

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://bmcendocrdisord.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/10.1590/0034-7160-0000000710603073>
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, et al. Perfil de conhecimento, atitudes e práticas relacionadas ao diabetes mellitus em idosos. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [citado 15 de novembro de 2018];71(6):3073–80. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7160-0000000710603073>

- 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>