



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E
SAÚDE

CONHECIMENTO, ENFRENTAMENTO E FUNCIONALIDADE
FAMILIAR DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

VERÔNICA RABELO SANTANA AMARAL

JEQUIÉ - BA
2019

VERÔNICA RABELO SANTANA AMARAL

**CONHECIMENTO, ENFRENTAMENTO E FUNCIONALIDADE
FAMILIAR DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Família em seu ciclo vital.

Orientadora: Profa. Dra. Roseanne Montargil Rocha.

JEQUIÉ - BA

2019

A482 Amaral, Verônica Rabelo Santana.

Conhecimento, enfrentamento e funcionalidade familiar de pessoas com diabetes mellitus tipo dois / Verônica Rabelo Santana Amaral. - Jequié, 2019.
76f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Prof^a Dra. Roseanne Montargil Rocha)

1. Família - Diabete mellitus tipo dois - Conhecimento 2. Atenção primária a saúde 3. Educação em saúde I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título

CDD – 616.46209

FOLHA DE APROVAÇÃO

AMARAL, Verônica Rabelo Santana. **Conhecimento, enfrentamento e funcionalidade familiar de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.** 2019. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié-BA.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Roseanne Montargil Rocha
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – UESB
Orientadora e presidente da banca examinadora

Prof. Dr. José Ailton Oliveira Carneiro
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – UESB
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Profa. Dra. Silvia da Silva Santos Passos
Mestrado Profissional em Enfermagem - MESPEnf
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Jequié/BA, 27 de fevereiro de 2019.

DEDICATÓRIA

À minha família,
pelo apoio, renúncia e amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo cuidado em todos os momentos de minha vida, por me dar forças e sabedoria diária, permitindo-me transformar os sonhos em realidade.

À minha guerreira, companheira e corajosa mãe, **Joana Angélica**, pelo seu imenso amor, sua dedicação infinita, por não medir esforços para estar ao meu lado e me proporcionar alcançar essa vitória.

Ao primeiro amor da minha vida, meu pai **Marcos Vinício** (*in memoriam*), por ensinar-me a importância da superação, e por ser minha eterna proteção.

Ao meu companheiro **Itamar**, por seu amor, e por ser o meu amor, por se fazer presente, pela paciência, incentivo e compreensão nos momentos tensão. E, acima de tudo, por ser o melhor pai que meus filhos poderiam ter!

Ao ser humano mais pleno que conheço, meu filho **Ian Rabelo**, o amor da minha vida a razão do meu viver, por superar minha ausência no decorrer do mestrado, por abastecer minhas energias com seu amor, e por me ensinar que os diferentes se complementam, afinal, cada um tem seu jeito.

Ao meu filho **Davi Rabelo**, que se formou e nasceu durante esse percurso, sentindo os amores e as dores que passei, e hoje, me faz ter a certeza, que as adversidades foram tijolos na construção dessa força inesgotável que você me transmite. Meu caçula corajoso, que nasceu mestre na arte da persistência, te amo infinitamente.

À minha **família**, por estar em sintonia com o nosso destino, por serem meus motivadores, minha alegria e fonte inesgotável de energia positiva em minha vida.

As minhas tias **Alice** e **Cida**, por cuidar, amar e educar meus filhos, e por preencher meus momentos de ausência ao lado deles.

A família **Ferreira e Encarnação**, a qual considero minha família, pelo incentivo e estímulo. *“Nunca foi sorte, sempre foi Deus...”*

À **Dona Mara**, pela acolhida tão carinhosa e pelo alto astral, foi bom demais estar ao seu lado e conhecer sua grandeza.

À minha eterna colega e amiga **Evely**, meu maior ganho durante essa etapa. Obrigada por segurar em minha mão em todas etapas do mestrado, até mesmo quando não me conhecia (prova escrita) e só de me olhar conseguiu saber como eu me sentia.

À **minha turma** de mestrado, pela riqueza nas discussões em sala de aula, pelo convívio e apoio incondicional, e pelos conhecimentos e momentos compartilhados.

A professora **Roseanne Montargil**, por ser responsável pela concretização desse momento e pelos ensinamentos desde a graduação. Agradeço pelo tempo dedicado as orientações e correções deste trabalho, e pela compreensão das minhas limitações.

Ao colega **Ícaro Ribeiro**, que de forma muito solícita, contribuiu com este trabalho, utilizando o seu amplo conhecimento para a análise. Obrigada pela força!

À **UESB**, que através PPGES me possibilitou ter acesso à pós-graduação.

Aos **professores** do Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde, por compartilharem os conhecimentos e pelo compromisso com a minha formação.

A professora **Adriana Nery**, pela sua competência, hombridade e sensibilidade, todas as vezes que busquei a coordenação do programa.

Aos professores **José Ailton** e **Silva Passos**, pelas contribuições e conhecimentos compartilhados enquanto membros da banca de qualificação, e pela disponibilidade de participar da banca de defesa.

A **equipe de coleta**, Laís Farias, Geovanna, Fernanda, Isabella, Rayzza, Laís Andrade e Flávia Carine, pelo comprometimento, tornando um plano de pesquisa em realidade. E em especial, Rayzza, pelas contribuições e por sua amizade.

Aos servidores administrativos do PPGES **Lohane** e **Arnaldo**, pela dedicação e contribuição sempre que busquei o programa.

Aos **colaboradores do estudo**, pela disponibilidade oferecida, possibilitando adentrar no universo de vocês.

À **FAPESB**, pelo compromisso no aperfeiçoamento daqueles que buscam o conhecimento, e pelo auxílio financeiro prestado.

“Pertencer a nossa família é nossa necessidade básica. Esse vínculo é o nosso desejo mais profundo. A necessidade de pertencer a ela vai além até mesmo da nossa necessidade de sobreviver. Isso significa que estamos dispostos a sacrificar e entregar nossa vida pela necessidade de pertencer a ela.”

Bert Helling, 2014.

AMARAL. Verônica Rabelo Santana. **Conhecimento, enfrentamento e funcionalidade familiar de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.** Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia: 2019. 76p.

RESUMO

Pessoas com diabetes mellitus tipo 2 enfrentam variadas barreiras para seguir o tratamento, sendo necessário um efetivo processo educativo e o apoio da família. Nesse sentido, esse estudo possui dois objetivos, sendo o primeiro, analisar os fatores associados ao conhecimento insuficiente de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 e o segundo avaliar a funcionalidade familiar de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 e associa-la ao conhecimento e enfrentamento da doença. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizada com 413 pessoas com diabetes mellitus tipo 2 cadastradas na Rede de Atenção Básica a Saúde de um município do interior Sul da Bahia. Foi utilizado questionário com variáveis sociodemográficas e clínicas e os instrumentos Diabetes Knowledge Questionnaire, Attitude Questionnaire e Adaptation, Partnership, Growth, Affection and Resolve de Família. Foi realizada análise descritiva e bivariada, através do teste de qui-quadrado de Pearson ou Fisher, variáveis que apresentaram $p < 0,2$ foram inseridas em um modelo de regressão logística binária, método stepwise backward, sendo os resultados expressos em odds ratio. Como resultado do primeiro objetivo, prevaleceu o nível de conhecimento insuficiente em 54,7% dos participantes, associando-se a idade, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, grupo educativo, tratamento e atividade física. Através da análise multivariada encontramos que a idade igual ou superior 60 anos eleva 2,17 vezes a chance de apresentar conhecimento insuficiente, além disso, pouca escolaridade eleva 8,36 vezes, a baixa renda 2,39 vezes e nunca ter participado de grupo educativo 1,98 vezes. Os resultados do segundo objetivo evidenciaram que a maioria das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 tem boa funcionalidade familiar (79,6%), sendo associada a situação conjugal e atitudes de enfrentamento frente a doença. Não foi encontrada associação significativa entre a funcionalidade familiar e o conhecimento acerca do diabetes. O nível de conhecimento insuficiente evidenciou a fragilidade no processo educativo em diabetes, a boa funcionalidade familiar destaca a importância do envolvimento da família no tratamento, e as atitudes de enfrentamento negativas demonstra que há dificuldade de ajustamento psicológico e emocional, mesmo quando se percebe a família como funcional.

Descritores: Relações Familiares. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Autogestão.

AMARAL. Veronica Rabelo Santana. **Knowledge, coping and familiar functionality of people with type 2 diabetes mellitus.** Dissertation [Master's Degree]. Postgraduate Program in Nursing and Health, area of concentration in Public Health. State University of the Southwest of Bahia, Jequié-Bahia: 2019. 76p.

ABSTRACT

People with type 2 diabetes mellitus face many barriers to follow treatment, requiring an effective educational process and the support of the family. In this sense, this study has two objectives, the first one is to analyze the factors associated with the insufficient knowledge of people with type 2 diabetes mellitus and the second to evaluate the familiar functionality of people with type 2 diabetes mellitus and associate it with knowledge and coping with disease. This is a descriptive, quantitative approach, carried out with 413 people with type 2 diabetes mellitus enrolled in the Basic Health Care Network of a municipality in the interior of southern Bahia. A questionnaire with sociodemographic and clinical variables and the Diabetes Knowledge Questionnaire, Attitude Questionnaire and Adaptation, Partnership, Growth, Affection and Resolve Family instruments were used. A descriptive and bivariate analysis was performed using the Pearson or Fisher chi-square test, variables that presented $p < 0.2$ were inserted into a binary logistic regression model, stepwise backward method, and the results were expressed as odds ratio. As a result of the first objective, the level of insufficient knowledge prevailed in 54.7% of the participants, being associated with old age, living without a partner, low schooling, low family income, not participating in an educational group, treatment without insulin and not practicing physical activity. In the final model of the multivariate analysis, the age of 60 years or more was 2.17 times higher than the chance of presenting insufficient knowledge. In addition, little education increased by 8.36 times, low income by 2.39 times and never participated in an educational group 1.98 times. The results of the second objective showed that the majority of people with type 2 diabetes mellitus had good family functioning (79.6%), being associated with marital status and coping attitudes towards the disease. No significant association was found between family functionality and knowledge about diabetes. The level of insufficient knowledge evidenced the fragility in the educational process in diabetes, good family functionality highlights the importance of family involvement in treatment, and negative coping attitudes shows that there is difficulty in psychological and emotional adjustment, even when the family is perceived as functional.

Keywords: Family Relationships. Primary Health Care. Health education. Self-management.

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1** – Composição dos Módulos de saúde de um município localizado no interior Sul da Bahia, 2017.....23
- FIGURA 2** - Diagrama do processo de construção da amostra do estudo.....24

LISTA DE TABELAS

Manuscrito 1:

- TABELA 1** - Dados Sociodemográficos de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 cadastradas na Atenção Básica do município de Itabuna, Bahia.....37
- TABELA 2** - Dados Clínicos de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 cadastradas na Atenção Básica do município de Itabuna, Bahia.....38
- TABELA 3** - Odds ratio e intervalo de confiança 95% de modelo final de regressão do risco em pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2 para conhecimento insuficiente sobre a doença. Itabuna-BA, 2018.....39

Manuscrito 2:

- TABELA 1** - Dados sociodemográficos e clínicos por funcionalidade familiar de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.....53
- TABELA 2** - Associação entre funcionalidade familiar, situação conjugal, conhecimento e atitudes de enfrentamento de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2.....54

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 DIABETES MELLITUS.....	18
3.2 PROCESSO EDUCATIVO EM DIABETES MELLITUS.....	20
3.3 FAMÍLIA NO CONTEXTO DO CUIDADO EM DIABETES.....	22
4 METODOLOGIA	24
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	24
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	25
4.4 COLETA DE DADOS.....	26
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO	27
4.5.1 Condições sociodemográficas	27
4.5.2 Variáveis clínicas	27
4.5.3 Conhecimento acerca do DM	28
4.5.4 Atitudes de enfrentamento no DM	28
4.5.5 Funcionalidade familiar	28
4.6 MÉTODOS PARA ANÁLISE DE DADOS	29
4.7 QUESTÕES ÉTICAS.....	29
5 RESULTADOS	31
5.1 MANUSCRITO 1.....	32
5.2 MANUSCRITO 2.....	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	67

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO	69
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	70
ANEXO B - INSTRUMENTO DKN-A	74
ANEXO C – ATT-19	75
ANEXO D- APGAR DE FAMÍLIA	76

1 INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus- DM é um problema de saúde pública que ao longo das últimas décadas tem aumentado a prevalência e atualmente é uma das quatro doenças não transmissíveis prioritárias, com ações de líderes mundiais voltadas para sua prevenção e tratamento (OGURTSOVA et al., 2017).

O DM é compreendido como uma condição crônica que representa um grupo de doenças metabólicas que se caracterizam por hiperglicemia persistente, secundária a deficiência na produção e/ou ação da insulina (LINS et al., 2013). Acomete pessoas de ambos os sexos, nas diversas faixas etárias, com maior prevalência na idade entre 40 e 59 anos (IDF, 2017). Em virtude da característica crônica, o tratamento exige cuidados com a saúde contínuo, visando a redução dos riscos multifatoriais (ADA, 2017).

Baseada em sua etiologia o diabetes pode ser classificado em: DM tipo 1 caracterizada pela deficiência completa de insulina; DM tipo 2 - DM2 caracterizada pela perda progressiva da insulina combinada com a resistência à insulina; DM gestacional diferenciada pela hiperglicemia incidir durante a gestação; e outras formas de DM que são as formas distintas das citadas anteriormente e ocorrem com menor frequência (SBD, 2017).

O DM2 é a forma mais comum, representando cerca de 90% dos casos e seu surgimento tem relação com fatores genéticos e metabólicos. História familiar de diabetes, idade avançada, excesso de peso e obesidade, dieta pouco saudável, inatividade física e tabagismo são alguns dos fatores metabólicos associados a doença (WHO, 2016).

O tratamento do DM2 tem o objetivo de controlar os níveis glicêmicos através do uso contínuo de medicamentos, além disso é necessário incorporar outros aspectos na vida cotidiana, como seguir uma dieta saudável e realizar a prática de atividade física regular (ADA, 2017). A adesão destas medidas de autocuidado é capaz de

prevenir as complicações decorrentes do diabetes, que diminuem os anos de vida saudáveis (COSTA et al., 2017).

A variedade e a complexidade dos elementos que envolvem o tratamento do DM2 podem dificultar a adesão do autocuidado (ROSSI et al., 2016). Além das múltiplas dimensões do tratamento, existem os fatores relacionados a pessoa como idade, escolaridade e gênero que influenciam no autocuidado (FRENCH; WADE; FARMER, 2013; GARIEPY; SMITH; SCHMITZ, 2013; JOHNSON et al., 2014). Como também, os fatores relacionados ao enfrentamento da doença e o apoio social (CHOU et al., 2014; RODRÍGUEZ-ALMAGRO et al., 2018).

A família é a principal fonte de apoio social, sua participação no tratamento é determinante para o desenvolvimento do autocuidado, mesmo que haja o acompanhamento por profissionais de saúde, a pessoa com DM2 e sua família tem maior responsabilidade no tratamento (ARAÚJO et al., 2013).

Em princípio, as pessoas com DM2 são instigadas a adquirir conhecimentos que auxiliem no gerenciamento da doença, sendo a educação em diabetes a principal ferramenta para que ocorra o autocuidado (SBD, 2017). Além disso, o conhecimento é um dos determinantes do desenvolvimento pessoal e social dos indivíduos, em especial quando têm DM, pois contribui no enfrentamento da doença e na gestão do autocuidado (MAZZUCHELLO et al., 2016).

Diante da importância do conhecimento e do enfrentamento da doença no tratamento do diabetes, pesquisas têm evidenciado que as pessoas com DM2 apresentam conhecimento insuficiente e atitudes negativas frente a doença (ASSUNÇÃO et al., 2017; BORBA et al., 2017; OLIVEIRA; ZANETTI, 2011; RODRIGUES et al., 2012).

Sendo a participação da família construtiva no desenvolvimento do autocuidado, emergiu a hipótese que a funcionalidade familiar das pessoas com DM2 está associada ao conhecimento e as atitudes de enfrentamento frente a doença.

De certo, trata-se de uma temática relevante para a literatura científica que têm evidenciado fatores que auxiliam na adesão ao

tratamento do diabetes, como a funcionalidade familiar, conhecimento e enfrentamento. Sendo esse estudo diferenciado por pesquisar a possível associação desses fatores.

2 OBJETIVOS

- Identificar fatores associados ao nível de conhecimento de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2.
- Avaliar a funcionalidade familiar associada ao conhecimento e enfrentamento de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DIABETES MELLITUS

O DM é uma condição crônica que ocorre perda na capacidade do corpo em produzir e/ou usar a insulina de forma eficaz, resultando em hiperglicemia. Sendo a insulina um hormônio produzido no pâncreas, responsável por transportar a glicose da corrente sanguínea para as células onde a glicose é convertida em energia. A falta de insulina ou a incapacidade das células para responder a insulina leva a hiperglicemia, que se não for controlada, ao longo do tempo pode causar danos a vários órgãos do corpo, levando ao desenvolvimento de complicações de saúde com risco de vida, como doença cardiovascular, neuropatia, nefropatia e retinopatia (IDF, 2017).

O DM possui quatro classes clínicas: O DM tipo 1 que corresponde de 5 a 10% dos casos, é uma doença autoimune, poligênica, resultante da destruição das células β pancreáticas, geralmente é diagnosticado em crianças, adolescentes e em alguns casos em adultos jovens. O DM2 é a classe mais comum sendo diagnosticada em 90 a 95% dos casos, caracterizada por ser uma doença poligênica associada a herança familiar e fatores ambientais, seu desenvolvimento é resultante da perpetuação da hiperglicemia que ocorre concomitantemente com a resistência dos tecidos periféricos à ação da insulina (SBD, 2017).

O DM gestacional é caracterizado pela intolerância à glicose de gravidade variável, com início ou detecção na atual gestação, geralmente diagnosticado entre o segundo e o terceiro trimestre da gravidez, podendo ou não persistir após o parto. A última classe é a categoria denominada Outros tipos de DM, essa categoria reúne os tipos específicos de DM devido a outras causas, representa 1 a 2% de todos os casos de DM, sendo na maioria das vezes, diagnosticado inicialmente como DM1 ou DM2 por ter uma variada apresentação clínica (ADA, 2018; SBD, 2017).

No cenário epidemiológico brasileiro, o DM2 ocupa segundo lugar como carga de doença dentre as doenças crônicas não transmissíveis do país, sendo que, no Nordeste a proporção de anos de vida perdidos por morte prematura é superior aos anos vividos com incapacidade, indicando a necessidade de aumentar o diagnóstico precoce e intervir nas barreiras do tratamento existentes nesta região, abordando aspectos relevantes que incluem a educação em saúde e adesão ao tratamento em uma condição crônica como diabetes mellitus tipo 2 (COSTA et al., 2017).

Em relação ao custo de saúde direto, considerando os gastos com consultas, exames e medicamentos utilizados em contexto ambulatorial, estima-se o valor médio individual de R\$ 931,88 por pessoa com DM2 sem complicações vasculares e de R\$ 1.212,37 para aquelas com complicações, gastos no período de dois anos (SARAIVA et al., 2016).

O tratamento tem como objetivo reduzir a morbidade e mortalidade decorrentes do mau controle glicêmico (ROSSI; SILVA; FONSECA, 2015). Constitui-se no uso de medicamentos e na adoção de hábitos de vida saudáveis, como alimentação equilibrada e prática de atividade física, que são sobretudo a base para o controle glicêmico (BRASIL, 2013).

A adesão ao tratamento é permeada pela subjetividade das pessoas e depende da aceitação da doença, da motivação para o tratamento e da vivência de cada um (TORRES et al., 2014). Considera-se que ações educativas em saúde são capazes de melhorar o autocuidado, auxiliando as pessoas com diabetes a conviver com sua condição (VIEIRA; CECÍLIO; TORRES, 2017). Além disso, a família é fundamental na tomada de decisão e na execução das ações adequadas para o manejo do diabetes (MAR-GARCÍA et al., 2017).

3.2 PROCESSO EDUCATIVO EM DIABETES MELLITUS

Educação em diabetes é a principal ferramenta do autocuidado, sendo definida como processo de desenvolvimento de habilidades através da utilização de ferramentas necessárias para alcançar e manter as metas do tratamento. Tem evoluído nos últimos anos e as técnicas atuais seguem um modelo focado na pessoa, buscando promover mudanças de comportamento positivas (SBD, 2017).

Ao tratarmos de educação em diabetes devemos considerar que, para o desenvolvimento das habilidades de autocuidado é necessário contemplar o componente cognitivo, o conhecimento, e paralelamente, o componente emocional, o enfrentamento da doença, podendo esses dois serem ensinados e aprendidos (TORRES; PEREIRA; ALEXANDRE, 2011).

A realização de um programa de educação em saúde com encontros periódicos é uma estratégia eficaz na aquisição de conhecimentos, experiências e maneiras de olhar a realidade. Através do diálogo que se solidarizam o refletir e o agir das pessoas, dirigidos à realidade a ser transformada e humanizada (LÍAN et al., 2012).

O diabetes acomete pessoas de todos os níveis socioeconômicos independente da escolaridade, porém o baixo nível de escolaridade pode dificultar a adesão ao tratamento, através de barreiras na leitura e no entendimento da prescrição e orientações, aumentando assim, os riscos à saúde. Além disso, a baixa escolaridade é uma característica predominante na maioria das pessoas que utilizam os serviços de saúde públicos, portanto, configura-se em uma variável que deve ser considerada no planejamento das ações educativas (RODRIGUES et al., 2012).

Considerando a importância da educação, estudo realizado em Minas Gerais evidenciou que o conhecimento das pessoas com DM2 é insatisfatório e as atitudes de enfrentamento são negativas (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011). Resultados similares foram encontrados em estudo realizado em São Paulo por Rodrigues et al. (2012), com 66,67%

apresentaram conhecimento insatisfatório sobre a doença, e 97,56% relataram atitudes de enfrentamento negativas, indicando baixa prontidão para o manejo da doença.

As atitudes de enfrentamento faz parte do componente emocional e representa a medida de ajustamento psicológico, podendo a pessoa ter atitudes positivas, que irá auxiliar o processo educativo e o tratamento, ou atitudes de enfrentamento negativas que resultará no inverso (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010).

O diagnóstico do DM está associado a experiências psicossociais negativas, o estudo global sobre Atitudes, Desejos e Necessidades em Diabetes realizado com 8.596 adultos com DM, apresentou que essas pessoas experimentaram sentimentos negativos como: ansiedade, medo, preocupações, depressão, humor negativo e desespero, além disso relataram discriminação no trabalho e incompreensão social (STUCKEY et al., 2014).

As consultas de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família visam realizar o processo de educação em saúde capaz de auxiliar no desenvolvimento de habilidades para superar as barreiras do tratamento, considerando a maior autonomia possível e a promoção de autocuidado. As ações educativas devem auxiliar a pessoa a conhecer o diabetes, abordando os fatores de risco correlacionados na prevenção das complicações e as medidas que possam contribuir para um bom controle glicêmico (BRASIL, 2013).

Existem evidências científicas robustas que afirmam a efetividade das ações educativas voltadas para as pessoas com diabetes no tratamento da doença (BRITO et al., 2016; CHAGAS et al., 2013; FARIA et al., 2013; GRILLO et al., 2013; MAIA; REIS; TORRES, 2016; TORRES et al., 2018, 2014). Além disso, quando a intervenção educativa envolve a família no contexto do cuidado, ocorrem resultados positivos no tratamento do diabetes (GOMES et al., 2017).

3.3 FAMÍLIA NO CONTEXTO DO CUIDADO EM DIABETES

A família é um agrupamento humano que se unem especialmente por motivos afetivos e tem como características: um projeto de vida comum; compartilham o cotidiano; transmitem tradições; realizam planejamentos futuros; formam crianças e adolescentes; e cuidam dos idosos (SZYMANSKI, 2002).

Nos últimos anos, a instituição família, vem sofrendo modificações significativas em sua estrutura e organização, especialmente as relacionadas com as mudanças no papel de cada membro, decorrente da inserção da mulher no mercado de trabalho, da redução progressiva das taxas de fecundidade, do controle das taxas de natalidade e das mudanças nos âmbitos social, cultural, econômico e político (SILVA; GIOVANELLA; MAINBOURG, 2014).

Com isso, os modelos familiares tornam-se cada vez mais nucleares, com a existência de diversidade de gerações, o que afeta diretamente o apoio familiar, em especial a uma população crescente e dependente, como o idoso. Cada família possui características específicas que as torna única em sua maneira de ser e, devido a isso, apresenta comportamentos distintos em relação à necessidade de adaptação nos casos em que um de seus membros torna-se doente crônico (SCOTT, 2010).

A família é a principal fonte de apoio social da pessoa com DM2, auxiliando-o em suas necessidades, visto que o diabetes é uma condição que frequentemente causa estresse e medo relacionados ao seu controle necessário (BOAS, 2009). O papel de cuidador geralmente não é planejado, ocorre no decorrer do ciclo vital da família, acompanhado de uma situação de doença, desencadeando uma diversidade de necessidades e sentimentos ambíguos (FERNANDES; ANGELO, 2016).

O familiar da pessoa com diabetes pode contribuir, reforçar ou prejudicar as mudanças necessárias para o controle do DM2, a

ausência do apoio familiar causa o sentimento de tristeza, tornando a convivência com a doença mais conflituosa (SANTOS; MARCON, 2014).

Considerando a importância do familiar, Pace, Nunes e Ochoa-Vigo (2003) fizeram um estudo pioneiro no Brasil, sendo evidenciado através do relato do familiar, que houve mudança na dinâmica alimentar da família com relação ao tratamento a dieta é a parte mais difícil, sendo o fator financeiro uma barreira. Em relação ao conhecimento sobre diabetes, a maioria dos familiares possuem poucas informações, podendo assim, prejudicar ações de cuidado por desconhecer o que é a doença, como se realiza o cuidado, quais os fatores de risco e suas complicações.

O sistema familiar quando funcional, é capaz de responder aos conflitos e situações críticas visando estabilidade emocional, buscando soluções por meio de recursos próprios, sendo os membros da família capazes de harmonizar suas próprias funções em relação aos outros de forma integrada, funcional e afetiva protegendo a integridade do sistema como um todo e a autonomia funcional de suas partes (SANTOS et al., 2012).

O apoio familiar percebido pela pessoa com DM2 foi identificado como instância cuidadora e afetuosa, ajudando no tratamento e no autocuidado, sendo os filhos e cônjuges fontes importantes desse apoio familiar. Por outro lado, a família apresentou controle excessivo, assumindo um papel vigilante e por vezes punitivo, inferiorizando e infantilizando as pessoas com DM2, podendo causar sentimentos de raiva ou revolta (SANTOS et al., 2011).

Sendo assim, é necessário avaliar a funcionalidade familiar das pessoas com DM2, considerando que a dinâmica familiar é essencial no desenvolvimento e na implementação do esquema de tratamento (SBD, 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, acerca da funcionalidade familiar das pessoas com diabetes mellitus. Utilizamos o estudo descritivo pela sua característica de descrever determinada população e/ou fenômeno, assim como as suas possíveis relações entre variáveis (GIL, 2017).

Os dados utilizados neste estudo fazem parte da pesquisa intitulada “Conhecimento, enfrentamento, qualidade de vida e gestão do cuidado em Diabetes Mellitus”. A pesquisa tem como pesquisador principal a discente Verônica Rabelo Santana Amaral, e tem como objetivo avaliar o conhecimento sobre diabetes, atitudes de enfrentamento frente à doença, qualidade de vida e gestão do cuidado de pessoas com diabetes mellitus, de seus familiares que são envolvidos no contexto do cuidado e dos profissionais de saúde que prestam atendimento à esta população.

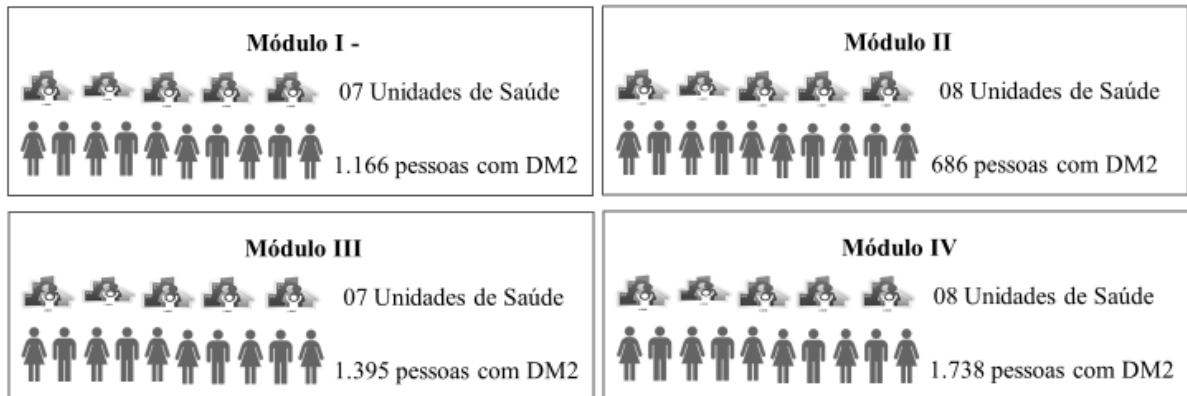
4.2 LOCAL DO ESTUDO

Teve como local do estudo um município do interior Sul da Bahia, situado a 426 km da capital do estado, com área total de 401,028 km², possui 204.667 habitantes e densidade demográfica de 473,50 hab/km² (IBGE, 2018).

O município tem 157.272 pessoas cadastradas na Rede de Atenção Básica a Saúde, sendo que, 4.985 pessoas com diagnóstico médico de DM2. Essas pessoas são acompanhadas por trinta Unidades de Saúde divididas geograficamente em Módulos Assistenciais (ITABUNA, 2017).

A Figura 1 apresenta a composição dos Módulo de Saúde do município da pesquisa.

Figura 1 – Composição dos Módulos de saúde de um município localizado no interior Sul da Bahia, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: DM2: Diabetes Mellitus tipo 2.

Esta pesquisa ocorreu em 04 unidades de saúde, sendo 01 unidade de cada módulo assistencial, definida por amostragem proporcional de tamanho. Esse método de seleção é frequentemente utilizado para a seleção de conglomerados, sendo as unidades primárias selecionadas conforme probabilidade proporcionais ao seu tamanho (SZWARCOWALD; DAMACENA, 2008).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

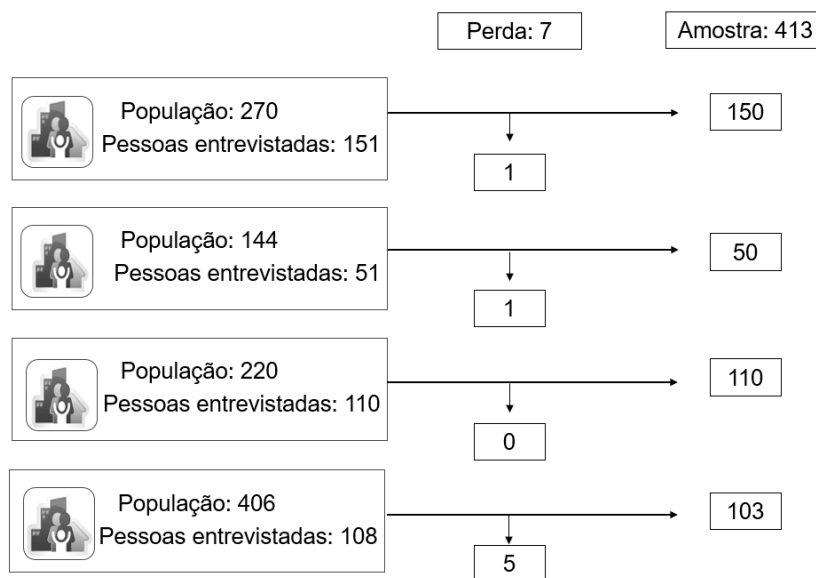
A população do estudo foram pessoas com diagnóstico médico de DM2 cadastradas nas quatro Unidades de Saúde da pesquisa, com prevalência de 4,74%. A amostra do estudo foi composta por meio de amostragem não-probabilística, através da visita domiciliar guiada pelo Agente Comunitário de Saúde – ACS.

Os critérios de inclusão foram ter idade igual ou superior a 18 anos, ter diagnóstico médico de DM2, ser cadastrado nas unidades onde ocorreram a coleta, ter capacidade de entender e responder as perguntas dos questionários e concordar em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-

TCLE. O critério de exclusão adotado foi incapacidade de compreender e/ou responder os questionários.

Houve perda de 7 participantes que apresentaram ausência de respostas nos instrumentos. A Figura 2 apresenta o diagrama da composição da amostra.

Figura 2 - Diagrama do processo de construção da amostra do estudo, de acordo com cada Unidade de Saúde.



Fonte: Dados da pesquisa.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados iniciou em dezembro de 2017, através da comunicação do Núcleo de Estudos e Pesquisas da Secretária Municipal de Itabuna com as Unidades de Saúde que participaram da pesquisa. Em princípio, foi realizado um café da manhã com cada equipe, apresentando os objetivos da pesquisa e estabelecendo um vínculo com os ACS, sendo esses o elo entre as pesquisadoras e os participantes.

Participaram da coleta de dados seis discentes da Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC, sendo cinco do curso de Enfermagem e uma do curso de Biomedicina, devidamente treinadas, sob a

orientação de uma pós-graduanda e coordenação de uma docente do Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde.

Através da visita domiciliar guiada pelos ACS, foram identificadas as residências das pessoas com DM2, onde as pesquisadoras se apresentavam e perguntavam sobre a participação da pesquisa.

Na residência do participante as pesquisadoras buscaram o ambiente com menor ruído e maior privacidade, dando início com a explicação sobre a pesquisa através do TCLE, seguida da assinatura em duas vias, sendo uma do participante e a outra arquivada com a pesquisadora responsável.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.5.1 Condições sociodemográficas

- Sexo (masculino e feminino);
- Estado civil (com e sem companheiro);
- Idade (< 60 e ≥ 60 anos);
- Ocupação (trabalha fora, não trabalha fora);
- Escolaridade (analfabeto, primário incompleto e completo, fundamental incompleto e completo, médio incompleto e completo e superior incompleto e completo);
- Renda familiar (≤ 1, 2 a 3 e ≥ 4 salários);
- Número de moradores na residência (0, 1 a 3 e ≥ 4 pessoas);

4.5.2 Variáveis clínicas

- Tempo de diagnóstico DM2 (≤ 5, 6 a 10, 11-15, ≥ 16 anos);
- Participação em grupo educativo (participa ou já participou e nunca participou);
- Tratamento atual (não utiliza insulina e em uso de insulina);
- Frequência de consulta médica (≤ 3 meses acompanhamento adequado e > 3 meses inadequado);
- Frequência de consulta com enfermagem (≤ 3 meses acompanhamento adequado e > 3 meses inadequado);

- Realiza atividade física (sim e não).

4.5.3 Conhecimento acerca do DM

Foi utilizado o Diabetes Knowledge Questionnaire- DKN-A (ANEXO B) que possibilita identificar o nível de conhecimento acerca do DM através de 15 perguntas de múltipla escolha abordando o DM e possui uma escala que varia de 0-15, sendo o escore maior ou igual a oito pontos considerado conhecimento suficiente e o escore menor que oito conhecimento insuficiente (TORRES; VIRGINIA A; SCHALL, 2005).

4.5.4 Atitudes de enfrentamento no DM

Utilizamos o Diabetes Attitude Questionnaire- ATT-19 (ANEXO C), que identifica as atitudes de enfrentamento por meio de dezenove perguntas acerca do ajustamento psicológico em resposta às necessidades de adaptação da vida após o diagnóstico de diabetes. Avalia 6 fatores: receptividade do tratamento, estresse associado ao tratamento, confiança no tratamento, percepção sobre a saúde, aceitação social e eficácia pessoal, através de uma escala de 19 – 95, sendo considerado atitude positiva o escore ≥ 71 pontos e atitude negativa o escore ≤ 70 pontos (TORRES; VIRGINIA A; SCHALL, 2005).

4.5.5 Funcionalidade familiar

Para a avaliação da funcionalidade familiar foi utilizado o instrumento Adaptation, Partnership, Growth, Affection and Resolve - APGAR de Família (ANEXO D), que avalia a funcionalidade familiar através dos domínios: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva. Sendo atribuídos valores de zero a dois, sendo zero referente a nunca, um às vezes e dois sempre, após somados o resultado varia de zero a dez, sendo o ponto de corte: 0-4 elevada disfunção familiar, 5-6 moderada disfunção familiar e 7-10 boa funcionalidade familiar (DUARTE, 2001).

4.6 MÉTODOS PARA ANÁLISE DE DADOS

Para atender o primeiro objetivo do estudo foi realizada análise descritiva das variáveis sociodemográficas e clínicas, sendo calculadas as frequências (absoluta e relativa). Para verificar a associação do conhecimento de diabetes e as características sociodemográficas e clínicas, foi utilizado a análise bivariada utilizando o teste de qui-quadrado de Pearson ou Fisher. As variáveis que apresentaram $p < 0,2$ na análise bivariada foram inseridas em um modelo de regressão logística binária, método stepwise backward, sendo os resultados expressos em odds ratio e intervalo de confiança 95%, com significância em $p < 0,05$ para as análises.

Com o propósito de responder o segundo objetivo do estudo, foi considerada como variável de desfecho a funcionalidade familiar das pessoas com DM2 sendo realizada análise descritiva das variáveis sociodemográficas, clínicas, de conhecimento e de atitudes de enfrentamento da doença, sendo calculadas as frequências (absoluta e relativa). Para verificar as associações, foi utilizado a análise bivariada, com o teste de Qui-Quadrado de Pearson, considerando o intervalo de confiança 95% e nível de significância $p < 0,05$.

Os dados foram digitados em planilha do software Microsoft Excel, e a análise foi realizada no software Statical Package of Social Sciences (SPSS) versão 21.0. Foram calculadas as frequências (absoluta e relativa) para as variáveis categóricas e as médias e desvios padrão para as variáveis quantitativas.

4.7 QUESTÕES ÉTICAS

Esta pesquisa teve como princípio o seguimento da normatização disposta na Resolução N^o 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). A privacidade e integridade dos participantes do estudo, foram respeitadas através da

explicação da pesquisa e assinatura no TCLE antes da aplicação dos instrumentos de coleta (APÊNDICE A).

A pesquisa intitulada “Conhecimento, enfrentamento, qualidade de vida e gestão do cuidado em Diabetes Mellitus” foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob o parecer 2.346.497 de 24 de outubro de 2017, através do número do CAAE 74607417.6.0000.0055 (ANEXO A).

5 RESULTADOS

Conforme o Manual de normatização de dissertações e teses do Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde, os resultados desta dissertação serão apresentados por meio de dois manuscritos em formatação exigida pelos periódicos aos quais serão submetidos.

Manuscrito 1: Fatores associados ao conhecimento insuficiente de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

Manuscrito 2: Avaliação da Funcionalidade Familiar de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

5.1 MANUSCRITO 1

FATORES ASSOCIADOS AO CONHECIMENTO DE PESSOAS COM DIABETES *MELLITUS* TIPO 2.

O manuscrito foi elaborado conforme as instruções de submissão aos autores da revista Brasileira de Enfermagem - REBEn, disponível em: <http://www.scielo.br/revistas/reben/iinstruc.htm>.

RESUMO:

Objetivo: Identificar os fatores associados ao nível de conhecimento de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 cadastradas na Atenção Primária à Saúde de um município da Bahia.

Método: Estudo descritivo com 413 pessoas cadastradas na Rede de Atenção Básica de um município do interior da Bahia. Na coleta foi utilizado o instrumento Diabetes Knowledge Questionnaire - DKN-A e um questionário com variáveis sociodemográficas e clínicas. Apresentou as variáveis independentes comparando-as com o nível de conhecimento através do teste Qui-Quadrado ou Fisher, e descreveu a força de associação por Odds Ratio e regressão múltipla.

Resultados: prevaleceu o nível de conhecimento insuficiente em 54,7% dos participantes, associando-se a idade, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, grupo educativo, tratamento e atividade física. Permanecendo no modelo final da análise multivariada idade avançada, baixa escolaridade, renda familiar inferior e nunca ter participado de grupo educativo.

Conclusão: o nível insuficiente de conhecimento encontrado neste estudo evidenciou a necessidade de intervenções educativas que auxiliem no tratamento do diabetes.

DESCRITORES: Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Autogestão. Diabetes Mellitus. Fatores de Risco.

Verônica Rabelo Santana Amaral. Discente do Mestrado em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Jequié, Bahia, Brasil. Tel.: +55 (73) 98854-0107. Email: vekarabelo@gmail.com.

Roseanne Montargil Rocha. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Doutora em Enfermagem Fundamental. Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Ilhéus, Bahia, Brasil. Tel.: +55 (73) 99150-4763. Email: rmroha@uesc.br.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus - DM é uma condição crônica de alta prevalência, consiste em distúrbio metabólico com deficiência na produção e/ou ação da insulina, caracterizado por hiperglicemia persistente, sendo está o fator determinante no diagnóstico, tratamento e prevenção de complicações. É considerado um problema de saúde pública, em 2017 aproximadamente 425 milhões de adultos viviam com diabetes, sendo projetado uma estimativa crescente, atingindo 629 milhões de adultos até 2045⁽¹⁾.

Os fatores causais do diabetes ainda não são completamente conhecidos, utilizando assim a etiologia para classificar e iniciar o plano terapêutico. Os tipos mais comuns são: tipo 1, com destruição das células β pancreáticas ocasionando deficiência completa na produção de insulina, tipo 2, com etiologia complexa e multifatorial, gestacional, caracterizada por hiperglicemia persistente com início na gestação atual, outras formas de diabetes, que agrupa os tipos menos comuns, cuja apresentação clínica é bastante variada e depende da alteração de base que provocou o distúrbio do metabolismo glicídico⁽²⁾.

O diabetes mellitus tipo 2 - DM2 é a forma mais comum, representando 90 a 95% das ocorrências de diabetes, possui como característica a deficiência na ação/produção de insulina e resistência insulínica, sendo idade avançada, obesidade, falta de atividade física e história familiar os fatores de risco para o desenvolvimento⁽³⁾.

O plano terapêutico tem como objetivo o controle glicêmico adequado, que para ser alcançado necessita do tratamento medicamentoso, mudança no estilo de vida, atividade física e educação em saúde⁽³⁾. Como forma de colaborar na execução dessas atividades, as intervenções educativas têm apresentado contribuição positiva no conhecimento sobre diabetes, na adesão ao tratamento medicamentoso e nas taxas de hemoglobina glicada⁽⁴⁾.

Sabe-se que as práticas baseadas no empoderamento, através de uma abordagem pautada principalmente na problematização, com o objetivo de aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes

essenciais para conviver com o diabetes, contribuem para o alcance do controle glicêmico adequado⁽⁵⁾. Sendo assim a educação em saúde representa um importante pilar no tratamento do diabetes, pois as medidas de cuidado só são possíveis de serem realizadas quando a pessoa com diabetes conhece os mecanismos que envolvem a doença, para que empoderada, busque praticar ações diárias de autocuidado⁽⁶⁾.

Além disso, quanto maior o conhecimento sobre a fisiopatologia, tratamento e complicações do diabetes, maior serão as chances de adoção de atitudes positivas no autogerenciamento da saúde⁽⁷⁾. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde é o cenário responsável por promover o Programa de Educação para pessoas com diabetes, inserindo este, no processo terapêutico individual e coletivo⁽⁸⁾.

Contudo, é necessário verificar o nível de conhecimento acerca do diabetes dessa população, considerando as lacunas do conhecimento que irão subsidiar o planejamento de estratégias educacionais que auxiliem na adesão ao autocuidado e na qualidade de vida de pessoas com diabetes.

OBJETIVO

Identificar os fatores associados ao nível de conhecimento de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 cadastradas na Atenção Primária à Saúde de um município da Bahia.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado no município de Itabuna, Bahia, localizado no interior sul do estado, com população estimada de 212.740 habitantes⁽⁹⁾. Possui em sua Rede de Saúde da Atenção Básica trinta Unidades de Saúde, que estão divididas geograficamente em quatro Módulos Assistenciais⁽¹⁰⁾. Esta pesquisa ocorreu em 04 dessas unidades, sendo 01 de cada módulo assistencial, definida por amostragem proporcional de tamanho.

O tamanho da amostra do estudo foi calculado baseando-se na população de pessoas com DM2 cadastradas nas 04 Unidades de Saúde da pesquisa (1.115), prevalência de pessoas com DM2 com conhecimento insuficiente 56,1%⁽¹¹⁾ e adotando os parâmetros de nível de confiança de 99% e erro de estimativa de 1%. Os participantes foram selecionados por amostragem aleatória simples, a partir da lista de pessoas com DM2 de cada unidade, foi realizada visita domiciliar guiada pelo Agente Comunitário de Saúde – ACS.

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a dezoito anos, ter diagnóstico médico de DM2, ser cadastrado em uma das unidades onde ocorreram a coleta de dados, ter capacidade de entender e responder às perguntas dos questionários e concordar em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE. O critério de exclusão adotado foi incapacidade de compreender e/ou responder os questionários.

A variável de desfecho do estudo foi o conhecimento das pessoas com DM2 acerca da doença, para isso foi aplicado questionário com variáveis sociodemográficas e clínicas e o instrumento adaptado e validado a cultura brasileira Diabetes Knowledge Questionnaire- DKN-A.

As variáveis sociodemográficas foram sexo (masculino e feminino), idade (< 60 anos e ≥ 60 anos), situação conjugal (com companheiro e sem companheiro), escolaridade (analfabeto, primário incompleto e completo, fundamental incompleto e completo, médio incompleto e completo e superior incompleto e completo), ocupação (trabalha fora, não trabalha fora), renda familiar (≤ 1 salário, 2 a 3 salários e ≥ 4 salários) e número de moradores na residência (0, 1 a 3 pessoas e ≥ 4 pessoas).

Para as variáveis clínicas foram avaliados tempo de diagnóstico (≤ 5 anos, 6-10 anos, 11-15 anos, ≥ 16 anos), participação em grupo educativo (participa ou já participou e nunca participou), tratamento

atual (não utiliza insulina, em uso de insulina), frequência de consulta médica e com enfermagem (acompanhamento adequado e inadequado) e realiza atividade física (sim e não).

Para avaliação do nível de conhecimento acerca do diabetes foi utilizado o instrumento Diabetes Knowledge Questionnaire - DKN-A, traduzido para língua portuguesa e validado no Brasil⁽¹²⁾, apresentando análise de confiabilidade, teste-reteste, na qual obteve o coeficiente Kappa variando de 0,56 a 0,69. Além disso, é importante ressaltar que é bastante utilizado em pesquisas científicas nacionais e internacionais, sendo atualmente indicado pela Sociedade Brasileira de Diabetes.

O DKN-A é composto por quinze perguntas de múltipla escolha abordando categorias referentes ao DM: fisiologia básica, hipoglicemia, alimentos e substituições, gerenciamento e autocuidado. Para cada resposta correta é contabilizado 1 ponto, sendo a escala de medida de 0- a 15, sendo o escore menor ou igual a 7 pontos considerado conhecimento insuficiente sobre o diabetes⁽¹²⁾.

A coleta de dados ocorreu através de visita domiciliar, que foram guiadas pelo ACS, no período de dezembro de 2017 a junho de 2018. A equipe de coleta foi composta por seis estudantes da área de saúde, bolsistas de uma Universidade pública estadual da Bahia, devidamente treinadas.

No domicílio, houve apresentação do objetivo da pesquisa e convite para participar, quando aceito foi formalizado através da leitura e assinatura do TCLE, quando negado ou ausência no momento da visita a equipe de coleta buscou outra residência até atingir a saturação dos dados quantitativos por unidade de saúde. Buscou realizar a coleta de dados no ambiente da residência que houvesse menor ruído e interferência, iniciando com a aplicação do questionário sociodemográfico e clínico seguido do questionário DKN-A.

Os dados foram digitados em planilha do Microsoft Excel 2010 e, posteriormente, transferidos para o Statistical Package for the Social

Sciences - SPSS versão 21.0. Foi realizada a análise descritiva das variáveis sociodemográficas e clínicas, sendo calculadas as frequências (absoluta e relativa). Para verificar a associação do conhecimento de diabetes e as características sociodemográficas e clínicas, foi utilizado a análise bivariada, com o teste de qui-quadrado de Pearson. As variáveis que apresentaram $p < 0,2$ na análise bivariada foram inseridas em um modelo de regressão logística binária, método stepwise backward, sendo os resultados expressos em odds ratio e intervalo de confiança 95%, com significância em $p < 0,05$ para todas as análises.

Os dados utilizados neste estudo fazem parte da pesquisa intitulada “Conhecimento, enfrentamento, qualidade de vida e gestão do cuidado em Diabetes Mellitus” que teve como objetivo avaliar o conhecimento sobre diabetes, atitudes de enfrentamento, qualidade de vida e gestão do cuidado de pessoas com diabetes mellitus, familiares e profissionais de saúde. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob o parecer 2.346.497 de 24 de outubro de 2017, através do número do CAAE 74607417.6.0000.0055, seguindo a Resolução 466/12.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 420 pessoas com DM2, houve perda de 7 participantes que apresentaram ausência de respostas no instrumento DKN-A, totalizando 413 pessoas para a análise dos dados. Desses, 69,3% eram mulheres e 30,7% homens, com idade média de 66 anos.

O nível de conhecimento da população com DM2 acerca de sua doença foi 54,7% de conhecimento insuficiente. A Tabela 1 evidencia as características da população de acordo com o nível de conhecimento, assim a maioria das pessoas com conhecimento insuficiente eram do sexo feminino 69,3%, idade ≥ 60 anos 79,1%, vivem sem companheiro 63,8%, com ensino fundamental incompleto ou

completo 36,3%, não trabalham fora 87,6%, com renda familiar \leq 1 salário e residem com 1 a 3 pessoas.

Tabela 1 - Dados Sociodemográficos de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 cadastradas na Atenção Básica do município de Itabuna, Bahia.

Variáveis	Nível de Conhecimento		Valor de p
	Suficiente [n (%)]	Insuficiente [n (%)]	
Sexo			
Feminino	131 (70,1)	156 (69,3)	0,874
Masculino	56 (29,9)	69 (30,7)	
Idade			
< 60 anos	86 (46)	47 (20,9)	0,000*
\geq 60 anos	101 (54)	178 (79,1)	
Situação Conjugal			
Com companheiro	89 (48,1)	80 (36,2)	0,015*
Sem companheiro	96 (51,9)	141 (63,8)	
Escolaridade			
Analfabeto	3 (1,6)	45 (20,2)	0,000*
Primário incompleto / completo	40 (21,7)	66 (29,6)	
Fundamental incompleto / completo	55 (29,9)	81 (36,3)	
Médio incompleto / completo	62 (33,7)	28 (12,6)	
Superior incompleto / completo	24 (13)	3 (1,3)	
Ocupação			
Trabalha fora	36 (19,4)	28 (12,4)	0,052
Não trabalha fora	150 (80,6)	198 (87,6)	
Renda Familiar			
\leq 1 salário	58 (31,7)	111 (52,1)	0,000*
2 – 3 salários	97 (53)	89 (41,8)	
\geq 4 salários	28 (15,3)	13 (6,1)	
Número de moradores na residência			
Sozinho	0 (0)	2 (0,8)	0,312
1 – 3 pessoas	122 (65,6)	154 (68,8)	
\geq 4 pessoas	64 (34,4)	68 (30,4)	

Fonte: Dados da pesquisa.

*p<0,05.

Na Tabela 2 observam-se as características clínicas da população. Entre as pessoas com conhecimento insuficiente, 38,3% tinham entre 6 e 10 anos de diagnóstico de DM2, nunca participou de grupo educativo 63,3%, tratamento sem o uso da insulina 93,8%,

realizam acompanhamento médico adequado 54,4 e acompanhamento com a enfermagem inadequado 85,4% e não praticavam atividade física 84,6%.

Tabela 2 - Dados Clínicos de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 cadastradas na Atenção Básica do município de Itabuna, Bahia.

Variáveis	Nível de Conhecimento		Valor de p
	Suficiente [n (%)]	Insuficiente [n (%)]	
Tempo de diagnóstico			
≤ 5 anos	54 (29,8)	74 (34,6)	0,779
6 -10 anos	73 (40,3)	82 (38,3)	
11 – 15 anos	30 (16,6)	31 (14,5)	
≥ 16 anos	24 (13,3)	27 (12,6)	
Grupo educativo			
Participa / já participou	97 (53,3)	80 (36,7)	0,001*
Nunca participou	85 (46,7)	138 (63,3)	
Tratamento			
Não utiliza insulina	165 (88,2)	211 (93,8)	0,047*
Em uso de insulina	22 (11,8)	14 (6,2)	
Consulta com Médico			
Acompanhamento adequado	95 (50,8)	123 (54,4)	0,463
Acompanhamento inadequado	92 (49,2)	103 (45,6)	
Consulta com Enfermagem			
Acompanhamento adequado	34 (18,2)	33 (14,6)	0,326
Acompanhamento inadequado	153 (81,8)	193 (85,4)	
Prática de Atividade física			
Sim	50 (28,6)	34 (15,4)	0,001*
Não	125 (71,4)	187 (84,6)	

Fonte: Dados da pesquisa.

*p<0,05.

O modelo final da análise multivariada está apresentado na Tabela 3, sendo observados os intervalos de confiança 95% de cada variável que permaneceu no modelo, assim como o odds ratio. É possível notar que os coeficientes dos IC95% foram atenuados, porém as variáveis idade ≥ 60 anos, escolaridade analfabeto e primário

completo/incompleto, renda \leq 1 salário e participação em grupo educativo permaneceram associados ao conhecimento insuficiente.

Tabela 3 - Odds ratio e intervalo de confiança 95% de modelo final de regressão do risco em pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2 para conhecimento insuficiente sobre a doença. Itabuna-BA, 2018.

	Odds Ajustado	IC 95% Ajustado
Nunca participou de Grupo Educativo	1.983	1.256-3.130
Idade \geq 60 anos	2.170	1.301-3.620
Escolaridade analfabeto e primário completo/incompleto	8.356	2.205-31.662
Renda \leq 1 salário	2.386	1.008-5.650

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

No presente estudo, o conhecimento insuficiente identificado em 54,7% da amostra está relacionado a maior risco em indivíduos que nunca participaram de grupo educativo, com idade \geq 60 anos, escolaridade analfabeto e primário e com renda menor ou igual a 1 salário mínimo. A prevalência do conhecimento insuficiente evidenciada neste estudo está em consonância com pesquisas nacionais^(11,13-18) e internacionais⁽¹⁹⁻²³⁾.

Foi encontrada forte similaridade com recente pesquisa realizada em Minas Gerais, onde 56,1% apresentaram conhecimento insuficiente, sendo este associado com idade avançada e baixa escolaridade⁽¹¹⁾. A relevância de ter uma conduta profissional diferenciada para população com idade \geq 60 anos, se faz necessária por se tratar de uma população com baixa adesão a terapia medicamentosa, sendo decorrente da falta de conhecimento, complexidade do esquema medicamentoso e relação prescritor e paciente⁽²⁴⁾.

Estudo brasileiro, através da aplicação do mesmo questionário, evidenciou dados semelhantes em relação ao conhecimento

insuficiente, sendo este associado a baixa escolaridade, apresentou que a dificuldade de ler e entender a prescrição, pode favorecer a não adesão ao tratamento, aumentando os riscos à saúde⁽²⁵⁾. Além disso, pesquisa realizada no cenário nacional da APS com 288 indivíduos apresentou associação do conhecimento insuficiente com a baixa escolaridade⁽¹⁷⁾.

Ao analisar a escolaridade neste estudo, verificou-se que a maioria das pessoas com DM2 que apresentaram conhecimento insuficiente tinham baixa escolaridade, sendo que ser analfabeto ou ter primário completo/incompleto apresentaram oito vezes mais chances de ter o conhecimento insuficiente. Esse achado torna-se importante uma vez, a população com diabetes acompanhada pela APS tem predominância de baixo nível de escolaridade e apresentam maior risco de ter complicações^(16,26).

Considerando o contexto internacional, o baixo nível de conhecimento foi encontrado em estudos realizados, na Etiópia, Jordânia, Líbano, Bangladesh e Austrália⁽¹⁹⁻²³⁾. Um ponto importante no último estudo a ser considerado é a relação significativa do conhecimento com os níveis adequados de glicemia, dessa forma as pessoas com conhecimento tendem a seguir o plano terapêutico evitando a hiperglicemia e as complicações da doença.

Podemos observar ainda nos resultados deste estudo, que pessoas com limitada renda familiar, sendo igual ou menor que 1 salário possuem duas vezes mais chances de apresentar o conhecimento insuficiente. Esse achado corrobora com estudo realizado em Recife, que apresentou no contexto brasileiro, a maior quantidade de pessoas com conhecimento insuficiente 77,7% e demonstrou associação com idade avançada, baixa escolaridade, morar com outras pessoas e baixo nível socioeconômico⁽¹⁸⁾.

Diante desse cenário, as pessoas com menor renda que possuem diabetes atravessam barreiras para seguir seu plano terapêutico, a mudança alimentar onera os gastos com alimentação⁽²⁷⁾. Os medicamentos na maioria das vezes indisponíveis na Unidade de

Saúde, exige deslocamento até as farmácias que garantem gratuidade de medicamentos prescritos⁽²⁸⁾. Além disso, a saúde dessa população geralmente depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde, que tem fragilidades como, baixa cotas de exames periódicos, dificuldade de encaminhamentos para endocrinologista e nutricionista e estrutura física inadequada⁽²⁹⁾.

Em contraste com dados encontrados, foi evidenciado o conhecimento satisfatório em 78,05% de adultos com diabetes que participavam de um programa educativo para o autocuidado e em 81,5% da população com diabetes cadastrada na Estratégia de Saúde da Família de Minas Gerais, que dispõe de atendimento da equipe multiprofissional e tem como diferencial a oferta de atividades educativas duas vezes ao mês, buscando o empoderamento das pessoas com diabetes^(30,31).

Esses dados apresentados em cenários que atuam com ações educativas, constata a importância dessas atividades para o aumento do nível de conhecimento e conseqüentemente tratamento do diabetes. Sobretudo, torna-se necessário uma equipe multiprofissional responsável em planejar e implementar um programa educativo que auxilie no tratamento das pessoas com diabetes⁽³⁰⁾.

Em relação a participação em grupo educativo, este estudo revelou que a maioria nunca participou, revelando 1.98 chances de ter conhecimento insuficiente. Estudos com intervenções educativas reforçam a contribuição positiva dessa estratégia no tratamento, auxiliando no conhecimento, na adesão ao tratamento medicamentoso no controle das taxas de hemoglobina glicada, na melhora do autocuidado, e sobretudo na diminuição do sofrimento em viver com o diabetes, melhorando a qualidade de vida^(7,32,33).

CONCLUSÃO

Os achados dessa pesquisa apontaram que idade, situação conjugal, escolaridade, renda, grupo educativo, tratamento e atividade física são fatores associados ao nível de conhecimento de pessoas

com DM2 atendidas na APS de um município da Bahia. Evidenciou-se que, idade igual ou superior 60 anos eleva 2,17 vezes a chance de apresentar conhecimento insuficiente, além disso, pouca escolaridade eleva 8,36 vezes, a baixa renda 2,39 vezes e nunca ter participado de grupo educativo 1,98 vezes.

O nível de conhecimento encontrado neste estudo evidenciou a necessidade de intervenções educativas que auxiliem no tratamento do diabetes. Esse estudo recomenda a implementação de ações educativas multiprofissionais, que em princípio considere os resultados apresentados, afim de amparar o planejamento das ações.

REFERÊNCIAS

1. Cho NH, Shaw JE, Karuranga S, Huang Y, da Rocha Fernandes JD, Ohlrogge AW, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract.* 2018;
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes- Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. 2017.
3. American Diabetes Association AD. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. *Diabetes Care* [Internet]. 1 de janeiro de 2018 [citado 5 de novembro de 2018];41(Suppl 1):S13–27. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29222373>
4. Figueira ALG, Boas LCGV, Coelho ACM, Freitas MCF, Pace AE. Educational interventions for knowledge on the disease, treatment adherence and control of diabetes mellitus. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [citado 19 de novembro de 2018];25(0). Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100327&lng=en&tlng=en
5. Cortez DN, Santos JC, Macedo MML, Souza DAS, Reis IA, Torres HC. Efeito de um programa educacional em empoderamento do autocuidado para cumprimento de metas em Diabetes. *Cienc y enfermería* [Internet]. outubro de 2018 [citado 26 de dezembro de 2018];24. Available at: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532018000100203&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Santos JC, Cortez DN, Macedo MML, Reis EA, Reis IA, Torres HC. Comparação das estratégias de educação em grupo e visita

- domiciliar em diabetes mellitus tipo 2: ensaio clínico. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2017 [citado 18 de dezembro de 2018]; Available at: www.eerp.usp.br/rlae
7. Binh TQ, Phuong PT, Nhung BT. Knowledge and associated factors towards type 2 diabetes among a rural population in the Red River Delta region, Vietnam. *Rural Remote Health* [Internet]. [citado 7 de dezembro de 2018];15(3):3275. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26408862>
 8. BRASIL. Lei nº 11.347, DE 27 DE SETEMBRO DE 2006. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. [Internet]. 185º da Independência e 118º da República 2006. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11347.htm
 9. IBGE. Censo Demográfico [Internet]. 2018. Available at: <https://www.ibge.gov.br/informacoes-por-cidade-e-estado.html?t=destaques&c=2914802>
 10. BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Ministério da Saúde [Internet]. 2018. Available at: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>
 11. Assunção SC, Fonseca AP, Silveira MF, Caldeira AP, de Pinho L. Knowledge and attitude of patients with diabetes mellitus in Primary Health Care. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [citado 5 de novembro de 2018];21(4):20170208. Available at: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0208.pdf
 12. Torres HC, Virginia A H, Schall VT. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. *Rev Saude Publica* [Internet]. dezembro de 2005 [citado 5 de novembro de 2018];39(6):906–11. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600006&lng=pt&tlng=pt
 13. Oliveira KCS, Zanetti ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2011 [citado 27 de dezembro de 2018];45(4). Available at: <https://www.redalyc.org/html/3610/361033311010/>
 14. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [citado 10 de novembro de 2018];25(2):284–90. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200020&lng=pt&tlng=pt
 15. Silva DAR, Lutkmeier R, Moraes MA, Souza EN. Knowledge about diabetes in patients hospitalized for heart disease: a descriptive research. *Online Brazilian J Nurs* [Internet]. 2013 [citado 27 de

- dezembro de 2018];12(2). Available at: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3876/html_1
16. Mazzuchello FR, Tuon L, Simões PW, Mazon J, Dagostin VS, Tomasi CD. Knowledge, attitudes and adherence to treatment in individuals with hypertension and diabetes mellitus. 2016 [citado 13 de novembro de 2018];40(4):418–32. Available at: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/Knowledge_attitudes_adherence.pdf
 17. Teston EF, Serafim D, Cubas MR, Haddad M do CL, Marcon SS. Fatores associados ao conhecimento e à atitude em relação ao Diabetes Mellitus. *Cogitare Enferm* [Internet]. 30 de outubro de 2017 [citado 5 de novembro de 2018];22(4). Available at: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50850>
 18. Borba AKOT, Leal MCC, Diniz AS. Knowledge and attitude about diabetes self-care of older adults in primary health care. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 [citado 13 de novembro de 2018];0176. Available at: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/en/articles/knowledge-and-attitude-about-diabetes-selfcare-of-older-adults-in-primary-health-care/16222?id=16222&id=16222>
 19. Kassahun T, Gesesew H, Mwanri L, Eshetie T. Diabetes related knowledge, self-care behaviours and adherence to medications among diabetic patients in Southwest Ethiopia: a cross-sectional survey. *BMC Endocr Disord* [Internet]. 31 de dezembro de 2016 [citado 5 de novembro de 2018];16(1):28. Available at: <http://bmccendocrdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12902-016-0114-x>
 20. Alhaik S, Anshasi HA, Alkhaldeh J, Soh KL, Naji AM. An assessment of self-care knowledge among patients with diabetes mellitus. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev* [Internet]. 1 de janeiro de 2019 [citado 5 de novembro de 2018];13(1):390–4. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402118304077>
 21. Karaoui LR, Deeb ME, Nasser L, Hallit S. Knowledge and practice of patients with diabetes mellitus in Lebanon: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 20 de abril de 2018 [citado 13 de novembro de 2018];18(1):525. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29678148>
 22. Fatema K, Hossain S, Natasha K, Chowdhury HA, Akter J, Khan T. Knowledge attitude and practice regarding diabetes mellitus among Nondiabetic and diabetic study participants in Bangladesh. *BMC Public Health* [Internet]. 26 de dezembro de 2017 [citado 13 de novembro de 2018];17(1):364. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28446194>

23. Kueh YC, Morris T, Borkoles E, Shee H. Modelling of diabetes knowledge, attitudes, self-management, and quality of life: a cross-sectional study with an Australian sample. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 19 de dezembro de 2015 [citado 13 de novembro de 2018];13(1):129. Available at: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0303-8>
24. Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA. A Systematic Review of Barriers to Medication Adherence in the Elderly: Looking Beyond Cost and Regimen Complexity. *Am J Geriatr Pharmacother* [Internet]. 1 de fevereiro de 2011 [citado 13 de novembro de 2018];9(1):11–23. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1543594611000080>
25. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [citado 5 de novembro de 2018];25(2):284–90. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200020&lng=pt&tlng=pt
26. Moreschi C, Rempel C, Siqueira DF, Backes DS, Pissaia LF, Grave MTQ. Family Health Strategies: Profile/quality of life of people with diabetes. *Rev Bras Enferm* [Internet] [Internet]. 2018 [citado 28 de dezembro de 2018];71(6):3073–80. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7160.0661180123>
27. Barsaglini RA, Canesqui AM. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. *Saúde e Soc* [Internet]. dezembro de 2010 [citado 15 de novembro de 2018];19(4):919–32. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400018&lng=pt&tlng=pt
28. Pinto CBS, Miranda ES, Moritz AFE, Osorio-de-Castro CGS. A provisão de medicamentos pelo “Saúde Não Tem Preço” em municípios prioritários para o Plano Brasil Sem Miséria em Mato Grosso do Sul. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 24 de maio de 2018 [citado 15 de novembro de 2018];28(1). Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000100403&lng=pt&tlng=pt
29. Neves RG, Duro SMS, Muñoz J, Castro TRP, Facchini LA, Tomasi E. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Cad Saude Publica* [Internet]. 29 de março de 2018 [citado 15 de novembro de 2018];34(4):e00072317. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000405003&lng=pt&tlng=pt
30. Rodrigues FFL, Zanetti ML, Santos MA, Martins TA, Sousa VD, Figueiredo CA, et al. Perfil dos cuidados farmacológicos em pacientes com diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [citado 15 de novembro de 2018];72(1):15–22. Available at: <https://doi.org/10.1590/0034-7160.0651180136>

- Teixeira CRS, et al. Knowledge and attitude: important components in Diabetes education [Internet]. [citado 19 de novembro de 2018]. Available at: www.eerp.usp.br/rlae
31. Gonçalves NEXM, Zanetti ML, Vassimon HS, Neiva CM. Knowledge of individuals with diabetes mellitus in the family health strategy. *J Nurs UFPE line* - ISSN 1981-8963 [Internet]. 23 de junho de 2017 [citado 19 de novembro de 2018];11(7):2779–87. Available at: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23453>
 32. Maia MA, Reis IA, Torres HC. Relationship between the users' contact time in educational programs on diabetes mellitus and self-care skills and knowledges. *Rev Esc Enferm USP* . [Internet]. 2016 [citado 19 de novembro de 2018];50(1):59–64. Available at: www.ee.usp.br/reeusp
 33. Brito GMG, Gois CFL, Zanetti ML, Resende GGS, Silva JRS. Quality of life, knowledge and attitude after educational program for Diabetes. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2016 [citado 19 de novembro de 2018];29(3):298–306. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/1982->

5.2 MANUSCRITO 2

AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Verônica Rabelo Santana Amaral¹, Roseanne Montargil Rocha¹

O manuscrito foi elaborado conforme as instruções de submissão aos autores da Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste- RENE, disponível em: <http://periodicos.ufc.br/index.php/rene/about/editorialPolicies#custom-4>.

RESUMO:

Objetivo: avaliar a funcionalidade familiar de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 e associar com o conhecimento sobre diabetes e atitudes de enfrentamento frente a doença. **Método:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, foram utilizados os instrumentos Apgar de família, Diabetes Attitude Questionnaire Atitudes e Diabetes Knowledge Questionnaire. As variáveis independentes foram apresentadas em comparação com a funcionalidade familiar através do teste Qui-Quadrado ou Fisher. **Resultados:** prevaleceu a boa funcionalidade familiar (79,6%), seguida de moderada disfunção (10,7%) e elevada disfunção (9,7%), sendo associada a boa funcionalidade com situação conjugal e atitudes de enfrentamento da doença. Não houve associação significativa entre funcionalidade familiar e conhecimento sobre diabetes. **Conclusão:** a boa funcionalidade familiar evidenciada, destaca a importância do envolvimento da família no tratamento do diabetes, e as atitudes de enfrentamento negativas frente a doença, demonstra que há dificuldade de ajustamento psicológico e emocional, mesmo quando a pessoas percebe sua família como funcional.

DESCRITORES: Relações Familiares; Atenção Primária à Saúde; Diabetes Mellitus; Família.

¹Programa de Pós-Graduação enfermagem e Saúde – UESB Jequié.
Autor correspondente: Verônica Rabelo Santana Amaral

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é uma grave condição crônica caracterizada pela produção diminuída ou ausente de insulina e/ou resistência periférica de sua ação, resultando em hiperglicemia persistente. A prevalência tem aumentado nas últimas décadas em decorrência principalmente do envelhecimento, obesidade, sedentarismo e processo de urbanização⁽¹⁾.

Dentre os tipos de diabetes o mais comum é o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), sendo responsável por 90 a 95% dos casos diagnosticados. Representa um dos principais agravos no cenário epidemiológico do Brasil, impactando nos anos de vida perdido por morte prematura, assim como nos anos de vida saudáveis perdidos por problemas de saúde ou incapacidade⁽²⁾.

As complicações causadas pelo DM2 ocasionam danos na autonomia e na capacidade funcional das pessoas, diminuindo de maneira considerável a qualidade de vida. Portanto, o tratamento visa evita-las através de ações de autocuidado que contemplam o uso de medicamentos e adoção de hábitos de vida saudáveis, sendo nesse contexto, importante que ocorra a participação da família nos cuidados e apoio^(3,4).

Afim de destacar os benefícios da participação da família no apoio a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do diabetes, a campanha do Dia Mundial do Diabetes no ano de 2018 teve como tema: “A família e o diabetes”, buscando divulgar para a população o papel da família no tratamento da doença. De certo, os membros da família são os principais apoiadores nos cuidados a saúde das pessoas com diabetes, auxiliando na alimentação saudável, prática de exercício físico e horários dos medicamentos⁽⁵⁾.

Entende-se por família, um grupo de pessoas que constituem um sistema complexo e dinâmico, que é influenciado pelo meio em que vive ao longo de sua formação e são capazes de interferir no processo de saúde e doença de seus componentes⁽⁶⁾. É considerada a principal unidade de cuidado das pessoas em situação de adoecimento, podendo

encontrar barreiras que dificultam o cuidado, porém quando orientada aos aspectos clínicos do diabetes, auxilia na autoeficácia e gerenciamento do tratamento, contribuindo no controle do nível glicêmico^(7,8).

Em princípio, os componentes da família são dinâmicos, onde o comportamento de cada pessoa influencia o das outras, e esta também é influenciada retroativamente, podendo as interações na família serem percebidas como boa funcionalidade ou não. Caso a família seja percebida como funcional, haverá capacidade de responder aos conflitos e dificuldades mantendo o equilíbrio emocional, buscando melhorar ou resolver os problemas⁽⁹⁾.

Dada a importância da participação da família no tratamento do DM2, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a funcionalidade familiar de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 e associar ao conhecimento sobre diabetes e atitudes de enfrentamento frente a doença.

METODOLOGIA

Estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado em município do interior sul da Bahia, com população estimada de 212.740 habitantes⁽¹⁰⁾. Possui em sua Rede de Saúde da Atenção Básica trinta unidades de saúde, que estão divididas geograficamente em quatro Módulos Assistenciais⁽¹¹⁾. Esta pesquisa ocorreu em 04 dessas unidades de saúde, sendo 01 de cada módulo assistencial, definida por amostragem proporcional de tamanho.

Os participantes foram selecionados por amostragem aleatória simples, a partir da lista de pessoas com DM2 de cada unidade, considerando os critérios de inclusão: idade igual ou superior a dezoito anos, capacidade de entender e responder às perguntas dos questionários e concordar em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. O critério de exclusão adotado foi déficit cognitivo para responder os questionários.

As variáveis sociodemográficas foram: sexo (masculino e feminino), idade (< 60 anos e ≥ 60 anos), situação conjugal (com companheiro e sem companheiro), escolaridade (analfabeto, primário, fundamental, médio e superior), ocupação (trabalha fora, não trabalha fora), renda familiar (≤ 1 salário, 2 a 3 salários e ≥ 4 salários) e arranjo de moradia (sozinho, acompanhado de 1, 2, 3, 4 e ≥ 4 pessoas), as clínicas: tempo de diagnóstico (≤ 5 anos, 6-10 anos, 11-15 anos, ≥ 16 anos), participação em grupo educativo (participa ou já participou e nunca participou) e tratamento atual (não utiliza insulina, em uso de insulina)

Para avaliação do funcionamento familiar foi utilizado o Apgar de Família, produzido por Smilkstein em 1978, no Brasil foi traduzido e adaptado por Duarte em 2001. Esse instrumento avalia a dinâmica familiar através de cinco domínios: adaptação (*A=Adaptation*), companheirismo (*P=Partnership*), desenvolvimento (*G=Growth*), afetividade (*A=Affection*) e capacidade resolutiva (*R=Resolve*), sendo atribuídos valores de zero a dois, sendo zero referente a nunca, um às vezes e dois sempre, após somados a escala varia de zero a dez, sendo classificada: 0-4 elevada disfunção familiar, 5-6 moderada disfunção familiar e 7-10 boa funcionalidade familiar ^(12,13).

Para avaliar as atitudes de enfrentamento da doença foi utilizado o Diabetes Attitude Questionnaire - ATT-19, trazido e validado para cultura brasileira. É composto de dezenove perguntas acerca do ajustamento psicológico em resposta às necessidades de adaptação da vida após o diagnóstico de diabetes. Avalia seis fatores: receptividade do tratamento, estresse associado ao tratamento, confiança no tratamento, percepção sobre a saúde, aceitação social e eficácia pessoal, através de uma escala de 19 – 95, sendo considerado atitudes positivas o escore maior ou igual a 71 pontos⁽¹⁴⁾.

O conhecimento acerca do diabetes foi avaliado através do instrumento Diabetes Knowledge Questionnaire - DKN-A, sendo este composto por quinze perguntas de múltipla escolha que abordam categorias referentes ao DM: fisiologia básica, hipoglicemia, alimentos

e substituições de uma alimentação saudável, gerenciamento da glicemia e autocuidado. Para cada resposta correta é contabilizado 1 ponto, sendo a escala de medida de 0 a 15, onde o escore menor ou igual a 7 pontos é considerado conhecimento insuficiente sobre o diabetes.

A coleta de dados ocorreu nos domicílios por pesquisadores previamente treinados (graduandos e pós-graduandos da área da saúde) e guiados pelos Agentes Comunitários de Saúde, no período de dezembro de 2017 a junho de 2018. No domicílio, houve apresentação do objetivo da pesquisa e convite para participar, quando aceito, foi formalizado a participação através da leitura e assinatura do TCLE, quando negado ou ausência no momento da visita a equipe de coleta buscou outra residência. Buscou realizar a coleta de dados no ambiente da residência que houvesse menor ruído e interferência, iniciando com a aplicação do questionário sociodemográfico e clínico seguido do instrumento de conhecimento do diabetes DKN-A, posterior o de enfrentamento da doença ATT-19, e finalizou-se com o de avaliação da funcionalidade familiar, APGAR de família.

Para fins de análise, a variável de desfecho foi a funcionalidade familiar das pessoas com DM2. Foi realizada análise descritiva das variáveis sociodemográficas, clínicas, conhecimento sobre diabetes e enfrentamento da doença, sendo calculadas as frequências (absoluta e relativa). Para verificar as associações, foi utilizado a análise bivariada com o teste de qui-quadrado de Pearson.

Esse estudo trata-se do objetivo: Avaliar o estado funcional da família de pessoas com diabetes, que faz parte da pesquisa “Conhecimento, enfrentamento, qualidade de vida e gestão do cuidado em Diabetes Mellitus”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob o parecer 2.346.497 de 24 de outubro de 2017, através do número do CAAE 74607417.6.0000.0055, conduzida de acordo as normas da Resolução 466/12⁽¹⁵⁾.

RESULTADOS

No total foram entrevistadas 420 pessoas com DM2, sendo analisadas no presente estudo 413, pois considerou-se a perda de sete participantes que apresentaram ausência de respostas no instrumento APGAR. A amostra final foi constituída por pessoas do sexo feminino 69,3% e masculino 30,7%, com idade média de 66 anos.

A funcionalidade familiar das pessoas com DM2 foi predominada pela boa funcionalidade familiar (79,6%), seguida de moderada disfunção (10,7%) e elevada disfunção (9,7%). A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e clínicas da população do estudo de acordo com a funcionalidade familiar, assim a maioria das pessoas com boa funcionalidade relataram gênero feminino 68,3%, com idade \geq 60 anos 68,6%, estudaram até o ensino superior 55,7%, não trabalham fora 82,6%, tem renda familiar de dois a três salários mínimos 48,6% e quanto ao arranjo de moradia, 66,3% residem com 1 a 3 pessoas.

Quanto as características clínicas da população do estudo, entre as pessoas com boa funcionalidade familiar, 39,2% relataram ter DM2 entre 6 e 10 anos, seguido de 32,4% com tempo igual ou menor a 5 anos, quanto a grupo educativo com a temática diabetes, 57,6% dos participantes afirmaram nunca ter participado desse tipo de ação educativa e não utilizam insulina no tratamento 90,9%.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e clínicos por funcionalidade familiar de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

Variáveis	Funcionalidade Familiar			Valor de p
	Elevada Disfunção [n (%)]	Moderada Disfunção [n (%)]	Boa funcionalidade [n (%)]	
Sexo				
Feminino	29 (72,5)	34 (77,3)	224 (68,3)	0,438
Masculino	11 (27,5)	10 (22,7)	104 (31,7)	
Idade				
< 60 anos	15 (37,5)	15 (34,1)	103 (31,4)	0,712
≥ 60 anos	25 (62,5)	29 (65,9)	225 (68,6)	
Escolaridade				
Analfabeto/ Primário	15 (37,5)	1 (2,3)	23 (7,1)	0,771
Fundamental/ Médio	22 (55)	19 (43,2)	120 (37,2)	
Superior	3 (7,5)	24 (54,5)	180 (55,7)	
Ocupação				
Trabalha fora	4 (10)	3 (6,8)	57 (17,4)	0,115
Não trabalha fora	36 (90)	41 (93,2)	271 (82,6)	
Renda Familiar				
≤ 1 salário	19 (47,5)	20 (48,8)	130 (41,3)	0,566
2 – 3 salários	15 (37,5)	18 (43,9)	153 (48,6)	
≥ 4 salários	6 (15)	3 (7,3)	32 (10,2)	
Arranjo de moradia				
Sozinho	1 (2,5)	0 (0)	1 (0,3)	,275
1 – 3 pessoas	27 (67,5)	33 (75)	216 (66,3)	
≥ 4 pessoas	12 (30)	11 (25)	109 (33,4)	
Tempo de diagnóstico				
≤ 5 anos	15 (39,5)	11 (26,2)	102 (32,4)	,469
6 -10 anos	13 (34,2)	16 (38,1)	155 (39,2)	
11 – 15 anos	3 (7,9)	7 (16,7)	61 (15,4)	
≥ 16 anos	7 (18,4)	8 (19)	51 (12,9)	
Grupo educativo				
Participa, já participou	19 (47,5)	24 (54,5)	134 (42,4)	,287
Nunca participou	21 (52,5)	20 (45,5)	182 (57,6)	
Tratamento atual				
Não utiliza insulina	38 (95)	40 (90,9)	298 (90,9)	,678
Em uso de insulina	2 (5)	4 (9,1)	30 (9,1)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota:*p<0,05.

Os resultados do teste qui-quadrado identificaram associação entre funcionalidade familiar e a situação conjugal ($p=0,002$), sendo que as pessoas que vivem com companheiro apresentam maior nível de funcionalidade do que as que vivem sem companheiro, e com atitudes de enfrentamento ($p=0,021$), onde as pessoas com boa funcionalidade

familiar tiveram atitudes de enfrentamento negativas com maior frequência do que atitudes positivas conforme na Tabela 3. Não foi encontrada associação significativa entre a funcionalidade familiar e o conhecimento acerca do diabetes.

Tabela 2 - Associação entre funcionalidade familiar, situação conjugal, conhecimento e atitudes de enfrentamento de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2.

Variáveis	Funcionalidade Familiar			Valor de p
	Elevada disfunção [n (%)]	Moderada disfunção [n (%)]	Boa funcionalidade [n (%)]	
Situação conjugal				
Com companheiro	8 (4,7%)	13 (7,7%)	148 (87,6%)	0,002*
Sem companheiro	32 (13,5%)	31 (13,1%)	174 (73,4)	
Atitudes de enfrentamento				
Negativa	37 (9,1%)	44 (10,9%)	324 (80%)	0,021*
Positiva	3 (37,5%)	0 (0%)	5 (62,5%)	
Conhecimento				
Suficiente	15 (8%)	20 (10,7%)	152 (81,3%)	0,580
Insuficiente	25 (11,1%)	24 (10,6%)	177 (78,3%)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota:*p<0,05.

DISCUSSÃO

A funcionalidade familiar foi considerada boa entre as pessoas com DM2 entrevistadas, o que demonstra que na visão das pessoas com DM2 as famílias têm a capacidade de manter as relações coesas entre si, através da participação e/ou compreensão necessária para auxiliar no tratamento do diabetes. Dando robustez aos benefícios da participação da família no tratamento do diabetes ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

A boa funcionalidade familiar evidenciada nesse estudo (79,6%) corrobora com pesquisa realizada no sudeste do Brasil com idosos com DM2, na qual idosos apresentaram boa funcionalidade familiar (87,8%) sendo associada ao arranjo de moradia, onde quem mora sozinho, apresenta funcionalidade ruim ⁽¹⁶⁾. Sendo assim, a população

entrevistada apresentou o arranjo de moradia como fator protetor, pois a maioria relatou morar com uma a três pessoas. Em contraste a presença do companheiro conjugal não foi encontrada em todas essas moradias, representando a importância dos diversos membros da família no cuidado do diabetes.

As pessoas possuem necessidades afetivas, sendo a família a base de onde essas relações primordialmente se estabelecem, gerando valorização do ser humano através de um ambiente no qual seus membros tenham proximidade, estabilidade, reciprocidade e laços afetivos entre as gerações ⁽¹⁹⁾. Quando ocorre o diagnóstico do diabetes as necessidades afetivas tornam-se maiores, pois o diabetes exige cuidados e mudanças de hábitos contínuos ao longo da vida.

Nesse estudo, a funcionalidade familiar apresentou associação significativa com a situação conjugal, sendo que, as pessoas com DM2 que relataram viver sem companheiro apresentaram a disfuncionalidade familiar em maior proporção quando comparadas aos que vivem com companheiro. Essa associação demonstra a potencial fragilidade no apoio familiar quando a pessoa com diabetes se encontra em situação conjugal sem companheiro, podendo assim comprometer o autocuidado. O apoio familiar prestado pelo companheiro é uma estratégia significativa no enfrentamento da doença ⁽²⁰⁾.

Com relação as atitudes de enfrentamento, a maioria das pessoas com DM2 que apresentaram boa funcionalidade familiar, demonstraram atitudes negativas frente a doença, evidenciando que apesar de perceberem sua família como funcional, apresentam dificuldades no componente emocional, com baixa prontidão e motivação para enfrentar as mudanças de hábitos necessárias no tratamento do diabetes.

A necessidade de cuidado familiar das pessoas com condições crônicas, mesmo quando essas não são dependentes, é motivo de desconforto e constrangimento, por acreditar que os cuidados exigidos pela doença causam sobrecarga emocional e física em seus familiares

(21). Os sentimentos frente a participação familiar no cuidado têm sentidos ambíguos, as vezes identificado na forma de controle excessivo, quando a família assume um papel vigilante e punitivo, podendo causar raiva e/ou revolta, contudo, a família é percebida como instância cuidadora e afetuosa, que ajuda no autocuidado⁽²²⁾.

Sendo assim, é importante que a família seja preparada para lidar com os sentimentos experienciados pela pessoa com DM2, que tem o desejo por atenção, companhia e afeto, mas também há o medo de estar gerando uma sobrecarga na vida dos familiares, além dos próprios sentimentos que geralmente surgem ao conviver com a doença do familiar, como a sensação de culpa, a frustração e até mesmo a raiva, ou outros que podem surgir diante dessa responsabilidade⁽²³⁾.

CONCLUSÃO

A boa funcionalidade familiar de pessoas com DM2 atendidas na Atenção Primária a Saúde de um município do Sul da Bahia constatada é um importante achado, de forma que evidência aspectos significativos quanto a situação conjugal e as atitudes de enfrentamento das pessoas com DM2.

As pessoas com DM2 em situação conjugal com companheiro, apresentam boa funcionalidade familiar com maior frequência do que as que vivem sem companheiro de forma significativa. Entretanto, ainda que a funcionalidade familiar foi percebida na maioria dos participantes como boa, estes apresentaram em maioria atitudes de enfrentamento negativas.

Diante disso, este estudo sugere como estratégias para os cuidados prestados por profissionais de saúde, a avaliação do contexto que a pessoa com DM2 habita, buscando avaliar a funcionalidade familiar e sobretudo as atitudes de enfrentamento, assim como a inclusão da família no tratamento, afim de garantir a qualidade da assistência as pessoas com DM2.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. GLOBAL REPORT ON DIABETES [Internet]. 2016. Available at: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/index.html
2. Costa AF, Flor LS, Campos MR, Oliveira AF de, Costa M de F dos S, Silva RS da, et al. Burden of type 2 diabetes mellitus in Brazil. Cad Saude Pública [Internet]. 2017 [citado 9 de janeiro de 2019]; Available at: http://www.epigear.com/index_files/dismod_ii.html
3. Ishak NH, Mohd Yusoff SS, Rahman RA, Kadir AA. Diabetes self-care and its associated factors among elderly diabetes in primary care. J Taibah Univ Med Sci [Internet]. 1 de dezembro de 2017 [citado 13 de novembro de 2018];12(6):504–11. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1658361217300860>
4. Brasil. Caderno de Atenção Básica n 36. Ministério da Saúde. 2016.
5. Cecilio SG, Brasil CLGB, Vilaça CP, Silva SMF da, Vargas E da C, Torres H de C. Aspectos psicossociais do viver com diabetes Mellitus na promoção do autocuidado. Rev da Rede Enferm do Nord Univ Fed do Ceará [Internet]. 2016 [citado 9 de janeiro de 2019];17:44–51. Available at: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324044160007>
6. Mattos M, Maruyama SAT. A experiência em família de uma pessoa com diabetes mellitus e em tratamento por hemodiálise. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2009 [citado 9 de janeiro de 2019]; Available at: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a23.pdf>
7. Wichit N, Mnatzaganian G, Courtney M, Schulz P, Johnson M. Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes. Diabetes Res Clin Pract [Internet]. 1 de janeiro de 2017 [citado 10 de julho de 2018];123:37–48. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822716316163>
8. Gomes-Villas Boas LC, Foss MC, Freitas MCF de, Pace AE. Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. fevereiro de 2012 [citado 9 de janeiro de 2019];20(1):52–8. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100008&lng=en&tlng=en
9. Moreira LT, Rollo AC, Torre R, Cruz MA. Abordagem familiar: quando, como e porquê? Um caso prático. Rev Port Med Geral e Fam [Internet]. 2018 [citado 7 de janeiro de 2019];34(4):229–36.

- Available at:
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732018000400007&lang=pt
10. IBGE. Censo Demográfico [Internet]. 2018. Available at:
<https://www.ibge.gov.br/informacoes-por-cidade-e-estado.html?t=destaques&c=2914802>
 11. BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Ministério da Saúde [Internet]. 2018. Available at:
<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>
 12. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* [Internet]. junho de 1978 [citado 7 de janeiro de 2019];6(6):1231–9. Available at:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>
 13. Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares. 2001 [citado 7 de janeiro de 2019]; Available at:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDEF&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=17739&indexSearch=ID>
 14. Torres HC, Virginia A H, Schall VT. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. *Rev Saude Publica* [Internet]. dezembro de 2005 [citado 5 de novembro de 2018];39(6):906–11. Available at:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600006&lng=pt&tlng=pt
 15. BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 [Internet]. 2012. Available at:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 16. Elias HC, Marzola TS, Molina NPFM, Assunção LM, Rodrigues LR, Tavares DMS. Relation between family functionality and the household arrangements of the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018 [citado 14 de janeiro de 2019]; Available at:
<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180081>
 17. Borba AK de OT, Marques AP de O, Ramos VP, Leal MCC, Arruda IKG de, Ramos RSP da S. Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. março de 2018 [citado 15 de janeiro de 2019];23(3):953–61. Available at:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300953&lng=pt&tlng=pt
 18. Ávila-Jiménez L, Cerón O D, Ramos-Hernández RI, Velázquez L L. Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Med Chil* [Internet]. fevereiro de 2013 [citado 27 de agosto de 2018];141(2):173–80. Available at:

- http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
19. Silva DM, Vilela ABA, Nery AA, Duarte ACS, Alves MR, Meira SS. Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. julho de 2015 [citado 10 de janeiro de 2019];20(7):2183–91. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702183&lng=pt&tlng=pt
 20. Eid LP, Leopoldino SAD, Oller GASA de O, Pompeo DA, Martins MA, Gueroni LPB, et al. Factors related to self-care activities of patients with type 2 diabetes mellitus. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2 de julho de 2018 [citado 6 de novembro de 2018];22(4). Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400201&lng=en&tlng=en
 21. Santos AL, Cecílio HPM, Teston EF, Marcon SS. Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico. *Texto Context - Enferm* [Internet]. dezembro de 2012 [citado 15 de janeiro de 2019];21(4):879–86. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400019&lng=pt&tlng=pt
 22. Santos MA, Alves RCP, Oliveira VA, Ribas CRP, Teixeira CRS, Zanetti ML. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. junho de 2011 [citado 21 de janeiro de 2019];45(3):651–8. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300015&lng=pt&tlng=pt
 23. Kovacs Burns K, Nicolucci A, Holt RIG, Willaing I, Hermanns N, Kalra S, et al. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national benchmarking indicators for family members living with people with diabetes. *Diabet Med* [Internet]. julho de 2013 [citado 21 de novembro de 2018];30(7):778–88. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23701236>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados coletados, os resultados obtidos pelo presente estudo permitem concluir que o nível de conhecimento das pessoas com DM2 é insuficiente, sendo este associado com a idade, situação conjugal, escolaridade, renda, grupo educativo, tratamento e atividade física.

Em relação as variáveis que aumentam o risco do conhecimento insuficiente, encontramos que a idade igual ou superior 60 anos eleva 2,17 vezes, a pouca escolaridade 8,36, a baixa renda 2,39 e nunca ter participado de grupo educativo 1,98.

A funcionalidade familiar de pessoas com DM2 foi apresentada pela maioria das pessoas como boa, relacionando-se com as variáveis viver situação conjugal e atitudes de enfrentamento. Quanto a variável conhecimento das pessoas com DM2 acerca da doença, não houve associação significativa com a funcionalidade familiar.

Enquanto contribuição, espera-se que os resultados desta pesquisa subsidiem o planejamento da assistência para as pessoas com DM2, em específico na Atenção Primária à Saúde, e sensibilizem os profissionais de saúde sobre a importância da educação em saúde e participação da família no tratamento do diabetes.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION - ADA. Lifestyle Management. **Diabetes Care**, v. 40, n. Supplement 1, p. S33–S43, 15 jan. 2017.

_____. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. **Diabetes care**, v. 41, n. Suppl 1, p. S13–S27, 1 jan. 2018.

ARAÚJO, M. S. et al. A família no cuidado do paciente com diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 2013.

ASSUNÇÃO, S. C. et al. Knowledge and attitude of patients with diabetes mellitus in Primary Health Care. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. 20170208, 2017.

BARSAGLINI, R. A.; CANESQUI, A. M. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 919–932, dez. 2010.

BOAS, L. C. G. V. **Apoio social, adesão ao tratamento e controle metabólico de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2**. Ribeirão Preto: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo, 8 jul. 2009.

BORBA, A. K. DE O. T. et al. Knowledge and attitude about diabetes self-care of older adults in primary health care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 0176, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n° 36. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Dispõe sobre a regulamentação de a pesquisa com seres humanos no Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 13 jun. 2013.

BRITO, G. M. G. DE et al. Qualidade de vida, conhecimento e atitude após programa educativo para Diabetes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 298–306, jun. 2016.

CHAGAS, I. A. DAS et al. Patients' knowledge of Diabetes five years after the end of an educational program. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5, p. 1137–1142, out. 2013.

CHOU, A. F. et al. A Survey of Self-Management and Intrusiveness of Illness in Native Americans With Diabetes Mellitus. **Care Management Journals**, v. 15, n. 4, p. 170–183, dez. 2014.

COSTA, A. F. et al. Burden of type 2 diabetes mellitus in Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, 2017.

DUARTE, Y. A. O. Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares. 2001.

FARIA, H. T. G. et al. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 348–354, abr. 2013.

FERNANDES, C. S.; ANGELO, M. Family caregivers: what do they need? An integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 4, p. 675–682, 1 ago. 2016.

FRENCH, D. P.; WADE, A. N.; FARMER, A. J. Predicting self-care behaviours of patients with type 2 diabetes: The importance of beliefs about behaviour, not just beliefs about illness. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 74, n. 4, p. 327–333, 1 abr. 2013.

GARIEPY, G.; SMITH, K. J.; SCHMITZ, N. Diabetes distress and neighborhood characteristics in people with type 2 diabetes. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 75, n. 2, p. 147–152, 1 ago. 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOMES, L. C. et al. Contribution of family social support to the metabolic control of people with diabetes mellitus: A randomized controlled clinical trial. **Applied Nursing Research**, v. 36, p. 68–76, 1 ago. 2017.

GRILLO, M. DE F. F. et al. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 4, p. 400–405, jul. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico**, 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/informacoes-por-cidade-e-estado.html?t=destaques&c=2914802>>. Acesso em: 27 dez. 2018

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION - IDF. **IDF diabetes atlas**. Brussels: International Diabetes Federation; 2017.

ITABUNA, Secretária Municipal de Saúde. **Consolidado das Famílias Cadastradas na Atenção Básica do município de Itabuna**, 2017.

JOHNSON, M. D. et al. Spousal protective buffering and type 2 diabetes outcomes. **Health Psychology**, v. 33, n. 8, p. 841–844, ago. 2014.

LÍAN, A. H. et al. Pessoas com diabetes mellitus tipo 2 e sua capacidade de autocuidado. **Avances en Enfermería**, v. 30, n. 2, p. 39–46, 1 jul. 2012.

LINS, D. et al. Definição, diagnóstico e classificação. In: LYRA, R.; CAVALCANTI, N. (Eds.). . **Diabetes mellitus**. 3. ed. São Paulo: A. C. Farmacêutica, 2013. p. 32–8.

MAIA, M. A.; REIS, I. A.; TORRES, H. DE C. Relationship between the users' contact time in educational programs on diabetes mellitus and self-care skills and knowledges. **Rev Esc Enferm USP** -, v. 50, n. 1, p. 59–64, 2016.

MAR-GARCÍA, J. et al. Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. **Enfermería Universitaria**, v. 14, n. 3, p. 155–161, 1 jul. 2017.

MAZZUCHELLO, F. R. et al. Knowledge, attitudes and adherence to treatment in individuals with hypertension and diabetes mellitus. v. 40, n. 4, p. 418–432, 2016.

OGURTSOVA, K. et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 128, p. 40–50, 1 jun. 2017.

OLIVEIRA, K. C. S.; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, 2011.

PACE, A. E.; NUNES P. D.; OCHOA-VIGO K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 312–319, 1 jun. 2003.

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

RODRÍGUEZ-ALMAGRO, J. et al. Health-related quality of life in diabetes mellitus and its social, demographic and clinical determinants: A nationwide cross-sectional survey. **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n. 21–22, p. 4212–4223, 1 nov. 2018.

ROSSI, V. C.; SILVA, A. L.; FONSECA, G. S. S. Adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 5, n. 3, 21 jan. 2016.

SANTOS, A. L. et al. Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 4, 2012.

SANTOS, A. L.; MARCON, S. S. How people with diabetes evaluate participation of their family in their health care? **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 32, n. 2, p. 260–269, 2014.

SANTOS, M. A. et al. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 651–658, jun. 2011.

SARAIVA, J. F. K. et al. Diabetes Mellitus in Brazil: clinical characteristics, standard treatment choice and cost. **J. bras. econ. saúde**, v. 8, n. 2, p. 80–90, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo, 2017.

Disponível em:

<<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>>

SCOTT, P. Gerações e famílias: Polissemia, mudanças históricas e mobilidade. **Sociedade e Estado**, v. 25, n. 2, p. 251–284, ago. 2010.

SILVA, N. C.; GIOVANELLA, L.; MAINBOURG, E. M. T. The family in the practices of Family Health teams. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, 2014.

STUCKEY, H. L. et al. Personal accounts of the negative and adaptive psychosocial experiences of people with diabetes in the second diabetes attitudes, wishes and needs (dawn2) study. **Diabetes Care**, 2014.

SZWARCWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. suppl 1, p. 38–45, maio 2008.

SZYMANSKI, H. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. **Serviço social e sociedade**, v. 71, 2002.

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

TORRES, H. C. et al. Evaluation of the effects of a diabetes educational program: a randomized clinical trial. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 8, 29 jan. 2018.

TORRES, H. C.; SANTOS L. M.; CORDEIRO P. M. C. S. Home visit: an educational health strategy for self-care in diabetes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 1, p. 23–28, fev. 2014.

TORRES, R. M. et al. Estrutura das representações sociais da adesão das pessoas com diabetes ao seu tratamento. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 8, n. 10, p. 3412-19, out. 2014.

TORRES, H. C.; PEREIRA, F. R. L.; ALEXANDRE, L. R. Evaluation of the educational practices in promoting self-management in type 2 diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1077–1082, out. 2011.

VIEIRA, G. L. C.; CECÍLIO, S. G.; TORRES, H. DE C. The perception of users with diabetes regarding a group education strategy for the promotion of self-care. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **GLOBAL REPORT ON DIABETES**, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/index.html>. Acesso em: 7 jan. 2019

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Conhecimento, enfrentamento, qualidade de vida e gestão do cuidado em Diabetes mellitus” Neste estudo pretendemos verificar alguns aspectos do comportamento humano com o diabetes, iremos analisar o conhecimento sobre o diabetes, as atitudes de enfrentamento em relação ao diabetes, a qualidade de vida, o autocuidado e a dinâmica familiar.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a dificuldade que existe em ter o controle da diabetes, sendo esse controle importante para evitar as complicações dessa doença.

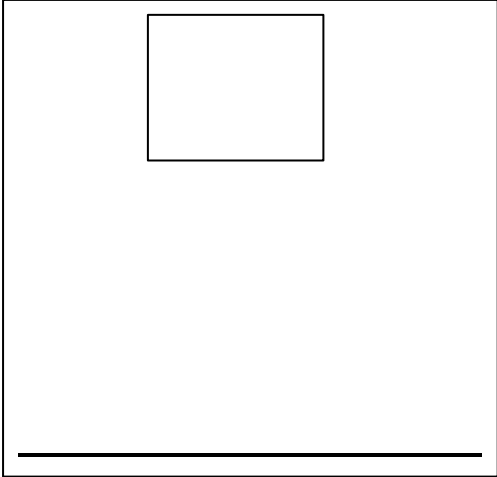
Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: verificação de altura, peso e circunferência da cintura; aferição de pressão arterial; anotação de resultados de exames laboratoriais (hemoglobina glicada, glicemia em jejum, colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos) caso tenha realizado recentemente esses exames; aplicação de cinco questionários. O primeiro questionário irá avaliar seu conhecimento sobre diabetes, o segundo suas atitudes de enfrentamento em relação ao diabetes, o terceiro sua qualidade de vida, o quarto seu autocuidado e o quinto irá coletar seus dados sociodemográficos, clínicos e terão 2 perguntas sobre o conviver com o +diabetes.

Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não causará qualquer punição ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo de dúvidas e desconfortos por compartilhar dificuldades vivenciadas no convívio com o diabetes. Apesar disso, você tem assegurado o direito a compensação ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os benefícios deste estudo é construção de um diagnóstico situacional sobre a assistência familiar e profissional as pessoas com diabetes que irá subsidiar no planejamento de melhorias na rede de atenção as pessoas com diabetes na cidade de Itabuna.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e posso modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____ ou 

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Itabuna, _____ de _____ de 201__.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Verônica Rabelo Santana Amaral
ENDEREÇO: Rod. BR415, Km24, Condomínio Jardim das Hortênsias, Casa 166, Itabuna-BA.

FONE: (73) 988540107 / **E-MAIL:** vekarabelo@gmail.com

CEP/UESB- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RUA JOSÉ MOREIRA SOBRINHO, S/N - UESB

JEQUIÉ (BA) - CEP: 45206-190

FONE: (73) 3528-9727 / **E-MAIL:** cepuesb.jq@gmail.com

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

INSTRUMENTO PARA PESSOAS COM DIABETES

Identificação do participante: _____

Data da coleta: _____ UBS/ESF: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Sexo** ()⁰ masculino ()¹ feminino
2. **Estado civil** ()⁰ solteiro ()¹ casado/união estável ()² separado ()³ viúvo
3. **Idade** ____ anos
4. **Ocupação** ()⁰ trabalha fora ()¹ não trabalha fora
5. **Estudou durante quantos anos?** ____ anos de estudos
6. **Qual a renda familiar total ?** ____ salário-mínimo
7. **Número de moradores na residência ?** ____ pessoas
8. **Com que idade que foi diagnosticado com diabetes?** ____ anos
9. **Participa ou já participou de algum grupo educativo de diabetes?** ()⁰ sim participa ()¹ sim participou ()² não
10. **Recebe visita domiciliar do ACS?** ()⁰ sim ()¹ não ()² SI
11. **Quem reside com você?** _____

DADOS CLÍNICOS:

12. **Tipo de tratamento** ()⁰ nenhum ()¹ dieta somente ()² medicação oral ()³ insulina+medicação oral ()⁴ insulina
13. **Vai a consulta médica de quanto em quanto tempo?** _____ meses
14. **Vai a consulta de enfermagem de quanto em quanto tempo?** _____ meses
15. **Realiza atividade física regular?** ()⁰ sim ()¹ não

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO, ENFRENTAMENTO, QUALIDADE DE VIDA E GESTÃO DO CUIDADO EM DIABETES MELLITUS

Pesquisador: VERONICA RABELO SANTANA AMARAL

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 74607417.6.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.346.497

Apresentação do Projeto:

Resumo:

"Estudo de campo misto, de corte transversal, baseado na população composta por indivíduos com diabetes mellitus, familiar envolvido no contexto do cuidado e o profissional de saúde. Objetiva avaliar o conhecimento sobre diabetes, atitudes de enfrentamento, qualidade de vida e gestão do cuidado de pessoas com diabetes mellitus, de seus familiares envolvidos no contexto do cuidado e profissionais de saúde. Os dados serão levantados por meio de aplicação de questionários. Os dados quantitativos serão digitados no Microsoft Excel, analisados no SPSS e serão discutidos à luz de literatura pertinente. Os dados qualitativos serão transcritos e após utilizaremos a análise de conteúdo por temas com as etapas: pré-análise; exploração do material coletado; tratamento dos resultados; inferência e a interpretação dos dados".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o conhecimento sobre diabetes, atitudes de enfrentamento, qualidade de vida e gestão do cuidado de pessoas com diabetes mellitus, de seus familiares envolvidos no contexto do cuidado e profissionais de saúde.

Objetivo Secundário:

Identificar o nível de conhecimento sobre diabetes em pessoas com diabetes, familiar envolvido no

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6683

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 2.346.497

contexto do cuidado de pessoas com diabetes e profissionais de saúde da Atenção Básica;
Analisar as atitudes de enfrentamento em relação ao diabetes de pessoas com diabetes e familiar envolvido no contexto do cuidado de pessoas com diabetes;
Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com diabetes e familiar envolvido no contexto do cuidado de pessoas com diabetes;
Avaliar o estado funcional da família de pessoas com diabetes;
Avaliar a aderência ao autocuidado em pessoas com diabetes;
Avaliar a gestão do cuidado prestada por profissionais de saúde à pessoas com diabetes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Durante a realização do estudo o participante poderá estar exposto a situações de desconforto por compartilhar dificuldades vivenciadas no convívio com a doença.

Benefícios:

Ao participar do estudo, o sujeito contribuirá para identificação de lacunas que dificultam a aderência ao tratamento do diabetes, que irão subsidiar melhorias na gestão da saúde de pessoas com diabetes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto importante para área de saúde coletiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados.

Recomendações:

Sugerimos as pesquisadoras a divulgação dos resultados junto às instituições onde o estudo acontecerá.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião do dia 24/10/2017, a plenária do CEP /UESB aprovou o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 2.346.497

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_927817.pdf	22/08/2017 15:30:18		Aceito
Outros	INSTRUMENTO_CASOS.pdf	22/08/2017 15:28:59	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_AUTOUIDADO.pdf	22/08/2017 15:16:10	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito
Outros	QUALIDADE_DE_VIDA_FAMILIAR.pdf	22/08/2017 15:02:18	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_APGAR.doc	22/08/2017 15:01:22	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_QUALIDADE_DE_VIDA1.doc	22/08/2017 15:00:51	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DM.doc	22/08/2017 14:59:27	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_FAMILIAR.doc	22/08/2017 14:58:44	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_ENFRENTAMENTO.doc	22/08/2017 14:56:15	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_CONHECIMENTO.doc	22/08/2017 14:55:44	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFIOSSIONAL.pdf	22/08/2017 14:50:16	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_DM_FAMILIAR.pdf	22/08/2017 14:50:00	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO.pdf	10/08/2017 19:09:39	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	10/08/2017 19:06:38	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_MESTRADO.pdf	10/08/2017 19:04:24	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_4.pdf	10/08/2017 16:15:02	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_3.pdf	10/08/2017 16:14:47	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_1.pdf	10/08/2017 16:14:26	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_2.pdf	10/08/2017 16:13:56	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	09/08/2017 16:42:56	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6683

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 2.346.497

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	09/08/2017 16:32:39	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	08/08/2017 21:23:15	VERONICA RABELO SANTANA AMARAL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEQUIE, 24 de Outubro de 2017

Assinado por:
Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com

ANEXO B - INSTRUMENTO DKN-A




UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
Versão Brasileira do Questionário: Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A)

Identificação do participante: _____

- | | |
|---|--|
| <p>1. No diabetes SEM CONTROLE, o açúcar no sangue é:</p> <p>A. Normal
B. Alto
C. Baixo
D. Não sei</p> <p>2. Qual destas afirmações é VERDADEIRA?</p> <p>A. Não importa se a diabetes não está sob controle, desde que 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 complicações mais tarde
D. Não sei</p> <p>3. A faixa de variação NORMAL de glicose no sangue é de:</p> <p>A. 70-110mg/dl
B. 70-140mg/dl
C. 50-200mg/dl
D. Não sei</p> <p>4. A MANTEIGA é composta principalmente de:</p> <p>A. Proteínas
B. Carboidratos
C. Gordura
D. Minerais e vitaminas
E. Não sei</p> <p>5. O ARROZ é composto principalmente de:</p> <p>A. Proteínas
B. Carboidratos
C. Gordura
D. Minerais e vitaminas
E. Não sei</p> <p>6. A presença de CETONAS NA URINA é:</p> <p>A. Um bom sinal
B. Um mau sinal
C. Encontrado normalmente em quem tem diabetes
D. Não sei</p> <p>7. Quais das possíveis complicações abaixo NÃO estão geralmente associadas à diabetes</p> <p>A. Alterações visuais
B. Alterações nos rins
C. Alterações nos pulmões
D. Não sei</p> <p>8. Se uma pessoa que está tomando insulina apresenta uma TAXA ALTA DE AÇUCAR NO SANGUE OU NA URINA, assim como presença de cetonas, ela deve:</p> <p>A. Aumentar a insulina
B. Diminuir a insulina</p> | <p>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</p> <p>9. SE UMA PESSOA COM DIABETES está tomando insulina e fica doente ou não consegue comer a dieta receitada:</p> <p>A. Ela deve parar de tomar insulina imediatamente
B. Ela deve continuar a tomar insulina
C. Ela deve usar hipoglicemiante oral para diabetes em vez da insulina
D. Não sei</p> <p>10. Se a HIPOGLICEMIA está começando, é necessário:</p> <p>A. Tomar insulina ou hipoglicemiante oral imediatamente
B. Deitar-se e descansar imediatamente
C. Comer ou beber algo doce imediatamente
D. Não sei</p> <p>11. Qual ALIMENTO a pessoa com diabetes pode comer o quanto quiser?</p> <p>A. Maça
B. Alface e Agrião
C. Carne
D. Mel
E. Não sei</p> <p>12. A HIPOGLICEMIA é causada por:</p> <p>A. Excesso de insulina
B. Pouca insulina
C. Pouco exercício
D. Não sei</p> <p>PARA AS PRÓXIMAS PERGUNTAS HAVERÁ 2 RESPOSTAS CERTAS.</p> <p>13. Um QUILO é:</p> <p>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</p> <p>14. Duas das seguintes substituições estão CORRETAS:</p> <p>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</p> <p>15. Se a pessoa com diabetes não estiver com vontade de COMER O PÃO FRANCÊS permitido na dieta para o café da manhã, ela pode:</p> <p>A. Comer quatro (4) biscoitos de água e sal
B. Trocar por dois (2) pães de queijo médios
C. Comer uma fatia de queijo
D. Deixar para lá
E. Não sei</p> |
|---|--|

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de diabetes mellitus. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 906-911, 2005.

ANEXO C – ATT-19


	UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE Versão Brasileira do Questionário: Diabetes Attitude Questionnaire (ATT-19)
---	--

Identificação do participante: _____

	Não concordo de jeito nenhum (1)	Discordo (2)	Não sei (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
1. Se eu não tivesse DIABETES, seria uma pessoa bem diferente					
2. Não gosto que me chame de DIABÉTICO					
3. Ter DIABETES foi a pior coisa que aconteceu na minha vida					
4. A maioria das pessoas tem dificuldade em se adaptar ao fato de ter DIABETES					
5. Costumo ter vergonha por ter DIABETES					
6. Parece que não tem muita coisa que eu possa fazer para controlar a minha DIABETES					
7. Há pouca esperança de levar uma vida normal com DIABETES					
8. O controle adequado do DIABETES envolve muito sacrifício e inconvenientes					
9. Procuro não deixar que as pessoas saibam que tenho DIABETES					
10. Ser diagnosticado com DIABETES é o mesmo que ser condenado a uma vida de doença					
11. Minha dieta de DIABETES não atrapalha muito minha vida social					
12. Em geral, os médicos precisam ser mais atenciosos ao tratar as pessoas com DIABETES					
13. Ter DIABETES por muito tempo, muda a personalidade da pessoa					
14. Tenho dificuldade em saber se estou bem ou doente					
15. DIABETES não é realmente um problema porque pode ser controlado					
16. Não há nada que eu possa fazer, se você tiver DIABETES					
17. Não há ninguém que eu possa falar abertamente sobre a minha DIABETES					
18. Acredito que convivo bem com a DIABETES					
19. Costumo achar que é injusto que eu tenha DIABETES e outras pessoas tenham saúde muito boa					

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de diabetes mellitus. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 906-911, 2005.

ANEXO D - APGAR DE FAMÍLIA

	<p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA</p> <p>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE</p> <p>PESQUISA: CONHECIMENTO, ENFRENTAMENTO, QUALIDADE DE VIDA E GESTÃO DO CUIDADO EM DIABETES MELLITUS</p> <p>Versão Brasileira do Questionário: APGAR FAMILIAR</p>
---	--

Identificação do participante: _____

1.O(a) Sr(a) está satisfeito(a) pois pode recorrer à sua família em busca de ajuda quando alguma coisa está te incomodando ou preocupando?	(0)Nunca	(1)Algumas vezes	(2)Sempre
2.O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual sua família e o(a) Sr(a) conversam e compartilham os problemas?	(0)Nunca	(1)Algumas vezes	(2)Sempre
3.O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira como sua família aceita e apóia seus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções?	(0)Nunca	(1)Algumas vezes	(2)Sempre
4.O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual sua família demonstra afeição e reage às suas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor?	(0)Nunca	(1)Algumas vezes	(2)Sempre
5.O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual sua família e o(a) Sr(a) compartilham o tempo juntos?	(0)Nunca	(1)Algumas vezes	(2)Sempre

SMILKSTEIN, G. The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. **The Journal of family practice**, 1978.