratégia que visa aumentar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, o controle de hipertensão arterial e do Diabetes Mellitus, por meio da reorganização da Rede Básica dos Serviços de Saúde, melhorando a qualidade no atendimento.

Esse Plano foi dividido para sua implantação em cinco etapas: capacitação de multiplicadores, para atualização de profissionais da Rede Básica na Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; campanha de informação e de identificação dos casos suspeitos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, e promoção de hábitos saudáveis de vida; confirmação diagnóstica e início da terapêutica e vinculação dos usuários com hipertensão arterial e Diabetes Mellitus às unidades básicas de saúde e a avaliação do impacto do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

O Ministério da Saúde também criou estratégia para incremento da atividade física tal como o Programa Agita Brasil. Esse programa foi implementado mediante a realização de oficinas de capacitação dos profissionais de saúde na maioria dos Estados brasileiros, visando criar o Programa Agita em todo o Brasil, com início em abril de 2002. (BRASIL, 2002).

Dentro do Plano Agita Brasil foi criado o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, por meio do Ministério da Saúde. O Programa Nacional de Assistência Farmacêutica garante aos usuários cadastrados com diagnóstico de Diabetes Mellitus e hipertensão arterial os seguintes medicamentos: glibenclamida 5mg; metformina 850mg; insulina NPH e regular; hidroclorotiazida 25m; propranolol 40 mg e captopril 25mg. (BRASIL, 2002).

Foi implantado, também, o Sistema de Informação de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – SISHIPERDIA. Esse sistema refere-se ao cadastro nacional de diabéticos e hipertensos e possibilita aos gestores federais, estaduais e municipais planejar recursos visando a melhoria no atendimento da qualidade do tratamento dessa clientela. (BRASIL, 2002).

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, portanto, foi implantado para contemplar vários aspectos relacionados à problemática que envolve o atendimento dos usuários com Diabetes Mellitus e hipertensão arterial nas unidades básicas de saúde, visando a transformação do cenário atual de atendimento dessa clientela.

Sendo assim, o Ministério da Saúde, em parceria com as secretárias estaduais e municipais de saúde e as sociedades científicas, iniciou a capacitação dos profissionais da rede básica de saúde como enfermeiros, médicos, entre outros profissionais da saúde,

para o diagnóstico, prevenção e tratamento de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. Nessa etapa, ainda foi proposto o desenvolvimento de estratégia de ação dirigida aos serviços de saúde da rede básica dos grandes centros urbanos, por meio de proposta de educação permanente aos profissionais de saúde. (BRASIL, 2004).

E para melhorar a atenção primária em saúde foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) agora chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), que teve início em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, como uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária que resolvesse a maior parte (cerca de 90%) dos problemas de saúde. (RONCOLLETA, 2003; DA ROS, 2006).

A Equipe de Saúde da Família tem como responsabilidade atuar na educação em saúde, orientando a população através do Agente Comunitário de Saúde equipe multidisciplinar, com vistas para melhorar a qualidade de vida e conhecimento de seus usuários através da informação.

6.4 Envelhecimento e Diabetes Mellitus

O envelhecimento é um processo único, natural e progressivo que inicia desde o momento em que o ser humano é gerado, sendo que cada indivíduo vivencia de uma forma diferente do outro.

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, tanto nos países desenvolvidos como nos países subdesenvolvidos. O caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2006) contribui mencionando que o envelhecimento populacional acontece devido à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida.

Sabe-se que o envelhecimento não é homogêneo e sofre influências dos processos de discriminação e exclusão, associados ao gênero, à etnia, ao racismo e as condições socioeconômicas. O grande desafio dos estudos de envelhecimento está em fazer com que o idoso apesar de suas progressivas limitações, possa redescobrir possibilidades de viver a sua vida com a máxima qualidade possível. (SANTIN et al, 2005).

O Brasil possui cerca de 21 milhões de idosos (IBGE, 2009), segundo que em 2025 será o sexto país do mundo em número de idosos, cerca de 30 milhões, o que corresponderá a 15 % da população total. Em 2050, a previsão é de que existirão 38 milhões de brasileiros com 65 anos ou mais, representando 18% da população total. (SILVA, 2005).

O envelhecimento da população repercute nas estruturas sociais, econômicas, políticas e culturais da sociedade. O processo de envelhecer demonstra a necessidade de mudanças nas políticas públicas voltadas para este segmento populacional, garantindo uma melhor infraestrutura na saúde e no bem-estar dos idosos brasileiros, contemplando os aspectos psicossociais, as relações de trabalho, o estudo e o convívio familiar. (IBGE, 2009).

A senescência, geralmente, não provoca nenhum problema, porém o convívio com as doenças crônicas pode afetar a funcionalidade das pessoas idosas e a qualidade de vida dos idosos e o envelhecimento é um processo natural. (PAPALÉO NETTO, 2002).

O Diabetes Mellitus interfere em todas as dimensões da vida da pessoa, desde a rotina mais trivial até o desejo de continuar a viver de modo saudável. Essa condição crônica impõe à pessoa mudanças de hábitos de vida, como o cumprimento com a terapêutica medicamentosa, plano alimentar e atividade física, requerendo capacidade de enfrentamento para os ajustes necessários para a manutenção de bom controle metabólico. O compromisso de seguir ou o desejo de interromper o tratamento, traduzido em atitude positiva ou negativa frente à doença, está sempre presente no cotidiano da pessoa com diabetes. (TORRES-LÓPEZ; SANDOVAL-DÍAZ; PANDO-MORENO, 2005).

Pessoas idosas e com Diabetes Mellitus apresentam taxas maiores de incapacidade funcional, co-morbidades e morte prematura, apresentando maior chance de desenvolverem as chamadas síndromes geriátricas. (LOURENÇO, 2004).

O Diabetes Mellitus é a forma mais comum de alta prevalência nos idosos, apresentando graus variáveis de deficiência e resistência à ação da insulina. A resistência pode proceder ao aparecimento da deficiência insulínica que se acentua com a evolução da doença. Os pacientes afetados apresentam tipicamente hiperglicemia sem tendência habitual à cetoacidose que, entretanto, algumas vezes ocorre devido à

presença de infecções ou de outras morbidades que contribuem para o aumento de resistência insulínica, exacerbando de hormônios antirregulatórios. O Diabetes Mellitus é uma das doenças mais comuns que afetam as pessoas idosas, estando associada ao aumento de prevalência de problemas micro e macros vasculares nessa população. Representa no idoso um grande desafio para a saúde pública, envolvendo a capacidade de toda uma equipe multidisciplinar para atender a todas as necessidades de um tratamento ideal. (FREITAS, 2006).

Filho e Netto (2006) afirmam que a elevação dos níveis de glicemia e o aumento da intolerância aos hidratos de carbono são observados em mais de 30% dos indivíduos idosos de ambos os sexos. O nível plasmático de glicose de jejum aumenta aproximadamente 2 mg/dl por década após os 40 anos, enquanto a glicemia plasmática, duas horas após sobrecarga de glicose por via oral, aumenta de 8 mg/dl a 20 mg/dl por década. As causas para essas alterações são multifatoriais e estão relacionadas à síntese, secreção, dinâmica e sensibilidade periférica à insulina.

A apresentação clínica do idoso diabético é, em geral, mais discreta que a do jovem, no qual a polifagia, poliúria e polipsia são mais evidentes. Devido a esse fato, o idoso diabético desconhece ser portador da doença, sendo diagnóstico frequentemente realizado através de exames quase rotineiramente requisitados em indivíduos dessa etária. Acredita-se que, em consequência da escassez e da pouca intensidade dos sintomas clínicos, o diagnóstico poderá deixar de ser feito ou é feito tardiamente. Por este motivo não é raro, que o diabetes seja detectado somente quando a sintomatologia clínica caracteriza quadro agudo e grave, como acontece nos casos de coma hiperosmolar, de quadro focal neurológico e, raramente, de cetoacidose diabética. O diabetes, às vezes, é somente diagnosticado quando do surgimento de uma ou mais complicações da doença. Assim, esses pacientes passam a ter conhecimento do fato de serem diabéticos quando sobrevêm distúrbios visuais (como catarata, glaucoma, retinopatia), neuropatia (mononeuropatias, paralisia ocular, bexiga neurogênica etc.), nefropatia e vasculopatia periférica. (FILHO; NETTO, 2006).

Freitas (2006) argumenta que as evidências apontam o diagnóstico do Diabetes Mellitus deve ser feito precocemente. Níveis elevados de glicemia em jejum, principalmente pós-prandial, estão relacionados ao aumento de riscos para doenças cardiovasculares. A avaliação na população geral não tem sido preconizada para os

idosos, exceto em pacientes de alto risco, com história familiar de Diabetes Mellitus, obesidade, hipertensão arterial ou hiperlipidemia. Com base nas histórias familiares e clínica a glicemia em jejum deve ser realizada a cada três anos, enquanto naqueles com fatores de risco adicionais, os testes devem ser feitos a cada ano ou até mais frequentemente. A investigação adequada para Diabetes Mellitus proporciona meios para identificar os indivíduos não diagnosticados que podem ser beneficiados pela intervenção precoce. O diagnóstico clínico no idoso pode ser dificultado pela sua clínica peculiar, em que sintomas clássicos do Diabetes Mellitus, como poliúria e polidipsia, podem estar ausentes.

6.5 Diabetes Mellitus: o conhecimento e a atitude dos pacientes e a necessidade do processo de educar

A educação para o autocuidado é aspecto fundamental do tratamento à pessoa com Diabetes Mellitus e sua importância é reconhecida em diversos estudos realizados em comunidades com diferentes características socioeconômicas e culturais. (RODRIGUES, 2011).

O Diabetes Mellitus interfere em todas as dimensões da vida da pessoa, desde a rotina mais trivial até o desejo de continuar a viver de modo saudável. Essa condição crônica impõe à pessoa mudanças de hábitos de vida, como o cumprimento com a terapêutica medicamentosa, plano alimentar e atividade física, requerendo capacidade de enfrentamento para os ajustes necessários para a manutenção de bom controle metabólico. O compromisso de seguir ou o desejo de interromper o tratamento, traduzido em atitude positiva ou negativa frente à doença, está sempre presente no cotidiano da pessoa com diabetes. (TORRES-LÓPEZ; SANDOVAL-DÍAZ; PANDO-MORENO, 2005).

Ao considerar a complexidade do tratamento do Diabetes Mellitus e as morbidades associadas, os gestores e profissionais de saúde têm procurado estabelecer educações estruturadas e programas de intervenção para que o usuário com Diabetes Mellitus alcance e mantenha a qualidade de vida. A educação em Diabetes Mellitus tem se constituído na base para o manejo e o controle da doença. (OLIVEIRA, 2009).

A necessidade de desenvolver atividades de ensino e práticas educativas de saúde, direcionadas à pessoa com Diabetes Mellitus e sua família, centradas na disponibilização do conhecimento de uma atitude frente à doença, está relacionada à prevenção e complicações por meio do automanejo da doença, o que possibilita à pessoa conviver melhor com a sua condição. (FUNNELL et al, 2008).

A educação para o automanejo do Diabetes Mellitus é o processo de ensinar o usuário a administrar a sua doença. As metas da educação em Diabetes Mellitus consistem em melhorar o controle metabólico, prevenir as complicações agudas e crônicas, e melhorar a qualidade de vida com custos razoáveis. No entanto, há déficit significativo de conhecimento e de habilidade em 50 a 80% dos indivíduos com Diabetes Mellitus. (CLEMENT, 1995).

Durante o processo educativo, o usuário deve, em conjunto com a equipe multiprofissional de saúde, buscar estratégias efetivas que o auxiliem a manejar o Diabetes Mellitus, estes são os mais importantes investimentos em longo prazo que a sociedade pode oferecer, já que os custos da saúde dos indivíduos diabéticos, desencadeados pelas complicações da doença, são enormes. Acresça-se que o aumento da morbimortalidade nesse grupo populacional impõe investimentos em programas de educação em Diabetes Mellitus e a capacitação de profissionais de saúde, para o entendimento adequado à demanda atual, o que constitui um dos desafios atuais em todos os níveis de atenção à saúde. (TORRES, 2004).

É mediante o processo educativo que se dá a construção de novos conhecimentos, que podem levar o usuário à atitude de comportamentos preventivos ou de promoção à saúde com ampliação das possibilidades de manejo da doença, reabilitação e tomada de decisões que favoreçam a sua qualidade de vida. Trata-se de processo intrínseco, espontâneo, que extrapola o condicionamento das pessoas, pois visa a sequência de mudanças para hábitos saudáveis. (FUNNELL et al, 2008).

Os programas de saúde, de modo geral, são oferecidos com o objetivo de reduzir o número de doenças, de suas complicações, evitando mortes prematuras. Eles contêm intervenções educativas que visam oferecer informações e habilidades ao indivíduo, no caso com Diabetes Mellitus, para alcançar um bom controle metabólico a partir da compreensão da doença e do manejo do tratamento. As informações oferecidas durante as intervenções educativas favorecem a busca para a mudança de

comportamento e o que, conseqüentemente, fará diferença no tratamento da doença. (FRANZ et al, 2003).

A educação em saúde é ferramenta importante para a redução de custos para os serviços de saúde, na medida em que previne e/ou retarda as complicações advindas da doença. A educação em saúde para paciente diabético é fator relevante para controle ideal da doença, eficaz na prevenção de quadros agudos, com redução do número de internações e melhora da qualidade de vida. (MAIA; ARAÚJO, 2002).

A equipe multiprofissional, durante a atividade grupal com pessoas diabéticas, deve fornecer informações referentes à sua área de domínio, atentando para a interdependência entre as especialidades, e contribuir para favorecer a interação entre os membros do grupo, bem como reforçar os conteúdos básicos para a compreensão do manejo da doença. (TORRES et al, 2009).

A correlação significativa entre atitude e conhecimento da pessoa com Diabetes Mellitus evidencia que o aumento do conhecimento está associado a uma predisposição da pessoa a assumir o autocuidado. (RODRIGUES, 2011). Em particular, no manejo do Diabetes Mellitus, essa predisposição, traduzida em atitude positiva, propicia a redução do estresse associado à doença, maior receptividade ao tratamento, confiança na equipe multiprofissional, melhora da autoestima, senso de autoeficácia, percepção mais positiva acerca da saúde e aceitação social. (OLIVEIRA, 2009).

Embora o conhecimento seja um pré-requisito para o autocuidado, este pode não ser o único e principal fator envolvido no processo educativo. O conhecimento combinado com a tomada de decisão do próprio e seus valores, somado a percepção de barreiras para o autocuidado, à motivação e as metas podem levar a atitudes positivas frente ao tratamento. (HEISLER et al,2005).

Segundo Pedrosa (2003), faz-se necessário repensar a Educação em Saúde sob a perspectiva da participação social, compreender que as verdadeiras práticas educativas só têm lugar entre as sujeitos sociais e considerar a Educação em Saúde uma estratégia para a constituição de sujeitos ativos, que se movimentam em direção a um projeto de vida libertador.

Assim, afirma-se que a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, em que aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações deste trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como

referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturadas a partir do processo de problematização. (BRASIL, 2005).

7 METODOLOGIA

7.1. Delineamento geral do estudo

Estudo transversal

7.2 População de estudo

Conforme Marconi e Lakatos (2006) a pesquisa deve ter um limite para a investigação, nem sempre há possibilidades de pesquisar todos os indivíduos do grupo ou da comunidade, nesse caso o pesquisador pode decidir ou pelo estudo de todo o universo da pesquisa ou apenas sobre uma amostra.

Serão convidados a participar da pesquisa todos os pacientes com diagnóstico médico de diabetes, que frequentam no Grupo de Diabéticos das unidades de saúde da cidade de Sarandi. Este trabalho será adicional ao tratamento destes pacientes, não prejudicando na rotina de atividades do programa do grupo.

7.3 Critérios de inclusão

Portadores de Diabetes Mellitus (DM) do grupo do Hiperdia cadastrados e acompanhados nas unidades de estudo, cuja capacidade de raciocínio e juízo se apresente conservada.

7.4 Critérios de exclusão

Pacientes do Grupo do Hiperdia que apresentaram somente hipertensão arterial.

7.5 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados iniciará após aprovação do CEP da UPF. Participarão da pesquisa todos os pacientes que fazem parte do grupo de diabéticos e que concordaram com as informações elucidadas previamente pela pesquisadora, estes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Anexo A).

A etapa da coleta de dados será realizada pela pesquisadora e por uma equipe de quatro (4) Enfermeiros e onze (11) Agentes Comunitários de Saúde nos meses de agosto e setembro de 2012. Os encontros para a aplicação dos instrumentos seguirão o calendário de atividades dos grupos Hiperdia da secretaria da saúde local.

A técnica da entrevista seguiu um roteiro padronizado/estruturado, considerando que as técnicas de coletas de dados devem ter uma aplicação adequada, pois do contrário pode comprometer a eficácia dos resultados.

Sendo assim, no mês de julho será realizado um treinamento com os enfermeiros e agentes comunitários de saúde para a abstração das informações necessárias da pesquisa, se constituirá apenas de um encontro com esta equipe e no momento será explicado detalhadamente sobre a forma de aplicação de cada instrumento.

7.6 Instrumento e análise

Para Marconi e Lakatos (2006) analisar os dados é tentar evidenciar as relações existentes entre o fenômeno estudado e outros fenômenos, e interpretação é a atividade intelectual que procura dar um significado mais amplo as respostas, vinculando-as a outros conhecimentos.

Os seguintes instrumentos foram utilizados na pesquisa: Questionário sóciodemográfico contendo dados de identificação como nome, idade, sexo, escolaridade, renda familiar, procedência e tempo de diagnóstico. (Ver apêndice).

Questionário de Conhecimento sobre o Diabetes – DKN-A. Esse questionário é autoaplicado com 15 itens de resposta de múltipla escolha acerca dos aspectos relacionados ao conhecimento geral do DM.

Este questionário apresenta cinco amplas categorias: a) fisiologia básica, incluindo a ação da insulina, b) hipoglicemia, c) grupos de alimentos e suas substituições, d) gerenciamento do 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 a resposta correta e zero (0) para a resposta 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, 2004). Anexo.

Questionário de Atitudes Psicológicas do Diabetes ATT-19. É um questionário autoaplicável que contém 19 itens que descrevem as respostas emocionais da doença, sobre a medida de ajustamento psicológico para o Diabetes Mellitus, desenvolvido como resposta às necessidades de avaliação de aspectos psicológicos e emocionais acerca da doença. Consiste em 19 itens que incluem seis fatores: a) estresse associado ao DM; b) receptividade ao tratamento; c) confiança no tratamento; d) eficácia pessoal; e) percepção sobre a saúde; d) aceitação social. As questões 11,15 e 18 começam com escore reverso. A principal aplicação da escala foi associada à avaliação da intervenção educacional. Cada resposta é medida pela escala de Likert de cinco pontos (discordo totalmente – escore 1; até concordo totalmente – escore 5). O total da taxa-escore varia entre 19 a 95 pontos. Um alto escore indica a atitude positiva sobre a doença. (TORRES, 2004).

7.7 Tratamento estatístico

Para a estruturação do banco de dados utilizar-se-á os aplicativos Excel 2007 e Epi Info™ 3.5.1 e para as análises o programa estatístico R 2.10.0 for Windows. Para analisar os efeitos serão utilizados os seguintes testes: a) para a comparação de uma variável quantitativa com outra categórica gerada a partir de dois grupos independentes será utilizado o teste t de Student ou o teste não-paramétrico de Mann-Whitney, caso a condição de normalidade não seja contemplada; b) para a comparação de mais de dois grupos independentes será utilizado ANOVA, caso as condições de normalidade em cada grupo e de homogeneidade das variâncias sejam contempladas, ou o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis (para as comparações múltiplas serão utilizados os testes

Tukey ou de Bonferroni); c) para a comparação de uma variável quantitativa com outra categórica determinada a partir de grupos dependentes será utilizado o teste t de Student para amostras pareadas, caso a condição de normalidade em cada grupo seja contemplada, ou o teste não-paramétrico de Wilcoxon se essa condição não for contemplada; d) para a comparação de mais de dois grupos pareados será utilizada ANOVA, caso as condições de normalidade em cada grupo e homogeneidade das variâncias sejam contempladas, ou o teste não-paramétrico de Friedman se essas condições não forem contempladas; e) para a comparação de duas variáveis categorias serão utilizados os testes de qui-quadrado ou o exato de Fischer; f) para a comparação de dois grupos dependentes de variáveis dicotômicas será utilizado o teste de McNemar; g) para a comparação de duas variáveis quantitativas será utilizado o coeficiente de correlação de Pearson ou o de Spearman. A avaliação da condição de normalidade será realizada por meio dos testes de Kolmogorov-Smirnova e Shapiro-Wilk. O nível de significância utilizado nos testes para rejeitar H₀, quando a hipótese nula for verdadeira, será de 0,05.

7.5 Considerações éticas

Para a execução desse projeto serão respeitadas as diretrizes da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das normas regulamentadoras e dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos.

O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo para análise, garantindo aos participantes a minimização de potenciais de riscos, que somente se justificam se os benefícios e/ou a importância dos conhecimentos advindos dos resultados forem relevantes.

Após a aprovação do projeto de pesquisa será dado início à coleta de dados, onde será lido e esclarecido aos pacientes elegíveis o termo de consentimento para a participação no estudo (Anexo.). No termo constará a finalidade da pesquisa e os procedimentos para a avaliação e a importância da colaboração, assim como a não obrigatoriedade da participação das mesmas, ficando estabelecido que os procedimentos de avaliação a serem propostos não serão realizados, contrário à vontade dos pacientes, sendo sua decisão sempre soberana. O documento também explicará a concordância

quanto à divulgação dos dados, assegurando o sigilo em relação à fonte das informações.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será redigido de forma clara e linguagem acessível, contendo as informações relevantes necessárias para uma decisão consciente e inequívoca quanto à concordância na participação ou não no projeto de pesquisa. Orientando ainda, sobre a existência ou não de riscos para a realização dos procedimentos.

Cabe ressaltar que todos os pacientes, após elucidação do termo pela pesquisadora, assinarão o mesmo em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com a pesquisadora.

8 CRONOGRAMA

Cronograma do Projeto de Pesquisa	Ano -2012					
	ar.	M br.	A br.	M ai.	J un.	J ul.
Definição do Tema		X	X	X		
Levantamento Bibliográfico		X	X	X	X	
Revisão de Literatura		X	X	X	X	X
Elaboração do Projeto		X	X	X	X	
Comitê de Ética					X	
Qualificação do Projeto						X

Cronograma da Pesquisa e Dissertação	Ano – 2012					
	go.	A et.	S et.	O ut.	N ov.	D ez.
Elaboração da Pesquisa		X	X	X		
Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido		X				
Aplicação da Pesquisa e Levantamento dos Dados		X	X	X		
Interpretação e Análise dos Dados				X	X	
Revisão de Literatura		X	X	X	X	
Redação da Dissertação			X	X	X	
Revisão e Correção					X	
Entrega Definitiva						X

Defesa Perante a Banca					X
------------------------	--	--	--	--	---

9 ORÇAMENTO

Especificação	Quantida	Total (R\$)
Material Permanente		
- Computador	01	2.500,00
- Impressora	01	200,00
Total (MP)		2.700,00
Material de Consumo		
- Pen-drive	01	60,00
- CD-ROM	5	15,00
- Papel A4	08	80,00
- Tinta de impressora	02	40,00
- Caneta	05	10,00
Total (Mc)		205,00
Serviços		
- Foto cópias	300	30,00
- Artigos solicitados		300,00
Total (S)		330,00
TOTAL GERAL		5370,70

Declaro para os devidos fins que os custos deste projeto de pesquisa serão somente da pesquisadora.

10 REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). **Diagnoses and classification of Diabetes Mellitus.**Diabetes Care, v. 34, suppl. 1, 2011.

AUDINO, Maira Cristina Fistarol; **Formação sobre envelhecimento humano e percepção das tecnologias de informação e comunicação como uma forma de reabilitação do sujeito idoso.** 2012. 81 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo.

ASSUNÇÃO, Maria Cecília Formoso; SANTOS, Iná da Silva dos; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Avaliação do processo de atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 205-211, jan./fev. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>>. Acesso em: 05 set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: MS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan- Americana de Saúde. **Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao *Diabetes Mellitus***. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao *Diabetes Mellitus***: manual de a hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 56.

_____. Ministério Saúde **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 16).

_____. Ministério Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, n. 16.

BRASIL, Flávia Priscila da Silva. **Efeitos da apresentação de material educativo para pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 sobre o conhecimento da enfermidade e a adesão ao tratamento**. Dissertação de mestrado. Brasília: Universidade de Brasília. 2009.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 15-38, 2003.

FILHO, Eurico Tomaz de Carvalho; NETTO Matheus Papaléo. **Geriatrics**. 2. ed., São Paulo: Atheneu, 2006.

FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia; CANÇADO, Flávio Aluízio Xavier.; DOEL, Johannes.; GORZONI, Milton Luiz. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2006.

FUNNELL MM; BROWN TL; CHILDS BP; HAAS LB; HOSEY GM; JENSEN B, et al. National standards for diabetes self-management education. **Diabetes Care**, 2008.

LORENÇO RA. Diabetes no idoso. In: Oliveira JEP, Milech A. **Diabetes Mellitus**: clínico diagnóstico, tratamento interdisciplinar. São Paulo: Atheneu, p. 339-344, 2004.

IBGE – ISNTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores sociodemográficos prospectivos para o Brasil 1991-2030. Rio de Janeiro, 2006.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes Atlas**. 3. ed. Brussel, 2006. Disponível em: <http://www.eatlas.idf.org/webdata/docs/background_openingpc.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2009.

INZUCCHI, Silvio E.; SHERWIN, Roberto S. **Diabetes Mellitus Tipo 2**. In: Cecil Medicina. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MCLELLAN, Kátia Cristina Potero et al. **Diabetes Mellitus do tipo 2**, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 5, p. 515-524, 2007.

OLIVEIRA, Juliana Pereira; **Portador de Diabetes Mellitus Tipo 2: mudança de hábitos para a adesão ao tratamento**. 2010. 65 p. Monografia (Graduação), Curso de Bacharel em Enfermagem, Faculdade de Tecsoma, Paracatu, 2010.

OLIVEIRA, Kelli Cristina Silva de; **Conhecimento e atitude de usuários com Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 2009. 139 p. Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

PEDROSA, H. C.; MACEDO, G. C.; RIBEIRO, J. Pé diabético. In: LYRA, R.;CAVALCANTI, N. **Diabetes Mellitus**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

REZENDE, Karla; et al. **Internações por Pé Diabético**: Comparação entre o Custo Direto Estimado e o Desembolso do SUS. Arq Bras Endocrinol Metab 52/3, 2008.

RODRIGUES, Flávia Fernanda Luchetti. **Conhecimento e atitudes de usuários com Diabetes Mellitus em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto**, SP, 2011.

ROMERO, RB.; BARCELÓ, A.; MACHADO, A. A. Campanha nacional de detecção de casos suspeitos de Diabetes Mellitus no Brasil: relatório preliminar. **Revista Panamerica de Salud Pública**, Washington, v. 10, n. 5, p. 318-327, 2001.

RONCOLLETA, A. F. T. et al. **Princípios da medicina de família**. São Paulo: Sombramfa, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso brasileiro de tratamento e a acompanhamento do diabete mellitus. Rio de Janeiro: Diagrafic, 2007.

TORRES, H C; HORTALE, V.A & SCHALL, V. (2003). A Experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**, 19 (4), p. 1039-1047, 2005.

TORRES, Heloisa de Carvalho; SOUZA, Edinilsa Ramos; LIMA, Maria Helena Melo e BODSTEIN, Regina Celi. **Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com Diabetes Mellitus**. Acta Paul Enferm, 24 (4), p. 514-519, 2011.

ANEXOS

Anexo A



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

(versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa: Conhecimento e atitudes de pacientes adultos e idosos com <i>Diabetes Mellitus</i>		
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) Enfermagem	3. Código: 4.04	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4)
5. Área(s) Temática(s) Especial(s) (Ver fluxograma no verso)	6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () IV () III ()
8. Unitermos: <i>Diabetes Mellitus</i> , atitude, conhecimento e envelhecimento		

SUJEITOS DA PESQUISA

9. Número de sujeitos No Centro : 110 Total: 110	10. Grupos Especiais : <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica (X)
--	---

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

11. Nome: Fernanda Signor

12. Identidade: 4057106033	13. CPF.: 96362057015	19. Endereço (Rua, n.º): Rua Paulo Daloglio	1067	Apto 201
-------------------------------	-----------------------	---	------	----------

14. Nacionalidade: Brasileira	15. Profissão: Enfermeira	20. CEP: 99560000	21. Cidade: Sarandi	22. U.F. RS
16. Maior Titulação: Pós Graduação	17. Cargo: Enfermeira	23. Fone: 54 91772311	24. Fax	
18. Instituição a que pertence: Secretaria Municipal da Saúde			25. Email: fernanda_signor@yahoo.com.br	

Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me utilizaros materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.

Data: ____/____/____

Assinatura

INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
26. Nome: Universidade de Passo Fundo	29. Endereço (Rua, nº): BR 285 Km 171		
27. Unidade/Órgão: FEFF	30.CEP: 99001970	31. Cidade: Passo Fundo	32. U.F. RS

28. Participação Estrangeira: Sim () Não (X) **33. Fone:** 54 3316-8100 **34. Fax.:**54 3316-8125

35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (x) Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)

Termo de Compromisso(do responsável pela instituição) :Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução

Nome: _____ Cargo _____

Data: ____/____/____

Assinatura

PATROCINADOR

Não se aplica (X)

36. Nome:	39. Endereço		
37. Responsável:	40. CEP:	41. Cidade:	42. UF
38. Cargo/Função:	43. Fone:	44. Fax:	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			

45. Data de Entrada:

____/____/____

**46. Registro no
CEP:**

47. Conclusão: Aprovado ()

Data: ____/____/____

48. Não Aprovado ()

Data: ____/____/____

49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para:

____/____/____

Data: ____/____/____

Data:

Encaminhado a CONEP:

53. Coordenador/Nome

50. Os dados acima para registro ()
51. O projeto para apreciação ()

**Anexar o parecer
consubstanciado**

52. Data: ____/____/____

Assinatura

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP

54. Nº Expediente :

56. Data Recebimento :

57. Registro na CONEP:

55. Processo :

58. Observações:

Anexo B



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa que tem como título: “Conhecimentos e atitude de pacientes adultos e idosos com *Diabetes Mellitus*”. Objetivo desta pesquisa é avaliar o conhecimento e a atitude dos pacientes com *Diabetes Mellitus* relacionando com sexo, idade, faixa etária, escolaridade, renda familiar, procedência, tempo de diagnóstico e alterações crônicas. Será garantido o sigilo sobre as informações prestadas, sendo as mesmas utilizadas somente para a finalidade de pesquisa.

O início da pesquisa será previsto para o dia 20 de julho 2012, mês em que iniciaram as atividades, seguindo nos meses de agosto, setembro, outubro. As datas e horário para a realização das atividades serão agendados conforme roteiro de encontros dos grupos já estabelecidos pelas unidades de saúde local.

A participação do (a) Senhor (a) não implicará em risco algum, tendo o Senhor (a) algum desconforto durante as aplicações dos questionários e atividades de grupo poderá não responder ou não participar se assim desejar.

O (a) Senhor (a) poderá solicitar informações obtidas através dessa pesquisa. Será assegurada ao Senhor (a) toda a assistência habitual dispensada pela equipe de profissionais da instituição. O (a) Senhor (a) não terá nenhum tipo de despesa pela sua participação neste estudo. Os custos da pesquisa serão integralmente custeados pela pesquisadora responsável.

O (a) Senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, a qualquer momento. O (a) Senhor (a) terá a liberdade de não querer participar desta

pesquisa e isto não acarretará nenhuma mudança no seu tratamento ou na relação com a pesquisadora ou com a instituição (secretaria de saúde). Mesmo que o (a) Senhor (a) aceite participar, estará livre para desistir a qualquer momento. O (a) Senhor (a) não será obrigado a participar desta pesquisa, podendo recusar-se a responder os instrumentos ou em realizar as atividades sem qualquer prejuízo pessoal. Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida pode ligar no telefone da pesquisadora Fernanda Signor (54) 9177-2311.

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com o (a) pesquisador (a).

Passo Fundo, ____ de ____ de 2011.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome do (a) pesquisador (a): _____

Assinatura: _____

ANEXO C - Questionário sobre Conhecimneto do Diabetes Mellitus – DKN-A



Versão Brasileira do Questionário DKN-A

Escala de Conhecimento de Diabetes – Formulário A

Há quanto tempo você tem diabete?

Como ela é tratada?

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

INTRUÇÕES: este é um pequeno questionário para descobrir o quanto você sabe sobre diabete. 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".

1. Na diabete SEM CONTROLE, o açúcar no sangue

- a) Normal
b) Alto

- c) Baixo
- d) Não sei

2. Qual destas afirmações é VERDADEIRA?

- a) Não importa se a 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 a hipoglicemia
- c) O controle mal feito da diabetes pode resultar numa chance maior de complicação mais tarde
- d) Não sei

3. A faixa de variação NORMAL de glicose no sangue é de

- a) 70-110 mg/dl
- b) 70-140 mg/dl
- c) 50-200 mg/dl
- d) Não sei

4. A manteiga é composta principalmente de

- a) Proteína
- b) Carboidratos
- c) Gordura
- d) Minerais e vitaminas
- e) Não sei

5. O arroz é composto principalmente de

- a) Proteínas
- b) Carboidratos
- c) Gordura
- d) Minerais e vitaminas
- e) Não sei

6. A presença de cetonas na urina é

- a) Um bom sinal
- b) Um mau sinal
- c) Encontrado normalmente em quem tem diabetes
- d) Não sei

7. Quais das possíveis complicações abaixo não estão geralmente associadas com o diabetes

- a) Alteração da visão
- b) Alteração nos rins
- c) Alteração nos pulmões
- d) Não sei

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

- a) Aumentar a insulina
- b) Diminuir a insulina
- c) Manter a mesma 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 diabete está tomando insulina e fica doente ou não consegue comer a dieta prescrita

- a) Ela deve para de tomar insulina imediatamente
- b) Ela deve continuar a tomar insulina
- c) Ela deve usar hipoglicemiantes oral para diabete em vez da insulina
- d) Não sei

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

- a) Tomar insulina ou hipoglicemiante 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

***PARA AS PRÓXIMAS PERGUNTAS HAVERÁ 2 RESPOSTAS CERTAS.
MARQUE-AS***

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 café da manhã, eu posso

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

ANEXO D - Questionário de Atitudes – ATT-19



Versão Brasileira do Questionário de Atitudes ATT -19

INSTRUÇÕES: este formulário contém 19 perguntas para ver como você se sente sobre a diabetes e o seu efeito em sua vida. Coloque um X na opção que corresponde à sua resposta.

1 -Se eu não tivesse DIABETE, eu seria uma pessoa diferente.

Não concordo de jeito nenhum

Discordo

Concordo

Concordo totalmente

2 -Não gosto que me chame de DIABÉTICO

Não concordo de jeito nenhum

Discordo

Não sei

Concordo

Concordo totalmente

3 -Ter DIABETES foi a pior coisa que aconteceu na minha vida

Não concordo de jeito nenhum

Discordo

Não sei

Concordo

Concordo totalmente

4 -A maioria das pessoas têm dificuldade em se adaptar ao fato de ter DIABETE

Não concordo de jeito nenhum

Discordo

Não sei

Concordo

Concordo totalmente

5 -Costumo sentir vergonha por ter DIABETE

Não concordo de jeito nenhum

Discordo

Não sei

Concordo

Concordo totalmente

6 -Parece que não tem muita coisa que eu possa fazer para controlar a minha DIABETE

Não concordo de jeito nenhum

Discordo

Não sei

Concordo

Concordo totalmente

7 Há pouca esperança de levar uma vida normal com DIABETE

Não concordo de jeito nenhum

Discordo

Não sei

Concordo

Concordo totalmente

8 -O controle adequado da DIABETE envolve muito sacrifício e inconveniências

Não concordo de jeito nenhum

Discordo

Não sei

Concordo

Concordo totalmente

9 -Procuo não deixar que as pessoas saibam que tenho DIABETE

Não concordo de jeito nenhum

Discordo

Não sei

Concordo

Concordo totalmente

10 -Ser diagnosticado com DIABETE é o mesmo que ser condena o a uma vida de

Não concordo de jeito nenhuma

Discordo

Não sei

Concordo

Concordo totalmente

11- Minha dieta de DIABETE não atrapalha muito minha vida social

Não concordo de jeito nenhum

Discordo

Não sei

Concordo

Concordo totalmente

12 -Em geral, os médicos precisam ser muito mais atenciosos ao tratar pessoas com diabetes.

Não concordo de jeito nenhum

Discordo

Não sei

Concordo

Concordo totalmente

13 -Ter DIABETE durante muito tempo muda a personalidade da pessoa

Não concordo de jeito nenhum

Discordo

Não sei

Concordo

Concordo totalmente

14 -Tenho dificuldade em saber se estou bem ou doente

Não concordo de jeito nenhum

Discordo

Não sei

Concordo

Concordo totalmente

15 -DIABETE não é realmente um problema porque pode ser controlado

Não concordo de jeito nenhum

Discordo

Não sei

Concordo

Concordo totalmente

16 -Não há nada que você possa fazer, se você tiver DIABETE.

Não concordo de jeito nenhum

Discordo

Não sei

Concordo

Concordo totalmente

17 -Não há ninguém com quem eu possa falar abertamente sobre a minha

DIABETE

Não concordo de jeito nenhum

Discordo

Não sei

Concordo

Concordo totalmente

18 -Acredito que convivo bem com a DIABETE

Não concordo de jeito nenhum

Discordo

Não sei

Concordo

Concordo totalmente

19 -Costumo achar que é injusto que eu tenha DIABETE e outras pessoas tenham uma saúde muito boa

Não concordo de jeito nenhum

Discordo

Não sei

Concordo

Concordo totalmente

APÊNDICE

APÊNDICE A



Dados de Identificação

Sexo:

Idade:

Escolaridade:

Renda familiar:

Tempo de diagnóstico:

Diagnóstico:

Procedência:

Aterações Clínicas: