ADRIANA CECIL GUEDES

**A ASSOCIAÇÃO ENTRE O PERFIL CLÍNICO E PSICOSSOCIAL DE
PESSOAS COM DIABETES *MELLITUS* USUÁRIAS DE UMA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOROCABA-SP**

Dissertação de mestrado apresentada
ao Programa de Pós Graduação em
Enfermagem na Saúde do Adulto da
Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Vilanice Alves de
Araújo Püschel

SÃO PAULO
2007

*A Deus, por me permitir vivenciar esse
momento...
Hoje tenho certeza que o planejamento da
minha vida é feito pelo Senhor.*

AGRADECIMENTOS

Enfim, terminamos mais um capítulo... A vocês, personagens da minha história, meus aplausos e muito obrigada.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Vilanice Alves de Araújo Püschel... obrigada pelas diversas sugestões, no trabalho e na vida, pela paciência, compreensão e confiança.

À toda a equipe da Unidade de Saúde da Família Vila Sabiá... vocês foram parte disso tudo, cada um de jeito, ajudando como podiam...Serei sempre grata pela acolhida e compreensão.

Às pessoas com diabetes usuárias da Unidade de Saúde da Família Vila Sabiá...obrigada por abrirem as portas de suas casas e contribuírem para o avanço da pesquisa.

Aos amigos da Universidade Paulista... cada um a seu modo ajudaram a tornar esse trabalho possível.

Aos meus alunos que participaram da coleta de dados...as vezes acertando ,as vezes errando, mas cheios de vontade de aprender, de construir e de fazer pesquisa.

Em especial à minha aluna Jaqueline...quantas vezes você assumiu a frente desse trabalho...foram idéias e sugestões, esforço, vontade. Tenho certeza que terá um futuro brilhante enquanto enfermeira e pesquisadora.

À Profª Flávia Pereira Carnauba Rodrigues..., minha sempre amiga, sem sua força, não teria nem começado... Obrigada pelas idéias e sugestões, por ter sempre uma solução, e rir do meu desespero nas horas mais difíceis.

Aos meus pais, Vera e João, e às minhas irmãs Andréa e Juliana...mesmo diante dos problemas enfrentados nesses dois últimos dois anos, o olhar cheio de orgulho de vocês contribuíram para que eu continuasse.

Ao meu esposo Robson... uma página seria pouco para agradecê-lo... Obrigada pelo carinho, pela compreensão da minha ausência, pelas tantas vezes em que senti sua confiança no meu potencial, mesmo quando eu achava que estava tudo perdido...Obrigada pelos tantos copos de água em frente ao computador...Obrigada por acreditar apesar de tudo que passamos. Você, mais do que ninguém, merece esse trabalho realizado.

RESUMO

GUEDES, A. C. A associação entre o perfil clínico e psicossocial de pessoas com diabetes mellitus usuárias de uma Unidade de Saúde da Família de Sorocaba-SP. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica responsável por altos índices de morbi-mortalidade. Diversas tentativas de intervenção vêm sendo feitas o controle dessa doença e para diminuir a sua incidência das doenças crônicas, entretanto os números ainda são bastante assustadores. A atenção primária à saúde é o âmbito privilegiado para o acompanhamento das pessoas com diabetes *mellitus* (DM) especialmente no Programa de Saúde da Família que constitui estratégia prioritária para a reestruturação do modelo assistencial vigente no Sistema Único de Saúde. Assim, compreender os aspectos psicossociais e das condições de saúde das pessoas com DM pode ser importante nesse sentido. Esse trabalho teve por objetivos: Identificar como as pessoas com diabetes mellitus usuárias de uma Unidade da Saúde da Família (USF) no interior de São Paulo avaliam seu cotidiano, seu lazer, seu trabalho e os seus relacionamentos; caracterizar as condições clínicas e o estilo de vida dessas pessoas e verificar a relação entre a auto-avaliação do cotidiano, lazer, trabalho e relacionamento, suas condições clínicas, e os seus estilos de vida. Trata-se de um estudo não experimental, correlacional com uma abordagem quantitativa. Foram avaliadas 152 pessoas com diabetes usuárias de uma USF em Sorocaba-SP por meio de respostas a questões de um questionário, pelo exame físico e pela avaliação dos prontuários. A amostra foi composta, em sua maioria, por pessoas do sexo feminino (59,2%), com idade média de 58,22 anos, casadas (57,9%), e católicas (58,6%). Possuíam baixo nível de escolaridade e baixa renda mensal sendo que 48% não exerciam atividade formal de trabalho. O tempo médio do diagnóstico de DM foi de 9,25 anos. A maior parte da população, (42,7%) utilizava hipoglicemiantes orais como terapêutica medicamentosa. A presença de complicações crônicas foi referida por 44,2% dos participantes da pesquisa, sendo a retinopatia a mais freqüente entre elas. 86,7% apresentavam controle glicêmico ruim e a maioria estava com sobrepeso. As pessoas fizeram uma regular avaliação dos aspectos psicossociais atribuindo melhor média aos relacionamentos sociais e a pior média ao lazer. Quanto ao estilo de vida e ao autocuidado mais da metade das pessoas referiram acordar disposto após uma noite de sono, 77,6% referiram não fumar ou ingerir bebidas alcoólicas, 50% dos participantes da pesquisa não praticavam atividades físicas, e a maior parte das pessoas estudadas fazia automonitorização de forma irregular na farmácia ou na UBS. Homens e mulheres que tinham maior nível de escolaridade avaliaram melhor os aspectos psicossociais de suas vidas e praticavam de forma correta a auto monitorização, pessoas mais velhas fumavam mais e ingeriam mais bebidas alcoólicas. As pessoas com menor renda mensal apresentavam maiores dificuldades para dormir enquanto as pessoas que melhor

avaliaram suas vidas dormiam melhor e praticavam mais atividade física da forma adequada. As pessoas que praticavam atividades físicas tinham melhor controle glicêmico. Assim, foi possível identificar que as condições psicossociais e sociodemográficas podem estar ligadas às condições de saúde das pessoas com DM, o que deve ser considerado pelos profissionais que atuam na USF, visando à promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o tratamento e a manutenção da saúde das pessoas com diabetes. Desse modo recomenda-se o incremento de estudos que mostrem a influência dos aspectos psicossociais no controle do DM e de outras doenças crônicas degenerativas, tornando esse tema base para a elaboração de estratégias de intervenção diferenciadas para a promoção da saúde das pessoas.

Palavras chave: diabetes mellitus, estilo de vida, impacto psicossocial

ABSTRACT

GUEDES, AC. The connection between the clinical and psychosocial profile of diabetes mellitus in a Health Family Unit users. Sorocaba – S.P [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007

Diabetes Mellitus (DM) is a chronic disease responsible for the high unhealthy and mortality indicators. Although several attempts of interventions have been done to control the disease and take in the chronic disorder incidence, the issues are very fearful. The primary attention of health is essential for diabetic's accompaniment (DM), especially on The Family Health Program (USF) that builds up a prior strategy for the model assistencial restruction, on SUS (Sistema Único de Saúde). That way, to appreciate the psychosocial side and the real health conditions of people with DM must be important. This study had as objective: to identify how DM holder's and user's of The Family Health Unit (USF) at the countryside of São Paulo evaluate their everyday duties, leisure, works and relationships; to characterize the clinical conditions and the life's style of these people. Finally, to check the relation among theirs everyday self-portrait, leisure, works, relationship, theirs clinical conditions and style of life. This is a no experimental study, correlate with a quantitative approach, It was measure, 152 diabetes mellitus holder's from a Family Health Unit (USF) at Sorocaba – SP by catechism answers, going over test and handbook evaluation. The sample was constituted, on bulk, for womanly people (59,2%),with middle age about 58,22 years old, married (57,9%),catholic (58,6%),with low level teaching, low monthly pay and no formal works (48%). The DM diagnoses demanded about 9,25 years. The population bulk (42,7%) used oral hypoglycemic agents as medical therapy. The presence of chronic complications were refereed for the research entrants (44,2%), the retinopathy is most frequently among them (86,7%),they've reported a bad glicemic control and most of them were overweight. The entrants have done a regular evaluation for the psychosocial and they've had the best credit to the relationship and the worst to leisure. About the style of life and self-care more than a half of DM holder's refered to awake better after a good nighttime,77,6% haven't smoked or drunk alcoholic beverage,50% of the research entrants haven't practiced any kind of sports' activity and the bulk of them have done their own pharmacy or USF monitored in an irregular shape. Both men and women with high level teaching have better evaluated their own psychosocial profile. Men have smoked more than women and old people have smoked and drunk alcoholic beverage than younger. High level teaching people have more right self-monitor pratices. Low month income people reported more difficulty to sleep but who had a good sleep and had practiced some kind of sports activity d better evaluated about their own life and had better glicemic control too. So, it was possible to identify that the psychosocial and social-demographics going can be connected at the DM holder's health worthiness.It've to be reputed for health professionals on USF. More studies that point out the psychosocial influence over the DM control and others chronic degenerated diseases have to be developed with the purpose to care with health, prevention, attend and offering wellbeing to DM holder's. This subject has been become an

important base to give us different points of view about intervention strategies to promote health for people in general.

Key words: diabetes mellitus, lifestyle, psychosocial impact

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das pessoas com diabetes *mellitus* segundo as variáveis sexo, idade, estado civil, escolaridade e religião. USF Vila Sabiá. Sorocaba-SP. 2006

Tabela 2: Distribuição das pessoas com diabetes *mellitus* segundo o estrato socioocupacional. USF Vila Sabiá. Sorocaba-SP.2006

Tabela 3: Distribuição da renda das pessoas com diabetes *mellitus*. USF Vila Sabiá. Sorocaba-SP.2006

Tabela 4: Distribuição dos usuários de plano privado de saúde segundo a renda mensal. Brasil. 2004

Tabela 5: Distribuição das pessoas com diabetes *mellitus* segundo a auto-avaliação dos aspectos psicossociais. USF V Sabiá. Sorocaba. 2006.

Tabela 6: Distribuição das pessoas com diabetes *mellitus* segundo o tempo de diagnóstico, a terapêutica medicamentosa e as complicações crônicas. USF Vila Sabiá. Sorocaba-SP. 2006

Tabela 7: Distribuição das doenças associadas que acometem as pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP.2006

Tabela 8: Distribuição das causas de internações das pessoas com diabetes *mellius*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP.2006.

Tabela 9: Distribuição das pessoas com diabetes *mellitus* segundo os valores de hemoglobina glicada. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006

Tabela 10: Distribuição das pessoas com diabetes *mellitus* segundo o estilo de vida e o autocuidado. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006

Tabela 11: Associação entre sexo e avaliação psicossocial nas pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP.2006

Tabela 12: Associação entre sexo, tempo de diagnóstico, IMC e valores de hemoglobina glicada em pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP.2006

Tabela 13: Associação entre o sexo e o estilo de vida e autocuidado das pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorobaba-SP. 2006.

Tabela 14: Associação entre a faixa etária, a terapêutica medicamentosa, o IMC e a hemoglobina glicada nas pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006.

Tabela 15: Associação entre a escolaridade, a terapêutica medicamentosa, o IMC e a hemoglobina glicada nas pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006.

Tabela 16: Associação entre a renda mensal, o tempo de diagnóstico, a terapêutica medicamentosa, o IMC e a hemoglobina glicada nas pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006.

Tabela 17: Associação entre a faixa etária, o estilo de vida e o autocuidado das pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006.

Tabela 18: Associação entre a escolaridade, o estilo de vida e o autocuidado das pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006.

Tabela 19: Associação entre a renda mensal, o estilo de vida e o autocuidado das pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006.

Tabela 20: Distribuição das pessoas com diabetes *mellitus* conforme as categorias auto-avaliação psicossocial. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006.

Tabela 21: Associação entre a auto-avaliação psicossocial e a faixa etária, a escolaridade e a renda mensal das pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006.

Tabela 22: Associação da auto-avaliação psicossocial com o tempo de diagnóstico, a terapêutica medicamentosa, os valores de hemoglobina glicada e IMC das pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006.

Tabela 23: Associação entre a auto-avaliação psicossocial, o estilo de vida e o autocuidado das pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006.

Tabela 24: Associação entre a prática de atividades físicas e o valor de hemoglobina glicada das pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

1 Introdução	13
1.2 Intervenções para o controle do diabetes <i>mellitus</i>	17
1.3 O Programa de Saúde da Família	21
2 Objetivos	25
3 Referencial teórico e metodológico	26
3.1 Quadro teórico	26
3.1.1 Abordagem psicossocial	26
3.2 Natureza da pesquisa	29
3.3 Local do estudo	29
3.4 Sujeitos da pesquisa	29
3.5 Coleta de dados	29
3.5.1 Instrumento de coleta de dados	32
3.6 Análise dos dados	34
3.7 Aspectos éticos	34
4 Apresentação e discussão dos resultados	35
4.1 Caracterização das pessoas com diabetes segundo as variáveis sociodemográficas	35
4.2 Caracterização dos aspectos psicossociais das pessoas com diabetes	42
4.3 Caracterização das condições clínicas das pessoas com diabetes	45
4.4 Caracterização do estilo de vida e do autocuidado das pessoas com diabetes	52

4.5 Associação entre as características sociodemográficas, as condições clínicas, o estilo de vida e os aspectos psicossociais da pessoa com diabetes	57
5 Conclusões	79
6 Considerações finais	82
REFERÊNCIAS	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O perfil de saúde da população vem mundialmente passando por mudanças devido ao crescente incremento das doenças crônicas degenerativas, advindas de diversos fatores, dentre eles o envelhecimento populacional, o avanço da tecnologia em saúde, o aumento da expectativa de vida e a maior taxa de urbanização. Dentre essas doenças, destaca-se o diabetes *mellitus* (DM), pela sua incidência e prevalência, além dos altos índices de morbidade e mortalidade relacionados à enfermidade e às suas complicações.

Diversas tentativas de intervenção vêm sendo feitas para o controle dessa doença e para prevenir sua incidência, entretanto os números são ainda assustadores. Assim, o investimento dessa pesquisa consiste em colocar em evidência os aspectos psicossociais e as condições de saúde de pessoas com diabetes *mellitus*, usuárias de uma Unidade de Saúde da Família, que, no âmbito da atenção primária em saúde, é o campo de ação privilegiado para o acompanhamento de pessoas com diabetes *mellitus* no Sistema Único de Saúde.

O DM pode ser definido como uma síndrome de múltiplas etiologias, com componentes metabólicos, vasculares e neuropáticos, caracterizada por hiperglicemia crônica e distúrbios no metabolismo de carboidratos e proteínas. Esses distúrbios são secundários à ausência ou diminuição da produção de insulina e/ou a ineficiência da ação dessa⁽¹⁾.

Estima-se a existência de 100 milhões de diabéticos em todo o mundo. A prevalência de DM nos Estados Unidos da América e em alguns países da Europa está em torno de 8%⁽²⁾.

No Brasil, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo estimou que haja 5 milhões de pessoas portadoras de DM e, dessas, metade desconhece o diagnóstico e vinte por cento das que conhecem não fazem qualquer tipo de tratamento. A prevalência da doença é de 7,6 por cento na população brasileira com idade entre 30 e 69 anos e seu aumento é diretamente proporcional à elevação da faixa etária⁽³⁾.

O Estado de São Paulo apresentou maior prevalência de DM entre todas as capitais estudadas por Malerbi⁽³⁾, ou seja, 9.7%. Estudo com uma amostra na Cidade de São Paulo mostrou uma prevalência de DM de 4,7% na população geral, sendo 3,5% entre os homens e 5,7% entre as mulheres, com aumento progressivo com o decorrer da idade⁽⁴⁾.

A mortalidade ocasionada pelo DM é um dado de difícil avaliação devido à sub-notificação dos atestados de óbito onde, na maior parte das vezes, aparece apenas a causa básica da morte, sem relacionar as doenças associadas. Esse problema é ainda mais percebido no grupo de idosos, visto que esses, freqüentemente, convivem com diversos problemas de saúde. Além disso, os estudos acerca da mortalidade são realizados analisando apenas a causa morte principal, mesmo que haja existência de outras. Análises baseadas em todas as causas de morte que constam no atestado de óbito não permitem a exata avaliação da mortalidade ocasionada pela doença, porém, favorecem a percepção de um perfil epidemiológico mais próximos da realidade⁽⁵⁾.

Pesquisa realizada em Maringá (PR), mostrou que, entre idosos, os óbitos onde a causa básica de morte foi uma doença endócrina, ocupavam 7º lugar entre todas as causas de óbito da região. O DM correspondia a 76% dos óbitos por essa causa. Além disso, o estudo mostrou que entre 1979 e 1998 o risco de óbito entre diabéticos aumentou progressivamente⁽⁶⁾.

É importante ressaltar que, no Brasil, as principais causas de morte são as doenças cardiovasculares e, o DM constitui fator de risco importante para a instalação dessas doenças. Além disso, as complicações do DM são responsáveis por altos índices de morbi- mortalidade no país⁽⁷⁾.

O DM tem sido classificado de diferentes formas. A nova classificação proposta na última década baseia-se na etiologia da doença e classifica o diabetes *mellitus* em:

- Diabetes *mellitus* tipo 1
- Diabetes *mellitus* tipo 2
- Outros tipos específicos de diabetes
- Diabetes gestacional

Os outros tipos específicos de DM incluem: defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, induzido por drogas ou substâncias químicas, infecções, formas incomuns de diabetes imunomediado e outras síndromes genéticas algumas vezes acompanhadas de diabetes⁽¹⁾.

O diabetes do tipo 1 atinge cerca de 5 a 10 por cento do total dos portadores de DM. As células beta do pâncreas, produtoras de insulina, são destruídas por processo auto-imune, geralmente levando a uma deficiência absoluta de insulina. Nesses indivíduos há uma predisposição genética à regulação imune alterada, relacionada com determinados tipos de moléculas do Complexo Leucocitário Humano- HLA (antígenos que desempenham um papel importante na regulação das respostas imunes humanas), levando a uma resposta auto-imune. Esta é uma resposta anormal, na qual os anticorpos são dirigidos contra os tecidos normais do organismo, respondendo a esses tecidos como se fossem exógenos. Foram detectados anticorpos contra as células beta e contra a insulina humana. A etiologia do diabetes tipo 1 é , provavelmente, uma interação de fatores genéticos, imunológicos e ambientais. Esse tipo de diabetes é caracterizado por início súbito, geralmente antes dos 30 anos de idade^(8,9).

O diabetes do tipo 2 atinge 90 por cento da população com DM sendo a forma mais prevalente da doença. Resulta da resistência à insulina e da diminuição da produção de insulina em nível celular^(8,9). A insulina, como mediador da entrada de glicose, liga-se a receptores especiais na superfície da célula provocando uma série de reações envolvidas no metabolismo de glicose dentro das células. A resistência à insulina é a diminuição destas reações intracelulares, tornando a insulina menos eficaz na captação de glicose pelos tecidos. Ocorre um aumento na secreção de insulina a fim de evitar o acúmulo de glicose no sangue. Quando as células beta do pâncreas não conseguem manter a secreção elevada de insulina, os níveis de glicose no sangue aumentam e desenvolve-se o diabetes do tipo 2⁽⁹⁾.

As complicações do DM podem ser classificadas em agudas ou crônicas. São chamadas complicações agudas do DM a hipoglicemia, a cetoacidose

diabética e a síndrome hiperosmolar não cetótica. As complicações crônicas são denominadas macroangiopáticas e microangiopáticas e neuropatias. As primeiras podem ser divididas em cardiopatia isquêmica, doença coronária de pequenos vasos, doença cerebrovascular e doença vascular periférica. As complicações microangiopáticas são divididas em: nefropatia diabética e retinopatia diabética⁽⁷⁾.

Pacientes diabéticos correspondem a 30% dos que internam em unidades coronarianas intensivas com dor precordial. A doença contribui de 30 a 50% para as internações por cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial⁽¹⁾. A cardiopatia isquêmica ocorre em 7,5% dos homens diabéticos e em 13,5% das mulheres diabéticas entre 45 e 64 anos. A doença cerebrovascular apresenta-se em 4,8% dos pacientes diabéticos na mesma idade. Já a doença vascular periférica pode estar presente em 45% dos diabéticos após 20 anos de doença⁽⁷⁾.

Estudo realizado em três Centros Médicos do Rio Grande do Sul, que tinha como objetivo verificar a prevalência das complicações crônicas em pessoas com DM mostrou a presença de cardiopatia isquêmica em 36% dos 927 pacientes estudados, enquanto a doença vascular apareceu em 33% dos mesmos pacientes⁽¹⁰⁾.

A retinopatia pode ser considerada a doença que atinge a maior parte dos diabéticos. Com quinze anos de doença, cerca de 80% dos pacientes com DM apresentarão algum grau de retinopatia. O DM é a principal causa de cegueira no país^(1,7). No estudo de Sheffel et al⁽¹⁰⁾, que verificou a prevalência das complicações crônicas em pessoas com DM em Centros Médicos do Rio Grande do Sul a retinopatia foi encontrada em 50% dos sujeitos.

A nefropatia diabética acomete cerca de 40 % dos portadores de diabetes e é a principal causa de insuficiência renal em pacientes em programas de diálise⁽¹⁾.

Dentre as complicações crônicas do DM as lesões dos pés revelam-se uma das mais graves. A SBD⁽¹¹⁾ relata que a amputação de membros inferiores ocorrem 100 vezes mais freqüentemente em pacientes com diabetes. A idade e o tempo de diagnóstico mostram maior associação com o número de alterações nos pés. São três as complicações do DM que contribuem para o risco de aumento de

lesões nos pés: neuropatia, doença vascular periférica e imunocomprometimento⁽⁹⁾.

Frente ao exposto, verifica-se que o DM hoje é um problema de saúde pública. Os seus altos índices de mortalidade e morbidade, relacionados à própria doença ou às suas complicações exigem grandes esforços das equipes de saúde para prevenir a ocorrência de tantas complicações. E a prevenção é possível. Dois grandes estudos internacionais, o *The Diabetes Control and Complications Trial-DCCT*⁽¹²⁾ e o *United Kingdom Prospective Diabetes Study-UKPDS*⁽¹³⁾, que analisaram se o controle rigoroso da glicemia poderia reduzir as complicações crônicas e a mortalidade das pessoas com DM, mostraram claramente uma redução das complicações crônicas nos indivíduos com melhor controle metabólico.

Apesar da associação clara e estabelecida pela literatura entre bom controle glicêmico e redução das complicações crônicas, estudos têm mostrado que, no panorama atual, a adequação do controle de glicemia nos pacientes não é facilmente alcançada. Gomes et al⁽¹⁴⁾, por exemplo, realizaram estudo com 90 pacientes diabéticos durante um ano verificando que, durante esse período, nenhum diabético manteve todas as medidas para controle glicêmico normais. No estudo de Scheffel et al⁽¹⁰⁾, com 927 pacientes, em apenas 25% dos pacientes foram encontrados valores de controle metabólico aceitáveis.

1.2 Intervenções para o controle do diabetes *mellitus*

Os objetivos do tratamento do paciente com DM do tipo 2 não se limitam ao controle da glicemia. São também finalidades do tratamento: o controle dos níveis de colesterol, de triglicérides e da pressão arterial⁽¹⁾. Além disso, a melhora da qualidade de vida pode ser incluída nesse processo.

O tratamento para o DM proposto pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)⁽¹⁾ consiste em: educação, modificações no estilo de vida e medicamentos. As pesquisas com novos medicamentos avançam de forma significativa e muitos têm sido lançados no mercado, seja para aumentar a secreção de insulina, reduzir

a resistência ou retardar a absorção de glicose. Entretanto, os estudos acerca da educação e modificações de estilo de vida são mais escassos. Durante o acompanhamento de pacientes diabéticos, em busca de respostas acerca da não adesão ao tratamento por esses indivíduos, pode-se perceber que apesar da existência de alguns trabalhos relatando as práticas de educação em saúde, poucos mostravam as estratégias de intervenção utilizadas e novas propostas de atendimento são ainda mais raramente encontradas na literatura.

Da mesma forma, as modificações no estilo de vida são pouco pesquisadas nos trabalhos relacionados ao tratamento do DM. Nutbeam⁽¹⁵⁾ define estilo de vida como: *“a maneira geral de viver, baseada na interação entre as condições de vida, num sentido mais completo, e nos modelos individuais de conduta, determinadas por fatores socioculturais e características pessoais”*. Para a SBD⁽¹⁾, as modificações do estilo de vida necessárias para tratamento adequado do DM são: suspensão do fumo, aumento da atividade física e reorganização alimentar. Torres, Hortale, Shall⁽¹⁶⁾ discordam dessa afirmação visto que acreditam que o estilo de vida não se limita a certos comportamentos como os citados, mas também acrescentam a tolerância, a solidariedade, o respeito às diferenças e aos direitos humanos e a participação na vida da sociedade.

Sem dúvida, as recomendações da SBD⁽¹⁾ contribuem para o tratamento da pessoa portadora de DM, porém é necessário considerar também diversos outros aspectos como os relacionamentos familiares, o trabalho, o lazer, a forma como o indivíduo lida com a própria vida, com as relações familiares e sociais, além dos seus hábitos de vida e da maneira como concebe vida e saúde.

Verifica-se que a ênfase do tratamento tem se voltado para o controle glicêmico, por meio da utilização de drogas e do controle de peso e pouco se tem feito para englobar esses outros aspectos mencionados. Ao se avaliar o cuidado prestado ao diabético em uma instituição gaúcha, foi verificado que 68,6% dos pacientes utilizavam medicamentos hipoglicemiantes, entretanto, apenas 28,4% faziam algum tipo de dieta e 20,9% faziam algum tipo de atividade física⁽¹⁷⁾.

Assunção, Santos e Gigante⁽¹⁸⁾, em estudo com 396 diabéticos, em que analisaram as consultas em Unidades Básicas de Saúde, mostraram que durante

o exame físico, apenas aferição da pressão arterial, ausculta cardíaca e exame dos pés eram realizados. Quanto às condutas implementadas, os medicamentos foram novamente os mais indicados para o tratamento, seguidos de dieta e exercício físico, sendo que os três juntos foram indicados para apenas 12,7% dos pacientes. Como resultado desse tipo de intervenção foi identificado que apenas 10,9% dos pacientes apresentavam controle metabólico adequado, segundo os critérios do Ministério da Saúde.

Guimarães e Tatakayanagui⁽¹⁹⁾ em análise das orientações recebidas por diabéticos do tipo 2, também em Unidades Básicas de Saúde mostraram que as orientações recebidas na primeira consulta aos pacientes diabéticos eram voltadas para o tratamento medicamentoso, não havendo qualquer referência quanto às modificações do estilo de vida. As autoras propuseram então, uma análise efetiva de novas práticas terapêuticas diferentes do tratamento medicamentoso.

Para Penna⁽²⁰⁾, quando o indivíduo percebe-se não ouvido, não participante do processo, passa a calar-se, objetivando não iniciar um confronto com o profissional de saúde. Ele ouve, faz o que é possível dentro de sua realidade e, para continuar freqüentando as consultas, faz um jogo duplo, dizendo ao profissional que tudo foi cumprido.

Na literatura científica são encontrados alguns trabalhos que expressam a preocupação em entender a forma como o indivíduo portador de diabetes vive e entende a doença. Carnauba et al⁽²¹⁾, em estudo com pacientes diabéticos, atendidos em um Hospital Escola, centro de referência para a doença, concluíram após análise das falas desses indivíduos, que esses se percebem pouco realizados, bastante limitados e dependentes, voltados ao controle da doença, o que necessitaria de um melhor acolhimento por parte dos serviços de saúde.

Mesmo diante de estudos que perceberam a importância do envolvimento da pessoa e suas experiências no tratamento do indivíduo portador de DM, outras propostas de intervenção para além da terapêutica medicamentosa ainda são poucas e na maior parte das vezes acaba apoiando-se em modelo prescritivo. Torres, Hortale, Shall⁽¹⁶⁾ relatam a experiência da implantação de jogos operativos,

visando um processo educacional que amplie a participação e o comprometimento da pessoa com diabetes e do profissional de saúde objetivando a transformação do ambiente clínico e do processo educativo. Entretanto, os jogos não fazem qualquer referência à experiência vivida anteriormente pelo diabético.

Em 2003, Rodrigues⁽²²⁾ implementou a consulta de enfermagem ao paciente diabético, numa abordagem psicossocial, levando em consideração uma *“atuação voltada à ampliação, tentando alçá-la à abordagem da pessoa, suas interações consigo, com o outro, com o contexto, enfim, com tudo o que está fora porém não separado dela mesma, incluindo as expressões de saúde-doença”*. Essa abordagem propunha a modificação das relações entre profissionais e pacientes por meio do contrato terapêutico. Para Püschel⁽²³⁾ o contrato terapêutico significa um acordo formal entre as partes (profissional, pessoa doente e família) visando explicitar direitos, deveres, e responsabilidades de cada um frente a um programa assistencial em implementação. Dessa forma, as metas são traçadas conjuntamente, por meio de instrumentos passíveis de mobilizar comportamentos, a fim de garantir respostas mais adaptativas e a expressão da melhor saúde possível para cada um. Para Rodrigues⁽²²⁾, a abordagem psicossocial é bastante válida, principalmente para os profissionais que querem promover a autonomia das pessoas e que acreditam que ainda é possível melhorar a qualidade de vida das pessoas, mesmo quando essas já tem uma doença crônica.

Deste modo, ao se ampliar a abordagem da pessoa com diabetes leva-se em consideração, não somente os aspectos clínicos, tão fortemente estudados, mas também os aspectos psicossociais que constituem, muitas vezes, determinantes do processo saúde-doença e sobre os quais pouco se tem investido. As intervenções propostas, marcadas pela ênfase medicamentosa e pelo controle dos níveis glicêmicos, encontram suas bases no modelo biomédico, centrado na doença, porém que passa a ser revisto e questionado e novas estratégias surgem para reestruturar a atenção à saúde no Brasil. Dentre elas, destaca-se a Política de Atenção Básica⁽²⁴⁾ que tem a saúde da família como

estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, o que será abordado a seguir.

1.3 O Programa de Saúde da Família

Todas as formas de atendimento à pessoa com diabetes podem ser realizadas nos diversos níveis de atenção à saúde, entretanto, na atenção primária à saúde encontra-se o campo de ação privilegiado para as orientações em saúde e o acompanhamento das pessoas com diabetes⁽²⁴⁾.

A Atenção Básica pode ser definida como: "um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde".

Na tentativa da reestruturação da Atenção Básica no Brasil foi proposto a partir de 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF). Conforme Dalmaso e Silva⁽²⁴⁾, o PSF *"pode ser visto como uma retomada de proposições contidas nas políticas públicas federais que estiveram em evidência, desde meados dos anos setenta, até início dos anos oitenta"*.

A Saúde da Família é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde, que reafirma e incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, descentralização, integralidade e participação na Comunidade, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação das pessoas e de suas famílias, em todas as fases da vida⁽²⁶⁾.

Assim, o Programa de Saúde da Família (PSF), atende aos princípios do SUS, e tem como objetivo a reorganização da prática assistencial baseada em novos critérios que atendam às necessidades propostas pela Constituição, substituindo o modelo tradicional de assistência ligado à cura de doenças e internações hospitalares, permitindo às equipes de Saúde da Família uma outra percepção do processo saúde-doença e das intervenções, ampliando sua visão para além das práticas curativas⁽²⁶⁾.

A estratégia do PSF estrutura-se a partir de uma unidade pública de saúde composta de uma equipe multiprofissional responsável por uma população para quem realiza atividades de promoção e prevenção de saúde, tratamento e reabilitação. As equipes ficam baseadas em uma Unidade de Saúde da Família e incluem as atividades de visita domiciliar e participação em grupos comunitários⁽²⁶⁾.

A equipe de Saúde da Família deve ser composta minimamente de um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde com atribuições distintas. Outros profissionais como um dentista, um auxiliar de consultório e um técnico de higiene dental, podem ser incluídos nessas equipes conforme a necessidade e disponibilidade da instituição de saúde, formando a equipe ampliada⁽²⁶⁾.

A implantação do PSF nas Unidades Básicas de Saúde brasileiras vem ampliando-se com o decorrer do tempo. Em 2003 as equipes de PSF assistiam 35,7% da população brasileira e esse número cresceu para 44,4% no ano de 2005. O número total de equipes de saúde da família, o total de municípios atendidos e o investimento na estratégia de Saúde da Família também cresceram entre 2003 e 2005. Assim, depois de pouco mais de uma década do início da implantação do Programa no Brasil, o PSF está presente em 80% dos municípios brasileiros, onde aproximadamente 120 mil agentes comunitários de saúde e 20 mil equipes atendem a quase 60 milhões de pessoas⁽²⁷⁾.

Avaliar a ação ou o impacto do PSF nos diferentes municípios exige a definição do enfoque, a escolha do método a ser utilizado e a própria exposição dos resultados baseados na construção de critérios e estratégias de avaliação que se ajustem à natureza do processo em questão⁽²⁸⁾. Os estudos acerca da implantação do PSF giram em torno da avaliação do impacto dessa proposta em determinado grupo de pessoas, da caracterização das pessoas atendidas dentro do Programa e de reflexões acerca de como a estratégia vem sendo implantada.

Paiva, Bercussa e Scuder⁽²⁹⁾, em avaliação da assistência ao paciente diabético e hipertenso atendidos em uma Unidade de Saúde da Família em Francisco Morato na grande São Paulo, mostraram que a acessibilidade ao

serviço de saúde melhorou após a implantação do PSF e 65,6% da população referiu que seus problemas foram resolvidos após a implantação da estratégia. Entretanto, alguns problemas foram identificados como o baixo índice de adesão ao tratamento, a falta de medicamentos e orientações sobre dieta, atividade física e medidas anti estresse não passadas a toda a população de diabéticos e hipertensos, o que evidencia a dificuldade ainda presente em ampliar a abordagem à pessoa com DM, apesar da implantação da estratégia da Saúde da Família.

Outro estudo, avaliando o impacto do PSF sobre os indicadores de saúde da criança em municípios do nordeste do país, identificou que a implantação do PSF exerceu pouco impacto sobre as condições estudadas quando comparados a unidades sem o Programa, reduzindo apenas a taxa de internação por diarreia. Acredita-se que essa ausência do impacto possa estar relacionada à forma como o PSF vem sendo implantado nos diferente municípios⁽³⁰⁾.

Souza, Moraes e Bath⁽³¹⁾, acreditam que as caracterizações das pessoas atendidas pelo PSF mostram quase sempre características similares quando avaliados dados sociodemográficos e situações de saúde. Entretanto, referem quae a principal diferença irá ocorrer quando esses dados forem associados com o contexto em que as pessoas vivem, os elementos de sua cultura, os estilos de vida, os seus princípios e valores. Dessa forma, a escolha de locais onde o PSF está implantado como palco do estudo seria uma estratégia interessante para abordagem desses temas que possibilitaria o conhecimento pelos profissionais de saúde de aspectos relacionados as estilo e ao contexto de vida das pessoas.

Sendo assim, a opção por investigar pessoas com diabetes, em um território sob a responsabilidade de uma Unidade da Saúde da Família, possibilitaria a compreensão dos diferentes aspectos envolvidos na vida dessas pessoas (clínicos, psicológicos, sociais e culturais), o que contribuiria para a implementação de ações voltadas à promoção da saúde dos diversos grupos envolvidos.

Nesse sentido, diante do conhecimento da doença, das conseqüências dessa na vida dos indivíduos diabéticos, dos dados epidemiológicos que mostram

o quanto o DM contribui para as taxas de morbi-mortalidade no país e da necessidade de intervenções que abordem não somente os aspectos clínicos surge a questão: qual é a relação existente entre a forma como a pessoa com DM vive (ou seja, os aspectos psicossociais envolvidos) e suas condições clínicas?

Após algum tempo trabalhando, como enfermeira, com pessoas com DM em instituições hospitalares, a cada internação de uma pessoa por complicações da doença algumas questões surgiam: por que essa pessoa chegou até aqui, mesmo com o conhecimento atual sobre a doença e o tratamento? A forma dessa pessoa viver estaria influenciando no aparecimento das descompensações ou das complicações? Assim surgiu a necessidade da realização desse trabalho, que tem como finalidade verificar as relações entre os fatores psicossociais da pessoa com DM e as suas condições clínicas.

2 Objetivos

Esse estudo teve como objetivos:

- Identificar como a pessoa com diabetes *mellitus* (DM) usuárias de uma Unidade de Saúde da Família (USF) no interior de São Paulo avaliam seu cotidiano, seu lazer, seu trabalho e seus relacionamentos.
- Caracterizar as condições clínicas e o estilo de vida de pessoas com DM usuárias de uma USF no interior de São Paulo.
- Verificar a relação entre a auto-avaliação dessas pessoas do cotidiano, do lazer, do trabalho e dos relacionamentos e as suas condições clínicas e seus estilos de vida.

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

3.1 Quadro teórico

3.1.1 Abordagem psicossocial

As estratégias implementadas nos diversos programas de prevenção e tratamento das doenças crônicas mostram-se bastante limitadas diante do quadro da baixa adesão ao tratamento dessas doenças e dos altos índices de morbidade e mortalidade relacionadas a estas. É a partir desse quadro que surge a proposta de uma abordagem complementar ao modelo biomédico vigente utilizado no cuidado à saúde de indivíduos na atualidade. Considera-se, portanto, a abordagem psicossocial como uma forma complementar de cuidado do profissional à saúde de pessoas acometidas por doenças crônicas de modo geral e, em particular, com DM.

O cuidado à saúde dentro dessa proposta baseia-se na experiência inter e intrasubjetiva, que ultrapassa as divisões corpo e mente, preventivo-curativo, passando a perceber a experiência pessoal e o contexto onde acontece a vida, a saúde, a doença e as necessidades de cuidado de si e do outro⁽²⁸⁾.

Para Ide⁽³²⁾ “a adoção dessa perspectiva transdisciplinar veicula a conceptualização de categorias centrais dessa abordagem, incluindo a priorização de investimentos terapêuticos aptos a sustentar essa abordagem teórico-operacional.”

O cuidado do indivíduo na perspectiva psicossocial se baseia em alguns princípios. Esses foram construídos por Ide⁽³²⁾ e é pautado:

- na percepção de que as experiências vivenciadas pelo indivíduo produzem uma ampla teia de significados que o indivíduo constrói no intercâmbio social⁽³³⁾.
- na valorização de conteúdos mentais de natureza subjetiva e social como sistemas representacionais de ser e estar no mundo mediados pela linguagem.
- na necessidade de modificar uma clínica que *“visa a pulsão da morte, isto é, os processos que , provenientes de uma repressão das pulsões de conservação, são*

como ela estereotipados, repetitivos, gerais e pouco personalizados. O processo fisiopatológico é, a grosso modo, estandarizado, como o são os comportamentos inatos”⁽³⁴⁾.

- no investimento na personalização do atendimento, promovendo o desenrolar temporal do prognóstico, relacionando-o a estrutura do sujeito, sua história, seus lutos, seus afetos e seus momentos de desorganização⁽³³⁾.
- na percepção de que o adulto é um ser com capacidade de construir, atribuir significados e produzir investimentos no seu projeto de vida, obtendo formas próprias de gerar e atender necessidades relativas à sua saúde e ao seu modo de viver.
- na tentativa de superar o caráter doutrinário dos processos educativos em saúde. Quando as palavras são usadas para impor ou lutar com o indivíduo cuidado, sem compartilhar o conteúdo, ocorre a doutrinação. Essa é perigosa por nascer de uma deturpação da compreensão e não do conhecimento⁽³⁵⁾.
- Sintetizando, a percepção como sujeito e objeto da abordagem psicossocial “*o ser humano em sua singularidade e em suas formas de sentir e manifestar seus mal estares diante de si, de seu entorno, de seu psiquismo, de seu corpo ou de modo sintético do seu corpopsiquismo em seu respectivo contexto. Enfim, compreender a experiência do adoecer envolve o entendimento do processo de produção do conhecimento e dos idiomas e narrativas mediante as quais tal conhecimento é apresentado e assimilado, as representações lingüísticas que devem ser compartilhadas pelo maior número possível de pessoas envolvidas na questão*”⁽³⁶⁾.

A partir desses princípios, considera-se que o foco do investimento profissional visa possibilitar o agir expressivo do indivíduo e a diminuição das descompensações, sendo que a ação do profissional deve estar voltada às necessidades, às expectativas e às possibilidades do indivíduo buscando-se construir um projeto compartilhado da melhor saúde possível⁽²³⁾.

Considera-se que para abordar o ser humano na sua multidimensionalidade além do desenvolvimento de uma competência relacional, conceitual e procedimental o enfermeiro deve utilizar instrumentos ou ferramentas que lhe

permitam conhecer melhor a pessoa atendida e identificar aspectos de sua vida que contribuem para a não adesão ao tratamento ou que dificultam a mudança de comportamentos de risco que concorrem para agravar a sua doença ⁽²³⁾.

Assim, segundo Rodrigues⁽²²⁾, são três as habilidades necessárias para o desenvolvimento da abordagem psicossocial: a empatia, a habilidade de analisar conteúdos e a capacidade de identificar os elementos apreendidos e constituídos pelo sujeito. Püschel⁽²³⁾, por sua vez, cita a empatia, o estabelecimento de vínculo e de confiança como ferramentas da abordagem psicossocial.

A empatia é definida por Falcone⁽³⁷⁾ como “habilidade cognitivo afetiva de integração, agregando a capacidade de discriminar chaves afetivas no outro, assumir a perspectiva do outro sempre na condição de outro) respondendo afetivamente ao seu sofrimento, transmitindo entendimento de tal maneira que este se sinta verdadeiramente compreendido e acolhido”. O comportamento empático envolve três fases:

- demonstrar compreensão da outra pessoa, ouvindo sensivelmente, com interesse e respeito pelo outro.
- captar os sentimentos e as perspectivas da outra pessoa, evitando julgamentos e condução do comportamento do outro.
- validar junto ao indivíduo os conteúdos compreendidos.

A capacidade de analisar conteúdo refere-se à habilidade de analisar os conteúdos apresentados pelos indivíduos durante as consultas. Dessa forma, “esse investimento pressupõe acessar sistemas de significados dessas pessoas, desvendando um sistema ideativo relativo à sua condição de vida (...) ⁽²²⁾.

Outra habilidade requerida na abordagem psicossocial diz respeito à capacidade de identificar os elementos apreendidos e constituídos. Dessa forma, é necessária a percepção de que os conteúdos podem ser resignificados ou modificados intencionalmente, com a conseqüente melhoria na relação do indivíduo com ele mesmo e com o mundo ⁽²²⁾.

Supõe-se que as pessoas fiquem doentes pela conjugação de vários fatores que se inter-relacionam, pela forma como concebem a vida, o seu cotidiano, seu trabalho, seu lazer e os seus relacionamentos. Identificar esses fatores e

correlacioná-los aos aspectos clínicos da doença constituem um primeiro passo para os profissionais de saúde considerarem ao propor intervenções que não devem ser somente clínicas mas também psicológicas, sociais e espirituais. Esses últimos constituem o maior desafio.

Nesse sentido, serão identificados nesse trabalho os fatores psicossociais e clínicos de pessoas com DM.

3.2 Natureza da pesquisa

Tratou-se de um estudo não experimental, correlacional, numa abordagem quantitativa.

Nos estudos não experimentais o interesse do pesquisador gira em torno da exploração de fenômenos pouco conhecidos, da obtenção das relações entre variáveis e da avaliação de variáveis em um período de tempo. O estudo correlacional é um tipo de pesquisa não experimental que se interessa em verificar a relação entre variáveis⁽³⁸⁾.

A abordagem quantitativa utiliza métodos formais, caracterizados pela precisão de controle estatístico e tem como finalidade fornecer dados para a verificação de hipóteses, com o uso de artifícios quantitativos tendo por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, programas ou amostras de populações e programas⁽³⁹⁾.

3.3 Local do estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Sabiá, localizada na cidade de Sorocaba, no Estado de São Paulo. A Prefeitura do Município de Sorocaba dispõe de um Programa de Atendimento ao Diabético (PD), e um Programa de Atendimento ao Hipertenso e Diabético (PHD), que devem ser adotados por todas as UBS e USF da Cidade.

Sorocaba é um município localizado a 110 km da capital paulista e contava, no último censo, em 2000, com 493468 habitantes⁽⁴⁰⁾. A cidade possui 364

estabelecimentos de saúde, sendo 30 Unidades Básicas, Centros de Saúde ou Unidades de Saúde da Família⁽⁴¹⁾.

O Programa de Saúde da Família na cidade de Sorocaba está implantado em quatro desses estabelecimentos de Saúde: USF Sabiá, USF Aparecidinha, USF Vitória Régia e USF Abiteto. A proposta inicial desse trabalho consistia na avaliação das pessoas atendidas em todas essas Unidades, participantes do PD e do PHD, entretanto muitas dificuldades foram encontradas o que inviabilizou sua realização, especialmente pelos seguintes motivos:

- a localização das USF trouxe problemas para o transporte e a segurança da pesquisadora e das estudantes de enfermagem que foram treinadas para a coleta de dados;

- os dias agendados para consulta com os pacientes portadores de hipertensão e diabetes eram os mesmos, portanto os diabéticos e hipertensos misturavam-se e, devido à maior prevalência de hipertensão na população brasileira, encontrava-se poucos pacientes com DM;

- o número de faltosos era muito grande;

- a realização das visitas às casas dos pacientes não foi possível nas outras três Unidades de Saúde da Família visto que havia um maior número de pessoas com DM, em territórios mais extensos o que inviabilizava esse procedimento;

- os prontuários se encontravam muito incompletos, com ausência de dados essenciais para a pesquisa;

Desse modo, optou-se pela Unidade de Saúde da Família Vila Sabiá, por estar melhor estruturada nos aspectos supra-mencionados e contava com duas equipes de PSF, sendo cada uma delas formadas por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Nessa unidade são atendidas em torno de 2000 famílias nos programas de hipertensos, de diabéticos, de hipertensos e diabéticos, de atenção à criança e de atenção à mulher. Essa Unidade de Saúde da Família, localiza-se na Zona Sul do município e assiste às pessoas que residem nos bairros de Vila Sabiá, Vila Romão, Vila Zacarias e Bairro dos Morros.

3.4 Sujeitos da Pesquisa

A população do estudo foi composta por pessoas que participam do Programa de Atendimento ao Diabético (PD) e do Programa de Atendimento ao Hipertenso e ao Diabético (PHD) atendidas na USF e que obedeceram aos critérios estabelecidos para inclusão na pesquisa:

- ter mais de 18 anos
- possuir diabetes *mellitus* do tipo 2
- estar consciente, orientado no tempo e espaço, sem déficits cognitivos ou de linguagem.

O total de pessoas atendidas pela USF Vila Sabiá, inscritas no PD e PHD é de 260 pessoas. Para a determinação da amostra foi utilizada a metodologia de amostragem aleatória estratificada, considerando um intervalo de 95% de confiança, sendo essa formada de 152 pessoas pertencentes aos programas, que constituiu o número de sujeitos da pesquisa.

3.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados pela pesquisadora e por estudantes de graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista, no período de setembro a dezembro de 2006. As estudantes receberam treinamento para a coleta de dados e para a abordagem à pessoa com DM no referencial teórico proposto.

Inicialmente as pessoas foram abordadas em sala de espera, anteriormente à consulta médica ou à consulta de enfermagem previamente agendadas de segunda a sexta-feira. Utilizando essa estratégia foram atendidas 56 pessoas. Entretanto, após cerca de dois meses de coleta na USF foi verificado que havia um grande número de faltas às consultas agendadas e os que compareciam à Unidade passaram a ser os mesmos, impossibilitando a obtenção do número de pessoas com diabetes estabelecido estatisticamente para compor a amostra.

Posteriormente os dados foram coletados nas residências dos pacientes, porém houve muitas recusas para participar da pesquisa possivelmente devido ao

medo da entrada de pessoas estranhas em suas residências. Então, a pesquisadora e as estudantes treinadas para a coleta de dados passaram a visitar as casas acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde para que as pessoas permitissem a entrada em suas casas. A escolha dos participantes da pesquisa foi feita de forma aleatória dentre todos os cadastrados no território da USF e que atendiam aos critérios de inclusão na pesquisa. Foram coletados dados nas residências de 96 pessoas.

Além disso, foram coletados também dados dos prontuários de todos os participantes da pesquisa.

3.5.1 Instrumento para coleta de dados

O instrumento de coleta de dados utilizado nesse estudo foi baseado no instrumento proposto por Ide e Chaves e adaptado para o indivíduo diabético por Rodrigues⁽²²⁾. O instrumento 1 (Anexo1) é composto por duas partes:

- **Parte A- Auto-avaliação:** compreende dados de identificação do diabético e a auto-avaliação acerca do seu cotidiano, do seu trabalho, do seu lazer e dos seus relacionamentos. A avaliação desses aspectos foi denominada auto-avaliação psicossocial e foi realizada pela pessoa com DM que atribuiu valores aos diversos aspectos por meio de uma escala tipo Likert classificando esses aspectos em : péssimo, ruim, regular, bom e muito bom com valores de 1 a 5 respectivamente.
- **Parte B- Avaliação do profissional:** compreende dados acerca da história da doença e do exame físico direcionado ao diabético. Permite também a avaliação pelo profissional dos hábitos da pessoa relacionados ao sono e repouso, dependências, prática de atividades físicas, cuidado com os pés e automonitorização, comparando-os com os recomendados pela literatura, que foram classificados em uma escala tipo Likert.

Diante da dificuldade de se encontrar, em busca bibliográfica, escalas para classificação dos hábitos de vida da pessoa com DM, foi construído, após análise da literatura sobre o tema^(1,7,42,43,44,45), um guia (Anexo 2), que foi utilizado como referência para a classificação dos hábitos de sono e repouso, dependências,

práticas de atividade física, dieta, cuidado com os pés e automonitorização usando-se uma escala tipo Likert.

Os dados relacionados ao tempo de diagnóstico, terapêutica medicamentosa, Índice de Massa Corpórea (IMC) e hemoglobina glicada foram coletados nos prontuários. Os dados para avaliação dos pés foram coletados junto ao sujeito, por meio de exame físico. Os dados que diziam respeito a doenças associadas e complicações crônicas foram fornecidos pelo sujeito da pesquisa uma vez que não se encontrou, na grande maioria dos casos, registro de tais dados nos prontuários, o que pode indicar o não preenchimento adequado dos prontuários e/ou subnotificação.

O exame Hemoglobina Glicada expressa o controle de glicêmico nos últimos dois ou três meses. Dessa forma, foram coletados junto aos prontuários os exames cuja coleta foi realizada de dois a três meses antes do preenchimento do instrumento. O laboratório clínico que presta serviços à Prefeitura Municipal de Sorocaba realiza o exame hemoglobina glicada pelo método de Trivelli modificado que considera a pessoa com bom controle glicêmico aquela com valor de hemoglobina glicada entre 2,9 e 4,6%.

Para a classificação do Índice de Massa Corpórea (IMC) foi utilizada a padronização da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽⁴⁶⁾: baixo peso (IMC < 18,5 Kg/m²), normal (IMC > 18,5 Kg/m² e < 25 Kg/m²), sobrepeso (IMC > 25 Kg/m² e < 30 Kg/m²) e obesidade (IMC > 30 Kg/m²).

Para avaliação dos pés foi utilizado o instrumento proposto por Muniz, Reis e Rocha⁽⁴⁷⁾ (Anexo 3). Os pés foram classificados conforme as alterações apresentadas em: normal, presença de alterações circulatórias, presença de alterações de sensibilidade e presença de deformidades ósseas. Essa classificação escolhida foi baseada em revisão sistemática sobre o tema realizada por Sing, Armstrong e Lipski⁽⁴⁸⁾ que concluíram que o exame feito pelo serviço clínico primário deve consistir de avaliação da história do paciente, da avaliação da circulação e da sensibilidade dos pés, além da avaliação da presença de deformidades ósseas.

3.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados no *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 14.0 para Windows.

A análise descritiva desses dados foi realizada por meio de frequências, médias e porcentagens. A relação entre as variáveis de identificação, auto-avaliação psicossocial, caracterização dos aspectos clínicos e caracterização do estilo de vida foram realizadas por meio dos testes ANOVA simples, Teste T Students e Qui Quadrado.

3.7 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e aprovado em março de 2006 (Anexo 4)

Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos, procedimentos da investigação e assegurados quanto ao sigilo, anonimato e possibilidade de interrupção da participação a qualquer momento. Os que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme resolução 196/96 – CNS (Anexo 5).

A coleta de dados na USF foi autorizada pela Prefeitura Municipal de Sorocaba (Anexo 6).

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente serão apresentados os dados relativos à caracterização da amostra estudada segundo as variáveis sociodemográficas, a auto-avaliação psicossocial, as condições clínicas e o estilo de vida e o autocuidado. Esses dados serão descritos por meio de frequências médias e porcentagens.

Posteriormente serão mostrados os dados relacionados às variáveis sócio demográficas, auto-avaliação dos aspectos psicossociais, condições clínicas e estilo de vida e autocuidado que foram submetidos a testes estatísticos.

4.1 Caracterização das pessoas com diabetes *mellitus* segundo as variáveis sociodemográficas

Os participantes do estudo foram caracterizados segundo as variáveis sexo, idade, estado civil, religião e renda que são apresentados na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição das pessoas com diabetes *mellitus* segundo as variáveis sexo, idade, estado civil, escolaridade e religião. USF Vila Sabiá. Sorocaba-SP. 2006

Variáveis	Níveis das variáveis	f	%	M	DP
Sexo	Masculino	62	40,8		
	Feminino	90	59,2		
Estado Civil	Solteiro	8	5,3		
	Casado	88	57,9		
	Viúvo	35	11,2		
	Divorciado	17	23		
	Outros	4	2,6		
Idade	Até 35 anos	2	1,3	58,22	12,06
	36-45 anos	16	10,5		
	46-55 anos	48	31,6		
	56-65 anos	42	27,6		
	66 anos ou mais	44	29		
Escolaridade	Analfabeto	28	18,4		
	Ensino fundamental incompleto	82	53,9		
	Ensino fundamental completo	16	10,5		
	Ensino médio completo	1	0,7		
	Ensino superior completo	1	0,7		
	Sem dados	24	15,8		
Religião	Católica	89	58,6		
	Evangélica	54	35,5		
	Outras	3	2,1		
	Nenhuma	6	4		

A amostra foi composta por 152 pessoas sendo 90 mulheres (59,2%) e 62 homens (40,8%) com idade média de 58,22 anos.

Esses dados corroboram os obtidos por meio do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos- HIPERDIA, criado pelo Ministério da Saúde⁽⁴⁹⁾, em funcionamento desde o ano de 2002, que mostrou, no Estado de São Paulo, uma proporção de cadastros de 66% de mulheres portadoras de DM tipo 2 e 44% de homens em 3 anos. Goldenberg⁽⁵⁰⁾, por sua vez, em estudo realizado em 2003, que caracterizou a prevalência de DM segundo diferença sociais e de gênero no Estado de São Paulo, em um desdobramento do Estudo Multicêntrico de Prevalência de diabetes *mellitus* no Brasil, identificou uma maior prevalência de DM pré-diagnosticado entre as mulheres, porém já existe uma prevalência maior de DM recém-diagnosticado entre os homens. Essa tendência poderia estar levando ao fim das diferenças entre as prevalências de DM entre homens e mulheres ou poderia ser justificada pela maior procura das unidades de saúde por pessoas do sexo feminino⁽⁵⁰⁾.

A diferença de prevalência entre homens e mulheres ainda existente hoje pode ser justificada pela procura maior das unidades de saúde por pessoas do sexo feminino, devido a uma maior preocupação das mulheres com a saúde⁽⁵¹⁾.

Diante desse quadro pode-se pensar na relação entre o gênero e a procura por tratamento nas Unidades Básicas de Saúde. O Programa de Saúde da Família trabalha com a participação efetiva dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na comunidade por meio de visitas em domicílios cadastrados de todas as pessoas da família. Entretanto, o sexo feminino parece ser ainda o gênero predominante que participa das atividades propostas pelo Programa, portanto mais propensas ao autocuidado.

Outros estudos de populações distintas associam gênero e a prevalência de DM. Coeli et al⁽⁵⁾ apontam maior taxa de mortalidade específica por DM no sexo feminino que no sexo masculino no Rio de Janeiro. Gomes et al⁽⁵²⁾, em um estudo multicêntrico em todas as regiões brasileiras que relacionou obesidade e DM encontraram na amostra pesquisada 61% de pessoas do sexo feminino e 39% do sexo masculino com DM do tipo 2. Em Ribeirão Preto, houve similaridade entre as taxas de prevalência de DM entre homens e mulheres⁽⁵³⁾.

Em relação à faixa etária, o HIPERDIA cadastrou nos últimos cinco anos um maior número de pessoas com DM na faixa de 55 a 64 anos. Outros estudos também encontraram alta média de idade entre as pessoas com diabetes. Gomes et al⁽⁵²⁾ identificou idade média de 58,8 anos em seu estudo multicêntrico em todas as regiões brasileiras, enquanto Aguilar⁽⁵⁴⁾ estudando a qualidade de vida de 287 mexicanos com diabetes verificou idade média de 57,9 anos.

Quanto ao nível de escolaridade das pessoas com DM o maior percentual, 64,1%, foi encontrado naqueles que cursaram até o ensino fundamental incompleto, seguidos dos analfabetos 21,9%. Apenas 1,6% dos sujeitos concluíram o ensino médio.

Os participantes da pesquisa possuem baixa escolaridade, sendo que 72,3% têm ensino fundamental incompleto ou são analfabetos. Segundo o DATASUS⁽⁵⁵⁾, no ano de 2004, a taxa de analfabetismo no Brasil era de 11,39% e em São Paulo 5,52%. Já os indivíduos que estudaram menos de 4 anos

corresponderam a 24,42% da população brasileira e 16,04% da população paulista. É importante salientar que tanto em termos de Brasil quanto de Estado de São Paulo a maior concentração de pessoas encontra-se na faixa dos que estudaram mais de oito anos, o que não correspondeu ao que foi encontrado na população estudada. Esse fator pode ser explicado pela localização da Unidade de Saúde da Família, em um bairro periférico de uma cidade do interior de São Paulo, que possui baixo nível socioeconômico, além da alta média de idade da amostra. Tal situação leva à preocupação com a necessidade do profissional acompanhar essas pessoas visando uma maior compreensão da doença e o seu melhor controle, utilizando-se uma linguagem mais clara e acessível para a educação em saúde.

Blum⁽⁵⁶⁾, em estudo com diabéticos e hipertensos que participavam do Programa da Saúde da Família em uma USF em Ponta Grossa, também encontrou altos índices de baixa escolaridade e analfabetismo, 32,3% e 64,5% respectivamente. No município de Piracicaba, no ano de 2004, em pesquisa para caracterização sociodemográfica de adultos com DM também foram identificados baixos índices de escolaridade⁽⁵⁷⁾.

A Tabela 2 mostra a distribuição da amostra estudada por ocupação. Devido às dificuldades para a compreensão dos termos profissão e ocupação optou-se por perguntar qual era a atividade de trabalho exercida no momento da coleta de dados o que foi denominada ocupação. A classificação segundo grupo ocupacional foi baseada na proposta de Jannuzzi⁽⁵⁸⁾ que classificou em cinco estratos sócio-ocupacionais: alto, médio-alto, médio, médio-baixo, baixo. O primeiro estrato compreende as pessoas na condição de grandes proprietários e as pessoas ocupadas em postos de comando. O estrato médio-alto reúne os pequenos proprietários, chefes, supervisores e empregados qualificados de escritório e média especialização na indústria e serviço. Já o estrato médio inclui as ocupações de comércio, serviço e postos qualificados na indústria como torneiros mecânico e montadores de equipamentos elétricos. O quarto grupo socio-ocupacional, médio-baixo, compreende os empregados de prestação de serviço de baixa qualificação nos serviços, construção civil e indústria tradicional.

No último estrato, baixo, estão alocados os trabalhadores rurais na condição de empregados ou autônomos, além das ocupações urbanas de baixo *status* como servente de pedreiro, lavadeiras, empregadas domésticas e lixeiros.

Tabela 2: Distribuição das pessoas com diabetes *mellitus* segundo o estrato ocupacional. USF Vila Sabiá. Sorocaba-SP, 2006

Estratos ocupacionais	N	(%)
Alto	0	0
Médio-alto	0	0
Médio	19	12,5
Médio-baixo	8	5,3
Baixo	29	19,1
Aposentados	48	31,6
Do lar	25	16,4
Não reponderam	23	15,1
Total	152	100

Verifica-se na Tabela 2 que 48% dos participantes da pesquisa são aposentados e do lar. Dentre os trabalhadores ocupados destacam-se os que estão classificados nos estratos médio (12,5%) e baixo (19,1%). Goldenberg⁽⁴⁾, em estudo no Estado de São Paulo identificou uma maior prevalência de DM entre os não ocupados. Estudo de Martinez e Latorre⁽⁵⁹⁾ junto aos trabalhadores de um grupo de empresas metalúrgicas e siderúrgicas dos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro encontrou a prevalência de DM de 11,3% próxima à prevalência na população do estado de São Paulo que é de 9,7%⁽³⁾. Entretanto, encontraram uma diferença significativa na prevalência de DM entre os trabalhadores dos setores administrativos e operacionais, os últimos apresentando maior taxa de prevalência.

Em relação ao estado civil, a maior parte dos sujeitos da pesquisa é casada (57,9%), enquanto 23% são viúvos. Quanto à religião 58,6% dos sujeitos são católicos e 36,2% são evangélicos.

As pessoas participantes da pesquisa têm renda mensal média por família de 2,601 salários mínimos (DP:± 1,66), sendo que contribuem para essa renda em média 2 (DP:±0,9) pessoas por residência. Entretanto, vivem com essa renda mensal familiar uma média de 3,33 (DP:±1,6) pessoas. Tal renda expressa as baixas ocupações no estrato sócio-ocupacional e a baixa escolaridade.

Tabela 3: Distribuição da renda das pessoas com diabetes *mellitus*. USF Vila Sabiá. Sorocaba-SP.2006

Variável	Média	Desvio Padrão
Renda Mensal (SM)*	2,6	1,6
Nº de pessoas que contribuem para a renda	1,92	0,9
Nº de pessoas que vivem com a renda	3,33	1,6

*SM- salário mínimo vigente no ano de 2006, R\$ 350,00

A renda mensal do trabalhador brasileiro segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ⁽⁶⁰⁾ é de 3,016 salários mínimo e do trabalhador do estado de São Paulo é de 4,11 salários mínimos. A baixa renda mensal encontrada na amostra está provavelmente associada ao baixo nível de escolaridade e ao tipo de ocupação para a obtenção de renda, além do alto número de aposentados que compõe a amostra. Esses dados mostram que a população de baixa renda e de baixa escolaridade, predominantemente, utiliza serviços públicos de saúde e cobertos pelo PSF, em contrapartida à concentração de pessoas de maior renda sendo atendidas pelos serviços privados de saúde.

Segundo o Cadastro de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003⁽⁶¹⁾, 34,5% da população brasileira utiliza o setor privado para a assistência à saúde e essa concentração ainda maior nos municípios com mais de 200000 habitantes. Em São Paulo, 40% da população têm cobertura dos planos privados de saúde. Esse percentual também é maior entre os idosos, visto que na região sudeste 46,6% dessa população utiliza serviços privados de saúde.

A distribuição de usuários de plano privado de saúde em relação à renda familiar é apresentado na tabela 4.

Tabela 4: Distribuição dos usuários de plano privado de saúde segundo a renda mensal. Brasil. 2004

Renda familiar	Percentual de usuários de plano privado (%)
Maior que 20 salários mínimos	80,6
Entre 10 e 20 salários mínimos	63,6
Entre 5 e 10 salários mínimos	43,1
Entre 1 e 5 salários mínimos	15,3
Menor que 1 salário mínimo	3,4

Fonte: Pinto e Sobraz, 2004

Os resultados dessa pesquisa confirmam os encontrados por Pinto e Sobraz⁽⁶¹⁾, segundo os quais os planos privados de assistência à saúde contribuem para a desigualdade social brasileira visto que apenas esses planos assistem apenas parte da população, principalmente composta por pessoas brancas, com alta renda mensal, melhor nível de escolaridade, residentes nas regiões metropolitanas brasileiras e inserida em determinados ramos do mercado de trabalho.

Stuchi⁽⁶²⁾, em estudo com cardiopatas em Ribeirão Preto, interior de São Paulo, mostrou que 35% dos sujeitos recebiam menos que dois salários mínimos por mês. Tavares⁽⁶³⁾, na cidade de Tizimin, Yucatan, no México mostrou em sua amostra que 52,96% dos pesquisados tinham renda mensal menor que cinco salários mínimos vigentes e essa renda destinava-se ao sustento de 13 a 16 pessoas. Tang, Chen e Krewski⁽⁶⁴⁾ identificaram em população canadense relação entre baixo nível socioeconômico e maior prevalência de DM, principalmente entre as mulheres. Estudo na Inglaterra percebeu uma associação inversa entre a prevalência de DM e o nível socioeconômico⁽⁶⁵⁾.

Diante dos dados apresentados foi possível identificar que a população do estudo era predominantemente feminina, casada, com alta média de idade e católica. Além disso, foi encontrado um grande número de aposentados e donas de casa, e os que exerciam alguma atividade de trabalho estavam ligados a ocupações que tradicionalmente geram baixos salários, corroborando com a baixa média de renda salarial encontrada entre os participantes da pesquisa. As características dessa população podem determinar formas diferentes de perceber

a saúde, a doença, o seu modo de viver e o seu modo de trabalhar, podendo ou não influenciar nas suas condições clínicas e no seu estilo de vida.

4.2 Caracterização da auto-avaliação dos aspectos psicossociais das pessoas com diabetes

As pessoas com diabetes fizeram uma auto-avaliação do seu cotidiano, do seu trabalho, do seu lazer, dos seus relacionamentos familiares e dos seus outros relacionamentos, classificando esses aspectos em: péssimo, ruim, regular, bom e muito bom, em uma escala tipo Likert com valores de 1 a 5 respectivamente. Os dados estão apresentados na tabela 5.

Tabela 5- Distribuição das pessoas com diabetes *mellitus* segundo a auto-avaliação dos aspectos psicossociais. USF V Sabiá. Sorocaba. 2006.

Aspectos Psicossociais										
	Cotidiano		Trabalho		Lazer		Relac. Familiares		Outros Relac.	
	F	(%)	F	(%)	F	(%)	F	(%)	F	(%)
Péssimo	10	6,6	3	2	17	11,2	3	2	1	0,7
Ruim	6	3,9	7	4,6	18	11,8	5	3,3	1	0,7
Regular	48	31,6	93	61,2	54	35,5	21	13,8	15	9,9
Bom	74	48,7	37	24,3	51	33,6	76	50	83	54,6
Muito Bom	14	9,2	12	7,9	12	7,9	47	30,9	52	34,2
Total	152	100	152	100	152	100	152	100	152	100
Média	3,5		3,32		3,15		4,05		4,21	

As médias de avaliação dos aspectos psicossociais das pessoas com diabetes foram todas acima de três, valor que corresponde à classificação desse aspecto como regular. Além disso, na auto-avaliação do cotidiano, do trabalho e do lazer foi identificado um maior número de pessoas com diabetes que classificou esses aspectos como regular, enquanto na auto-avaliação dos relacionamentos familiares e de outros relacionamentos a maior concentração de pessoas com diabetes estava na faixa que classificou os aspectos como bons.

É importante salientar que a coleta de dados foi realizada por pessoas que apesar de treinadas no referencial teórico eram desconhecidas para os diabéticos, o que provavelmente levou a uma dificuldade em falar sobre situações peculiares e problemáticas de sua vida. Além disso, os dados foram coletados na residência da pessoa, muitas vezes acompanhada de seus familiares, momento no qual não seria pertinente classificar como ruins os relacionamentos familiares.

Outro fator que deve ser considerado é a dificuldade que as pessoas têm em nomear ou dar números às suas condições de vida. Muitas delas relataram durante a coleta de dados situações muito ruins enfrentadas no cotidiano, no trabalho, no lazer e nos relacionamentos, entretanto, ao classificar nas escalas utilizadas na pesquisa, referiam que a situação era regular ou boa. Isso pode ser decorrente da problemática de classificar em números situações que muitas vezes envolvem componentes subjetivos. Outra possibilidade seria a não percepção pelo sujeito, do quanto as situações relatadas são ruins. Não se pode desconsiderar que a população pesquisada possui baixa renda e escolaridade e que enfrenta diariamente as dificuldades impostas por essas condições, não percebendo mais as situações desconfortáveis como ruins, visto que possivelmente está acostumada a não viver bem ou em condições mais favoráveis de vida. De outro modo, esse último aspecto traduz um ponto de vista do olhar da pesquisadora que advém de uma outra realidade.

De todos os aspectos analisados o melhor classificado foi o relacionamento com outras pessoas (amigos, vizinhos, entre outros) e com a família, o que constitui fator importante para essas pessoas pesquisadas e que pode representar maior suporte social, apesar da pior avaliação de outros aspectos como o trabalho, o lazer e o cotidiano. O aspecto pior avaliado foi o lazer. A população identificou que o lazer precisa ser melhorado, embora tradicionalmente as pessoas não percebam o lazer como uma necessidade em suas atividades, inclusive para manter-se com saúde. Essa parte da vida não é tida como prioridade diante de outras questões como trabalho e família.

São poucos os trabalhos que abordam os aspectos psicossociais das pessoas com DM. A denominação aspectos psicossociais retrata diferentes

dimensões nos estudos encontrados, não existindo uma definição padronizada, porém tem-se verificado o aumento das investigações voltadas à identificação dos aspectos psicossociais em grupos específicos.

Pesquisa realizada por Püschel e Pinheiro⁽⁶⁵⁾ que acompanhou pessoas com doenças cardiovasculares durante um ano, usuárias de um ambulatório de especialidades, mostrou que 53,3% dessas estavam pouco satisfeitas ou insatisfeitas com o lazer, o que denota pouca ênfase dada a esse aspecto como condição importante para a promoção da saúde.

Xavier et al⁽⁶⁷⁾, avaliaram a satisfação com a vida de pessoas diabéticas no Município de Veranópolis (RS), sendo que 57% referiram valores significativos de satisfação com a vida e foram identificados como determinantes dessa situação a saúde, presença de ambiente familiar e renda. Souza et al⁽⁶⁸⁾ em estudo sobre qualidade de vida das pessoas com diabetes verificaram que 66,6% das pessoas com DM estavam satisfeitas com a vida e que essa satisfação estava relacionada principalmente ao bem estar físico, estabilidade socioeconômica, bem estar emocional e espiritual. Rodrigues⁽²²⁾, na implantação de uma consulta baseada na abordagem psicossocial às pessoas com DM identificou uma *“estrutura ensimesmada, dependente, insatisfeita e limitada, com uma vida pautada em rotinas, quase sem lazer e com uma imobilidade em lidar com essas situações”*

Joia et al⁽⁶⁹⁾, em estudo acerca da satisfação com a vida entre idosos identificaram que 51,2% desses avaliavam sua vida como muito boa, enquanto 43,6% classificavam sua vida como boa. Nesse trabalho diversas categorias foram relacionadas com a satisfação com a vida, entre elas “satisfação com o conforto domiciliar”, “valorizar o lazer como qualidade de vida”, “acordar bem pela manhã” “fazer três ou mais refeições por dia”, “não sentir solidão mesmo acompanhado” e “não referência ao DM”. É possível identificar nesse estudo que os idosos são satisfeitos com sua vida mas acreditam que a presença do DM poderia interferir de forma negativa nesse nível de satisfação.

Estudo de Péres et al⁽⁷⁰⁾, identificou que muitas pessoas portadoras de HAS associam fatores psicológicos ou sociais à dificuldade de controle da pressão arterial. 75% dos entrevistados atribuíram essas dificuldades aos fatores

emocionais, 18% aos hábitos alimentares inadequados e 3% à herança familiar. Segundo essas pessoas o nervosismo, a irritação, a preocupação e a ansiedade estavam ligados ao aumento da pressão arterial e ocorrem geralmente por problemas em casa, contrariedades e pela situação financeira. 30% do total das pessoas entrevistadas acreditavam que o controle da emoção e sair de situações estressantes com momentos de lazer poderiam melhorar o controle da pressão arterial. Assim, para os autores, as pessoas parecem entender que aspectos psicológicos e sociais podem interferir no controle da doença crônica mas existe uma lacuna entre o que elas acreditam que podem fazer e o que elas realmente fazem.

De forma geral, a caracterização dos aspectos psicossociais mostrou uma regular avaliação do cotidiano, do lazer e do trabalho e uma boa avaliação dos relacionamentos, fatores que podem contribuir para o estilo de vida e para a determinação das condições clínicas da pessoa com diabetes.

4.3 Caracterização das condições clínicas das pessoas com diabetes *mellitus*

A tabela 6 mostra a distribuição das pessoas com DM, segundo o tempo de diagnóstico, a terapêutica medicamentosa e as complicações crônicas.

O tempo médio de diagnóstico de DM foi de 9,25 anos (DP: $\pm 7,22$). Rocha⁽⁷¹⁾ e Aguilar⁽⁵⁴⁾ também verificaram tempo médio de diagnóstico de DM entre 6 e 10 anos. É importante a avaliação dessa variável nos estudos visto que existe uma associação entre o tempo de diagnóstico de DM e o aparecimento das complicações crônicas.

Tabela 6- Distribuição das pessoas com diabetes *mellitus* segundo o tempo de diagnóstico, a terapêutica medicamentosa e as complicações crônicas. USF Vila Sabiá. Sorocaba-SP. 2006

Variáveis	Níveis das variáveis	f	%	M	DP
Tempo de Diagnóstico	< 3 anos	29	19,1	9,25	7,22
	4-6 anos	41	26,9		
	7-10 anos	40	26,4		
	11-13 anos	13	8,5		
	mais de 14 anos	29	19,1		
Terapêutica Medicamentosa	Hipoglicemiante oral	47	30,9		
	Insulina	33	21,7		
	Insulina+ hipoglicemiante oral	18	11,8		
	Nenhuma	13	8,6		
	Sem dados	41	27		
Complicações Crônicas	Retinopatia	32	21,1		
	Nefropatia	10	6,6		
	Macroangiopatia	7	4,6		
	Neuropatia	3	2		
	Nenhuma	100	65,8		
Avaliação dos pés	Normal	97	63,8		
	Alterações Circulatórias	29	19		
	Deformidades ósseas	11	7,2		
	Alterações de sensibilidade	15	9,8		

De acordo com a Tabela 6, 64,4% das pessoas estudadas utilizam hipoglicemiantes orais e/ou insulina e apenas 8,6% não utilizavam qualquer medicamento. A SBD⁽¹⁾ recomenda que o tratamento para o DM do tipo 2 deve ser realizado por meio da educação, modificação do estilo de vida e tratamento medicamentoso, sendo esse último realizado com hipoglicemiantes orais e/ou insulina. O Ministério da Saúde⁽⁷⁾ preconiza que o tratamento deve ser iniciado com o tratamento não medicamentoso, seguido pelo uso de hipoglicemiantes orais. Os critérios para utilização da insulina são: glicemia plasmática > 270mg/dl, insucesso na obtenção do bom controle glicêmico por meio dos hipoglicemiantes orais e situações especiais como infecções, gravidez ou cirurgias.

Conforme a tabela 6, a porcentagem de pessoas que utilizam insulino terapia no estudo (33,5%) é bastante parecida com as encontradas por Sheffel⁽¹⁰⁾ (35%) e Gomes et al⁽⁵²⁾ (37,2%) podendo estar relacionada às dificuldades na obtenção do bom controle metabólico. Poucas pessoas com diabetes nesse estudo fazem apenas tratamento não medicamentoso (11,7%). Guimarães e Takaishi⁽¹⁹⁾ quando avaliaram as orientações dadas à pessoas com diabetes em um serviço primário de Ribeirão Preto observaram que 27,6% da sua

amostra receberam orientações para realizarem apenas tratamento não medicamentoso.

Quanto às complicações crônicas do DM 65,8% não apresentavam qualquer complicação crônica. Dos pacientes que apresentavam complicações a maior parte (21,1%) apresentava retinopatia associada ao DM. Esses valores são inferiores aos encontrados por Sheffel et al⁽¹⁰⁾ em estudo com diabéticos do tipo 2 em três centros médicos do Rio Grande do Sul que identificou a presença de retinopatia em 48%, nefropatia em 36%, neuropatia em 36% e doença arterial periférica em 36% da população estudada. Esse fato pode estar relacionado às diferentes formas utilizadas para a coleta de dados da pesquisa, ou seja, por meio de informação obtida do paciente e dos registros nos prontuários. Nos prontuários da USF as doenças não eram registradas com seus nomes e essas não poderiam ser identificadas pelos exames que eram antigos e também pouco registrados. Devido a essa provável subnotificação dos registros é possível que os dados não reflitam a realidade dessa população.

A tabela 7 mostra as doenças associadas relatadas pelos participantes da pesquisa. Algumas pessoas apresentaram mais de uma doença associada.

Tabela 7- Distribuição das doenças associadas que acometem as pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP.2006

Doença Associada	Nº	(%)***
Nenhuma	47	30,9
AVE* prévio	2	1,3
Bronquite	2	1,3
Cardiopatia	4	2,6
Depressão	4	2,6
HAS**	86	56,5
Outras	6	3,9

*AVE-Acidente Vascular Encefálico **HAS-Hipertensão Arterial Sistêmica ***Porcentagem do total de 152 pacientes

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi referida por mais da metade da população estudada (56,5%). 2,6% afirmaram apresentar depressão associada e a mesma porcentagem afirmou ser acometida por cardiopatias.

A possibilidade de associação entre DM e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é de 50%⁽⁷⁾. Essas doenças apresentam vários aspectos em comum: a

etiopatogenia, visto que ambas apresentam resistência à insulina, resistência vascular aumentada e disfunção endotelial; os fatores de risco para o desenvolvimento da doença; a cronicidade; a possibilidade de não aparecimento de complicações com a obtenção de um bom controle; a necessidade de acompanhamento por uma equipe multidisciplinar; a inclusão de um tratamento não medicamentoso que inclui as modificações do estilo de vida e a educação e a dificuldade de adesão ao tratamento⁽⁷⁾.

Sintomas depressivos foram relacionados com a piora do controle glicêmico e aumento da prevalência de doenças crônicas em pessoas com diabetes *mellitus* conforme Moreira et al⁽⁷²⁾. Metaanálise realizada por Anderson et al⁽⁷³⁾, utilizando artigos sobre o tema publicado antes do ano 2000, confirmou a associação entre DM e depressão. Para os autores o DM praticamente duplica o risco de depressão e um em cada três diabéticos apresentam a doença. Não se pode deixar de destacar que o desconhecimento da doença ainda é grande e que falar sobre essa é bastante difícil podendo explicar os baixos índices de depressão na amostra.

Quanto ao número de internações anteriores, 50% dos participantes da pesquisa já estiveram internados uma vez. 2,6% já estiveram internados duas vezes, enquanto outros 2,6% já estiveram internados três vezes. As causas das internações estão apresentadas na Tabela 8.

Tabela 8: Distribuição das causas de internações das pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP.2006.

Causas de internações anteriores	F	(%)
Nunca internaram	68	44,7
Hiperglicemia/hipoglicemia	23	15,1
Cirurgias eletivas não relacionadas ao diabetes	23	15,1
Doenças cardiovasculares	3	2
Bronquite	2	1,3
Litíase renal	4	2,6
Pé diabético	3	2
Insuficiência renal	2	1,3
Hipertensão	9	5,9
Pneumonia	11	7,2
Outros	11	7,2

Assim, mais da metade dos diabéticos da população estudada já esteve internada e as principais causas de internação foram as descompensações do DM acompanhadas pelas cirurgias eletivas não relacionadas à doença. Também foi identificado um maior número de pessoas internadas por hipertensão e pneumonia.

Ao associarmos todas as internações que podem ter tido como causa complicações do diabetes (hiperglicemia, hipoglicemia, pé diabético, insuficiência renal e doenças cardiovasculares) identifica-se que 20,4% da população já foi internada por enfermidades relacionadas à doença. Esse número é bastante significativo diante da alta prevalência do DM na população brasileira e dos altos custos das internações hospitalares. Reflete, mais uma vez, o modelo de assistência à saúde curativo ainda fortemente existente no país, apesar das diversas estratégias para a modificação desse quadro e a pouca ênfase dada ao que é preconizado tanto pela SBD⁽¹⁾, quanto pelo Ministério da Saúde⁽⁷⁾ no que se relaciona à educação em saúde e à modificação do estilo de vida.

O número de internações por hipertensão pode ser explicado diante do alto número de diabéticos que apresentam HAS associada conforme mostrado na Tabela 7.

Ainda não está bem definida a influência do DM enquanto fator de risco para o desenvolvimento de infecções. O que está bem claro é uma maior incidência de infecções específicas, às vezes com maior taxa de complicações e mortalidade. Além disso, é necessário salientar as freqüentes descompensações do DM associadas aos quadros infecciosos. Quanto às infecções do trato respiratório não há comprovação de maior incidência desses casos nas pessoas com DM. Entretanto, foi estabelecido um maior risco para bacteremia e maior mortalidade por pneumonia meningocócica⁽⁷⁴⁾.

Dos 152 participantes da pesquisa apenas 98 pessoas (67,5%) tinham exames de hemoglobina glicada coletados nos últimos três meses. O valor médio de Hemoglobina Glicada (HBA1c) encontrado entre os participantes da pesquisa foi de 7,36% (DP: $\pm$ 2,6), valor bastante superior ao valor máximo do método considerado como bom controle glicêmico que é de 3,5%.

Tabela 9: Distribuição das pessoas com diabetes *mellitus* segundo os valores de hemoglobina glicada. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006

Variáveis	Níveis das variáveis	f	%	M	DP
Hemoglobina Glicada (%)*	<=4,6	13	13,3	7,36	2,6
	4,7-7,5	41	41,8		
	7,6-10,3	32	32,7		
	10,4-13,2	9	9,2		
	13,3 ou mais	3	3		
Índice de Massa Corpórea (Kg/m²)	<=25	26	27,7	28,8	4,9
	25,1-30	38	40,4		
	30,1-35	26	27,7		
	35,1 ou mais	4	4,2		

*Valores de referência: bom controle glicêmico- 2,9% a 4,6%

O *Diabetes Control and Complications Trial (DCCT)* ⁽¹²⁾ e o *United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS)* ⁽¹³⁾ dois estudos multicêntricos internacionais mostraram que pacientes que mantêm os valores de hemoglobina glicada dentro dos valores de normalidade do método são pouco encontrados em diversos estudos. Gomes et al⁽¹⁴⁾ em acompanhamento de pessoas com diabetes *mellitus* durante um ano, verificaram que nenhuma delas manteve todas as faixas de hemoglobina dentro da normalidade. Para Guimarães e Takayanagui⁽¹⁹⁾, 77% dos diabéticos encontravam-se com controle glicêmico insatisfatório. Sheffel et al⁽¹⁰⁾, encontraram controle metabólico aceitável em apenas 7% da população pesquisada.

Assim, foi possível identificar um controle glicêmico ruim na maior parte (86,7%) da população estudada. Dessa forma fica o questionamento: por que essas pessoas, que são acompanhadas pelo PSF, que privilegia a promoção da saúde, continua com níveis tão ruins de controle de uma doença crônica como o DM? Várias hipóteses podem ser levantadas nessa questão, entre elas a não percepção do profissional de saúde da importância de acompanhar outros aspectos da vida da pessoas com DM como sua forma de viver, de trabalhar e de se relacionar com os outros. O PSF baseado nos princípios do SUS permite o acompanhamento constante dessas pessoas pelos profissionais da saúde que poderiam utilizar melhor essa possibilidade de maior contato com a pessoa doente

para identificar outros fatores que poderiam estar influenciando no controle glicêmico ruim provocado pela não adesão ao tratamento.

O Índice de Massa Corpórea (IMC) médio encontrado foi de 28,8 (DP: $\pm 4,9$) Kg/m² e a maior concentração de pessoas estavam na faixa de 25 a 30 Kg/m², portanto apresentavam sobrepeso. Gomes et al⁽⁵²⁾ em estudo multicêntrico em todas as regiões do Brasil mostraram que 42,1% da população tinham sobrepeso e havia uma maior prevalência de obesidade na região sul. Os menores índices médios de IMC foram encontrados na região nordeste. Cercato et al⁽⁷⁵⁾ perceberam que o aumento do IMC leva a uma maior prevalência de doenças cardiovasculares, DM e HAS na população brasileira.

É importante ressaltar que parte da população estudada apresenta três aspectos clínicos importantes: a presença de DM, a presença de HAS e a presença de obesidade. Essa associação nos remete à definição de Síndrome Metabólica (SM). Essa, que na população americana tem prevalência de 24%⁽⁷⁶⁾ é definida de diversas formas, porém a SBD recomenda a definição do *National Cholesterol Education Program- Adult Treatment Panel III (NCEP-ATPIII)*⁽⁷⁷⁾ que diagnostica como portado da SM a pessoa que apresentar ao menos três dos seguintes sintomas: hipertensão, obesidade, dislipidemia e hiperglicemia, e cada um desses sintomas com o seu próprio critério diagnóstico. Dessa forma é importante salientar que os diabéticos do estudo apresentaram sobrepeso e obesidade pelos critérios de IMC enquanto para o diagnóstico da doença o critério utilizado é a relação cintura quadril, o que não foi pesquisado.

A SM tem sido tema de muitas pesquisas atualmente e verificar a presença dessa síndrome na população estudada, pode modificar a forma de tratamento e prevenir problemas futuros como as doenças cardiovasculares que estão intimamente associadas à essa síndrome. Assim, os serviços de saúde necessitam voltar a atenção à SM, identificando e tratando todos os sintomas conjuntamente a fim de obter uma assistência de qualidade e parâmetros de saúde aceitáveis.

De forma geral, foi possível identificar que a população estudada teve o DM diagnosticado há em média 9,25 anos, apresenta associada a essa enfermidade

principalmente a HAS e faz uso predominantemente de hipoglicemiantes orais como tratamento medicamentoso. As condições clínicas não se mostraram favoráveis, uma vez que foi identificado o controle glicêmico ruim, o alto valor médio de IMC e o alto número de internações anteriores.

4.4 Caracterização do estilo de vida e do autocuidado da pessoa com diabetes

O estilo de vida das pessoas com diabetes mellitus foi avaliado conforme as variáveis sono e repouso, dependências, atividades físicas, cuidado com os pés e automonitorização conforme mostrado na tabela 10.

Tabela 10: Distribuição das pessoas com diabetes *mellitus* segundo o estilo de vida e o autocuidado. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006

Variável	Níveis das variáveis	F	%
Sono e repouso	Tem sono irregular ou acorda várias vezes durante a noite ou tem dificuldade para dormir	31	20,3
	Dorme 8 horas ou mais por noite e acorda indisposto	13	8,6
	Dorme menos de 8 horas por noite e acorda indisposto	22	14,5
	Dorme menos de 8 horas por noite e acorda disposto	38	25
	Dorme 8 horas ou mais por noite e acorda disposto	48	31,6
Dependências	Fuma e ingere bebidas alcoólicas em doses superiores à dose moderada	7	4,6
	Fuma e ingere bebidas alcoólicas de 1 a 2x/semana em dose moderada	8	5,3
	Não fuma e ingere bebidas alcoólicas em doses superiores à dose moderada	5	3,3
	Não fuma e ingere bebidas alcoólicas de 1 a 2x/semana em dose moderada	9	5,9
	Não fuma e não ingere bebidas alcoólicas	118	77,6
	Fuma mas não ingere bebidas alcólicas	5	3,3
Prática de atividades físicas	Não faz qualquer atividade física	75	50
	Realiza atividade física aeróbica de forma irregular	10	5,3
	Adota hábitos no dia-a-dia que incluem movimentação sem sobrecarga física	36	24
	Realiza atividade física aeróbica regular até 3x/semana com duração de trinta minutos ou menos a cada dia	13	8,7
	Realiza atividade física aeróbica regular pelo menos 4x/semana com duração de trinta minutos cada dia	18	12
Cuidado com os pés	Nenhum cuidado	28	18,4
	1-2 cuidados	19	12,5
	3-4 cuidados	40	26,3
	5-6 cuidados	43	28,3
	7-8 cuidados	22	14,5
Automonitorização	Não faz automonitorização	31	20,4
	Faz automonitorização por meio da análise da glicosúria	8	5,2
		79	52
	Faz automonitorização por meio da avaliação da glicemia capilar de forma irregular na USF ou na farmácia	15	9,9
	Faz automonitorização de forma irregular com o próprio aparelho para verificação de glicemia capilar	19	12,5
	Faz automonitorização regular conforme a necessidade exigida pelo tipo de tratamento a qual é submetido		

Quanto ao sono e repouso a maior parte das pessoas estava na faixa dos que dormiam mais de 8 horas por noite e acordavam dispostos (31,6%), seguidos pelos sujeitos que dormem menos de 8 horas e acordam dispostos (25%) e por aqueles que têm sono irregular e dificuldade para dormir (20,3%). Dessa forma é possível indicar que mais da metade da população do estudo (51,6%) acorda disposta para as suas atividades diárias.

Cunha⁽⁷⁸⁾, identificou que 52% dos diabéticos de sua pesquisa classificaram seu sono como ruim sendo esse pior nas pessoas com tempo de diagnóstico maior, portadores de hipertensão associada ao diabetes e com valores maiores de hemoglobina glicada.

Na variável dependências, após o início da coleta de dados foi identificado que o guia de referência elaborado em forma de escala tipo likert não compreendia todas as respostas referidas pelos participantes da pesquisa. Assim, foi criada a categoria “fuma mas não ingere bebidas alcólicas” que correspondeu ao número 6 na escala.

Quanto às dependências, a maior parte da amostra estudada refere não ingerir bebidas alcoólicas ou fumar. Apesar de ser esperado um número menor de fumantes entre os diabéticos visto que esses consultam mais frequentemente as unidades de saúde não se pode deixar de considerar nesse tipo de questionário a possibilidade de obter respostas socialmente aceitas mas que não refletem a realidade do sujeito⁽⁵¹⁾.

Eliasson⁽⁷⁹⁾ mostrou que o fumo aumenta o risco de aparecimento das complicações macrovasculares do diabetes *mellitus*, além do aumento da incidência de doença vascular periférica nas pessoas com DM tipo 2. Al Delaimi et al⁽⁸⁰⁾ também identificaram, em estudo prospectivo de 20 anos com mulheres portadoras de DM que o fumo está associado com um maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Já Hovind et al⁽⁸¹⁾ não encontraram diferença significativa nos valores de HBA1c e IMC entre os fumantes e não fumantes, indicando a necessidade de maiores estudos da relação entre o controle glicêmico e o tabagismo.

No que diz respeito à atividade física, 50% das pessoas estudadas não praticavam nenhum tipo de atividade física, enquanto 24% adotavam hábitos que incluem movimentação sem sobrecarga física. Apenas 12% praticavam atividades físicas como recomendado pela literatura.

A atividade física faz parte do tratamento não medicamentoso de doenças crônicas como DM e HAS demonstrando ser bastante útil na melhora do controle e evolução dessas doença⁽⁸²⁾. As recomendações para a realização de atividades

físicas, independente da doença associada, são a prática de atividades físicas aeróbicas ao menos 4x/semana com duração de mais de 30 minutos. Além disso, os benefícios aumentam com maiores níveis de atividade^(43,46).

Guimarães⁽⁸³⁾ em estudo com pacientes que freqüentavam uma Unidade de Saúde da Família de Riberão Preto mostrou que 58,6% dos pacientes não faziam qualquer tipo de atividade física e o principal motivo alegado foi falta de tempo. Já Rocha⁽⁷¹⁾, em estudo com pacientes que são atendidos em um Centro Educativo de Enfermagem identificou que 65% dos pacientes realizavam atividades físicas regulares. Araújo et al⁽¹⁷⁾ em análise do cuidado prestado à pessoa com diabetes em uma USF em Pelotas encontraram que apenas 20,9% dos pacientes que foram orientados quanto à prática de atividades físicas. Diante desses estudos seria importante considerar a forma e o tipo de orientação que tem sido utilizada pelos diferentes profissionais aos usuários dos serviços de saúde, especialmente da atenção primária.

Quanto aos cuidados com os pés as pessoas com diabetes foram questionadas acerca de quais cuidados elas realizavam. Esses cuidados foram então comparados com os propostos na literatura por Gross e Nehme⁽⁸⁴⁾: examinar os pés diariamente, calçar apenas calçados que não apertam, utilizar sapatos novos aos poucos, não andar descalço, lavar os pés diariamente com água morna e sabão neutro, após lavar os pés utilizar hidratante, cortar as unhas de forma reta e horizontal, e para remoção de calos e unhas encravadas procurar profissional especializado. Nos resultados encontrados nesse estudo verificou-se que 18,4% das pessoas não realizam nenhum cuidado, enquanto que 54,6% realizam de três a seis cuidados.

Rocha⁽⁷¹⁾ identificou que os pacientes tinham comportamentos adequados em relação aos pés nos cuidados: secagem dos espaços interdigitais, uso de calçados macios e confortáveis, não utilização de bolsa de água quente, verificação do calçado antes de usá-los e não andar descalço entretanto foi verificada uma discrepância entre o comportamento e o conhecimento acerca dos cuidados com os pés na medida que as pessoas conheciam diversos cuidados necessários mas não os implementavam na prática.

A educação em saúde é bastante importante para a implementação desses cuidados pelo diabético e pode reduzir em até 50% o risco de amputação de membros inferiores em pessoas com DM⁽⁸⁴⁾.

Quanto à automonitorização (AM) de glicemia a maior parte da população estudada (52%) faz a automonitorização de forma irregular na USF ou na farmácia e somente 12,5% a de forma regular conforme necessidade exigida pelo tratamento. Apenas 9,9% faziam AM irregularmente utilizando o próprio aparelho de glicemia capilar. De acordo com a SBD⁽¹⁾ a frequência de automonitorização deve ser estabelecida conforme o tratamento utilizado. Para os pacientes que fazem uso de insulina a frequência deve ser de 4x/dia. Para os que utilizam apenas hipoglicemiantes orais a frequência é de 2x/dia antes do café e antes do jantar e quando esses apresentarem bom controle glicêmico a medida pode ser realizada apenas uma vez ao dia em horários alternados.

Segundo a SBD⁽⁸⁵⁾ os principais obstáculos para a prática da automonitorização de glicemia no país são: a não disponibilização do aparelho para verificação de glicemia capilar pelas instituições públicas ou privadas; a falta de conscientização do paciente quanto à importância da AM; deficiências dos programas de educação como um todo e de informações sobre a importância do procedimento; dificuldade na interpretação dos dados obtidos; atitude tolerante dos médicos em relação aos pacientes que não praticam a AM mesmo podendo fazê-la e o custo da AM.

A fim de que alguns desses obstáculos fossem superados a partir do ano de 2006 as Prefeituras Municipais passaram a fornecer todo o material necessário para a AM gratuitamente. A SBD, então, disponibilizou nova proposta para a realização de AM, sendo inicialmente necessário traçar um perfil glicêmico, com seis testes diários, para então, após uma condição clínica estável utilizar os seguintes critérios: 1) DM tipo 1 ou tipo 2 com insulinização plena: pelos menos 3 teste por dia, 2) DM tipo 2 com uso de hipoglicemiantes ou insulinização parcial: pelo menos 1 teste por dia, incluindo um perfil semanal, 3) DM tipo 2 em uso de hipoglicemiantes ou apenas tratamento não farmacológico: pelo menos 1 a 2x/semana.

É importante salientar que a Prefeitura Municipal de Sorocaba, no período do estudo não disponibilizava o material para a AM aos portadores de DM. Além disso, o guia de referência para automonitorização foi construído a partir das recomendações da SBD do ano de 2002, visto que o posicionamento da SBD acima foi publicado após o período de coleta de dados.

A oferta do aparelho e fitas para a realização da AM deverá aumentar o número de pacientes com DM que realizam essa prática. Entretanto outros fatores devem ser considerados, como o não conhecimento da importância do processo, a falta de informação quanto à AM dada pelas equipes de saúde e principalmente a dificuldade em aceitar uma prática que inicia com seis punções digitais diárias, o que sem dúvida influencia na realização das atividades cotidianas, além da percepção do estar doente.

4.5 Associação entre as características sociodemográficas, as condições clínicas, o estilo de vida e os aspectos psicossociais da pessoa com diabetes

As associações entre as características sociodemográficas, as condições clínicas e o estilo de vida das pessoas com DM foram submetidas a teste estatísticos para a determinação de significância. Das características sociodemográficas foram consideradas para as associações as variáveis sexo, faixa etária, renda mensal e escolaridade. As variáveis ligadas às condições clínicas foram utilizadas para a realização dos testes as relacionadas ao tempo de diagnóstico, à terapêutica medicamentosa, à hemoglobina glicada e ao IMC. Das variáveis ligadas ao estilo de vida e ao autocuidado foram considerados: sono e repouso, dependências, prática de atividades físicas, cuidado com os pés e automonitorização. As outras variáveis (ocupação, profissão, estado civil, religião, doenças associadas, internações anteriores, complicações crônicas e avaliação dos pés) não foram consideradas para fazer as associações visto que não foi possível a aplicação dos testes estatísticos, seja pela característica do dado, por erro das estudantes na coleta ou pela não obtenção dos dados nos prontuários.

As tabelas que contém a apresentação das variáveis escolaridade, terapêutica medicamentosa, renda mensal, hemoglobina glicada e IMC não totalizaram 152 pessoas seja por erro de coleta, por ausência de registro em prontuários ou pela recusa dos participantes em responder a questão. Entretanto, após discussão com o estatístico e a formação do banco de dados foi observado a adequação dos dados para o prosseguimento das análises estatísticas.

A associação entre a variável sexo com a auto-avaliação psicossocial das pessoas com DM está apresentada na tabela 11. Os valores médios da auto-avaliação psicossocial foram obtidos por meio da média entre os valores atribuídos às avaliações do cotidiano, do trabalho, do lazer dos relacionamentos familiares e dos outros relacionamentos.

Tabela 11: Associação entre sexo e avaliação psicossocial nas pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP.2006

Aspectos Psicossocial (média)	Masculino	Feminino	p
Cotidiano	3,73	3,34	0,037*
Trabalho	3,29	3,33	0,153
Lazer	3,27	3,07	0,626
Relacionamento familiar	4,24	3,91	0,044*
Outros relacionamentos	4,27	4,17	0,575
Média geral	3,76	3,56	0,035*

*Diferença significativa: $p \leq 0,05$

Conforme a tabela 11 verifica-se que houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,035$) entre homens e mulheres no que se refere à auto-avaliação psicossocial. Foi identificada diferença estatisticamente significativa entre o sexo feminino e masculino na auto-avaliação dos aspectos relacionados ao cotidiano e ao relacionamento familiar. Assim, os homens com DM têm uma melhor avaliação dos aspectos psicossociais de suas vidas que as mulheres. Esse fato pode estar relacionado à maior dificuldade dos homens em perceber e avaliar aspectos subjetivos. Acredita-se que classificar em números questões tão subjetivas da vida

como as abordadas no trabalho torna-se ainda mais difícil para pessoas com determinadas características como o sexo masculino e outras tão aparentes nessa população como a baixa escolaridade e renda.

Além disso, a média de idade dos participantes da pesquisa permite-nos associar o homem ao trabalho, enquanto as mulheres ficam em casa, acumulando funções, enfrentando maior dificuldade nos relacionamentos familiares e desconsiderando a necessidade do lazer. As características sociodemográficas da população estudada e a forma como foi realizada a coleta de dados podem corroborar o fato de que mais homens estão trabalhando fora de casa que as mulheres. A estratégia de abordagem dessas pessoas em suas casas pode ter favorecido o maior número de mulheres na amostra, visto que os esposos ou companheiros estariam exercendo suas atividades fora de casa. Vale lembrar que 48% dos entrevistados são aposentados ou do lar.

Outra hipótese levantada para explicar a diferença entre a auto-avaliação psicossocial entre homens e mulheres seria a menor preocupação dos homens com a saúde e com a saúde e com as limitações que o DM pode trazer.

A tabela 12 mostra a associação entre o gênero e as condições clínicas das pessoas com diabetes mellitus.

Tabela 12: Associação entre sexo, tempo de diagnóstico, IMC e valores de hemoglobina glicada em pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP.2006

Variáveis (médias)	Sexo		P
	Masculino	Feminino	
Tempo de diagnóstico (anos)	8,29	9,93	0,599
IMC (Kg/m ²)	28,15	29,31	0,263
Hemoglobina glicada (%)	7,35	7,36	0,121

Não foi identificada diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres nas variáveis tempo de diagnóstico, IMC e hemoglobina glicada. Os valores de hemoglobina glicada mostraram-se bastante parecidos nos dois grupos, enquanto o tempo de diagnóstico e os valores de IMC foram um pouco maiores nas mulheres. Esse quadro pode estar relacionado com maior procura

das mulheres pelas instituições de saúde para o diagnóstico da doença, além das alterações hormonais que as mulheres sofrem nessa idade, que contribuem para a elevação do peso corporal. Por outro lado é preocupante os valores elevados de hemoglobina glicada especialmente porque essa população tem sido acompanhada pelos profissionais do PSF o que leva a questionar a forma como tem sido feito tal acompanhamento e também considerar que a despeito disso outros fatores podem estar contribuindo para o não controle da doença, o que exige mudanças de estratégias para lidar com essas pessoas, além da necessidade de aumentar o investimento em maior controle dos determinantes saúde-doença e em estratégias para a educação em saúde.

Quanto à associação entre o sexo e o estilo de vida e autocuidado, foi encontrada diferença significativa entre homens e mulheres nas variáveis dependências e automonitorização. Os resultados estão apresentados na tabela 13.

Tabela 13: Associação entre o sexo e o estilo de vida e autocuidado das pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorobaba-SP. 2006.

Variável	Níveis das variáveis	Sexo		P
		Masculino	Feminino	
Sono e repouso	Tem sono irregular ou acorda várias vezes durante a noite ou tem dificuldade para dormir	11	20	0,431
	Dorme 8 horas ou mais por noite e acorda indisposto	5	8	
	Dorme menos de 8 horas por noite e acorda indisposto	10	12	
	Dorme menos de 8 horas por noite e acorda disposto	20	18	
	Dorme 8 horas ou mais por noite e acorda disposto	17	31	
Dependências	Fuma e ingere bebidas alcoólicas em doses superiores à dose moderada	5	2	0,004*
	Fuma e ingere bebidas alcoólicas de 1 a 2x/semana em dose moderada	1	7	
	Não fuma e ingere bebidas alcoólicas em doses superiores à dose moderada	5	0	
	Não fuma e ingere bebidas alcoólicas de 1 a 2x/semana em dose moderada	6	3	
	Não fuma e não ingere bebidas alcoólicas	42	76	
	Fuma mas não ingere bebidas alcóolicas	3	2	
Prática de atividades físicas	Não faz qualquer atividade física	26	49	0,215
	Realiza atividade física aeróbica de forma irregular	7	3	
	Adota hábitos no dia a dia que incluem movimentação sem sobrecarga física	15	21	
	Realiza atividade física aeróbica regular até 3x/semana com duração de trinta minutos ou menos a cada dia	6	7	
	Realiza atividade física aeróbica regular pelo menos 4x/semana com duração de trinta minutos cada dia	9	9	
Cuidado com os pés	Nenhum cuidado	12	16	0,351
	1-2 cuidados	11	8	
	3-4 cuidados	13	27	
	5-6 cuidados	19	24	
	7-8 cuidados	7	15	
Auto monitorização	Não faz automonitorização	13	18	0,001*
	Faz automonitorização por meio da análise da glicosúria	6	2	
	Faz automonitorização por meio da avaliação da glicemia capilar de forma irregular na USF ou na farmácia	21	58	
	Faz automonitorização de forma irregular com o próprio aparelho para verificação de glicemia capilar	11	4	
	Faz automonitorização regular conforme a necessidade exigida pelo tipo de tratamento a qual é submetido	11	8	

Diferença significativa: $p \leq 0,05$

Tradicionalmente os homens estão mais relacionados ao hábito de fumar e à ingestão de bebidas alcóolicas que as mulheres e assumem mais facilmente essa condição. São significativamente mais freqüentes em homens o baixo consumo de frutas e hortaliças e o consumo de bebidas alcoólicas⁽⁸⁶⁾. Corroborando com esse fato a média de idade da população, quando a associação entre mulheres e bebidas alcoólicas era pior vista pela sociedade nas décadas anteriores que atualmente fazendo com que as mulheres não iniciassem o uso do tabaco e do álcool. O maior número de homens e com idade mais avançada e fumantes também foi encontrado na pesquisa de Halty et al⁽⁸⁷⁾ sobre o tabagismo entre médicos do Rio Grande do Sul e no trabalho de Primo, Stein⁽⁸⁸⁾ sobre a prevalência do abuso de álcool no mesmo estado. Considerando que pode ter havido viés do questionário, quando muitas vezes o sujeito responde o que é socialmente aceito, principalmente quando se trata de dependências, os homens tendem a explicitar seus vícios mais facilmente que as mulheres.

Quanto à relação entre a automonitorização e o gênero foi possível identificar que as mulheres realizam mais vezes os testes de glicemia capilar que os homens, porém, a prática mais utilizada pelas mulheres é a busca pelo exame na USF ou na farmácia. Dentre as pessoas que utilizam o próprio aparelho de glicemia capilar, foi identificado um maior número de indivíduos do sexo masculino possivelmente por ser aquele que pode adquirir (financeiramente) tal aparelho por estar trabalhando ou mesmo aposentado. A busca pelos serviços de saúde é mais intensa entre as mulheres, principalmente entre aquelas não ocupadas, que encontram flexibilidade entre o trabalho em casa e os cuidados com a família para a busca de um serviço para a realização dos testes. É importante considerar as características dessa amostra, que foi composta em sua maioria por mulheres (59,2%) e com 48% das pessoas sem vínculo empregatício formal, sendo 16,4% do lar.

A preocupação maior das mulheres com a saúde pode ser fator determinante dessa diferença⁽⁵¹⁾, entretanto a necessidade da automonitorização e a sua importância para a efetividade do tratamento ainda parece pouco esclarecida para os portadores de diabetes mellitus. É possível que ocorra uma

mudança nesses números após a doação dos aparelhos e fitas pelo Estado, mas além das questões financeiras que barravam o procedimento entre os diabéticos, a necessidade de múltiplos testes diários pode inibir a prática principalmente entre aqueles que trabalham. Outra reflexão importante é a forma como a pessoa vê a doença. A automonitorização diária pode ser desprezada por aqueles que acreditam, por exemplo, que a doença não pode controlá-lo, ou os que sentem a doença como responsável pela queda de sua produtividade diária.

A associação entre a faixa etária e as condições clínicas da pessoa com diabetes é mostrada na Tabela 14.

Tabela 14: Associação entre a faixa etária, a terapêutica medicamentosa, o IMC e a hemoglobina glicada nas pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006.

Variáveis (médias)	Níveis das variáveis	Faixa etária					P
		<= 35	36 - 45	46 - 55	56 - 65	66+	
Tempo de diagnóstico (anos)	<= 3	1	6	10	7	5	0,316
	4-6	1	3	17	10	10	
	7-10	0	1	12	11	16	
	11-13	0	2	3	6	2	
	14 ou mais	0	4	6	8	11	
Terapêutica medicamentosa	Hipoglicemiante	1	3	17	11	15	0,461
	Insulina	1	4	8	13	7	
	Insulina+hipoglicemiante	0	4	5	2	7	
	nenhuma	0	1	6	2	4	
IMC (Kg/m ²)	<= 25,0	0	3	5	7	11	0,190
	25,1 - 30,9	0	2	14	13	9	
	31,0 - 36,9	0	5	12	6	3	
	37,0 ou mais	0	0	1	2	1	
Hemoglobina glicada (%)	<=4,6	0	1	1	5	6	0,195
	4,7-7,5	0	3	11	12	15	
	7,6-10,3	1	3	15	7	6	
	10,4-13,2	0	0	3	5	1	
	13,3 ou mais	0	1	0	2	0	

Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes faixas etárias e as condições clínicas das pessoas com DM. Assim, a idade não parece influenciar no controle glicêmico ou na alimentação das pessoas com diabetes, visto que os valores de hemoglobina glicada e IMC não diferem de forma significativa independente da idade.

A associação entre a escolaridade e as condições clínicas das pessoas com DM estão descritas na Tabela 15.

Tabela 15: Associação entre a escolaridade, a terapêutica medicamentosa, o IMC e a hemoglobina glicada nas pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006.

Variáveis (médias)	Níveis das variáveis	Escolaridade					P
		A	EFI	EFC	EMC	ESC	
Tempo de diagnóstico (anos)	<= 3	7	16	2	1	0	0,522
	4-6	5	26	5	0	1	
	7-10	8	19	7	0	0	
	11-13	1	8	0	0	0	
	14 ou mais	7	13	2	0	0	
Terapêutica medicamentosa	Hipoglicemiante	12	27	4	0	0	0,312
	Insulina	4	19	6	0	1	
	Insulina+hipoglicemiante	3	6	1	1	0	
	nenhuma	2	8	2	0	0	
IMC (Kg/m ²)	<= 25,0	5	13	4	0	1	0,916
	25,1 - 30,9	7	23	4	0	0	
	31,0 - 36,9	5	15	3	0	0	
	37,0 ou mais	1	3	0	0	0	
Hemoglobina glicada (%)	<=4,6	3	6	1	1	1	0,555
	4,7-7,5	7	24	4	0	0	
	7,6-10,3	3	21	4	0	0	
	10,4-13,2	2	4	1	0	0	
	13,3 ou mais	0	3	0	0	0	

A- Analfabeto EFI- Ensino Fundamental Incompleto EFC- Ensino Fundamental Completo EMC- Ensino Médio Completo ESC- ensino superior completo

Pela tabela 15 verifica-se que a escolaridade não influenciou nas condições clínicas das pessoas com diabetes. Chaturgedi, Stephenson e Fuller⁽⁸⁹⁾, verificaram que pessoas com maior tempo de estudo apresentavam valores de hemoglobina glicada mais elevados que as pessoas com menor nível de escolaridade. Essa relação não foi confirmada nessa população. Entretanto, é importante salientar o grande número de pessoas com ensino fundamental completo e incompleto, que são níveis muito baixos de escolaridade. As duas pessoas que tinham ensino médio completo ou ensino superior completo tinham bom controle glicêmico e de IMC, o que pode estar relacionado ao maior nível de autocontrole da doença. É importante considerar a existência de outros fatores, além de conhecer e entender a doença que podem influenciar no controle glicêmico das pessoas com DM o que necessitaria de maiores investigações.

A Tabela 16 mostra a associação entre a renda mensal e as condições clínicas das pessoas com DM.

Tabela 16: Associação entre a renda mensal, o tempo de diagnóstico, a terapêutica medicamentosa, o IMC e a hemoglobina glicada nas pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006.

Variáveis (médias)	Níveis das variáveis	Renda mensal (SM)*				P
		<=3	3,1-5,3	5,4-7,7	>=5,8	
Tempo de diagnóstico (anos)	<= 3	19	4	2	1	0,746
	4-6	28	8	2	1	
	7-10	34	2	2	0	
	11-13	9	3	1	0	
	14 ou mais	22	6	1	0	
Terapêutica medicamentosa	Hipoglicemiante	36	5	3	1	0,628
	Insulina	23	7	2	0	
	Insulina+hipoglicemiante	12	4	1	0	
	nenhuma	10	1	0	1	
IMC (Kg/m²)	<= 25,0	19	4	1	0	0,910
	25,1 - 30,9	31	55	2	1	
	31,0 - 36,9	21	3	3	0	
	37,0 ou mais	4	0	0	0	
Hemoglobina glicada (%)	<=4,6	9	3	0	0	0,724
	4,7-7,5	31	3	4	0	
	7,6-10,3	23	6	1	1	
	10,4-13,2	7	2	0	0	
	13,3 ou mais	2	1	0	0	

*SM- salário mínimo vigente no ano de 2006, R\$ 350,00

A associação entre a renda mensal e as condições clínicas das pessoas com diabetes também não mostrou diferença significativa nessa população. Essas pessoas, independente da renda mensal, são assistidas pelo Programa de Diabéticos ou pelo Programa de Hipertensos e Diabéticos dentro da USF e são orientados dentro da realidade da maioria, que recebe em média 3 salários mínimos, não implementando condutas que exigem maior esforço financeiro como novos medicamentos hipoglicemiantes ou tecnologias como as bombas de insulina ou os verificadores de glicose contínua. Dessa forma, dentro de um grupo homogêneo, não se esperava uma diferença nessa variável. Entretanto existe a hipótese de a dificuldade financeira influir diretamente na adesão ao tratamento e portanto no controle glicêmico, o que não foi confirmado na amostra estudada.

Assim, as variáveis sociodemográficas sexo, faixa etária, escolaridade e renda não mostraram relação estatisticamente significativa com as condições clínicas das pessoas com DM. Dois aspectos devem ser abordados na análise desses dados: a equidade entre a população que em sua grande maioria tem baixa escolaridade, baixa renda e com idade entre 45 e 66 anos, o que dificulta as comparações e o tratamento homogêneo dado a esse grupo, que participa de

consultas baseadas em um mesma mesma estratégia de educação em saúde e recebe orientações para o autocuidado em grupos e com os mesmos conteúdos.

A associação entre a faixa etária e o estilo de vida e autocuidado das pessoas com DM está apresentada na Tabela 17.

Verifica-se nessa tabela que não houve diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias nas variáveis sono e repouso, prática de atividades físicas, cuidado com os pés e automonitorização. Apenas na variável dependência foi identificada diferença estatisticamente significativa entre as diferentes faixas etárias. Esse fato pode estar relacionado ao decréscimo do estímulo ao tabagismo e ao álcool nos dias atuais e ao maior conhecimento acerca dos prejuízos que essas dependências podem causar, decorrentes da ênfase desses aspectos em campanhas publicitárias além da proibição do uso do cigarro veiculada nos meios de comunicação de massa, fazendo com que pessoas mais jovens procurem menos o fumo e o álcool, apesar dessa prática ainda ser comum entre a juventude.

Esse fato pode ser identificado no estudo de Monteiro et al⁽⁸⁶⁾ que monitorou os fatores de risco para doenças crônicas entre os adultos paulistas. Nesse estudo foi identificado que o início do hábito de fumar aparenta ter declinado bastante nas últimas décadas. Cerca de 70% das pessoas com mais de 45 anos são fumantes ou ex-fumantes, enquanto essa situação é encontrada em 32,8% daqueles com idade entre 18 e 24 anos.

Tabela 17: Associação entre a faixa etária, o estilo de vida e o autocuidado das pessoas com diabetes mellitus. USF V Sabiá. Sorocaba-SP, 2006.

Variável	Níveis das variáveis	Faixa etária					p
		<= 35	36 - 45	46 - 55	56 - 65	66+	
Sono e repouso	Tem sono irregular ou acorda várias vezes durante a noite ou tem dificuldade para dormir	0	3	9	7	12	0,482
	Dorme 8 horas ou mais por noite e acorda indisposto	0	0	3	6	4	
	Dorme menos de 8 horas por noite e acorda indisposto	0	3	5	10	4	
	Dorme menos de 8 horas por noite e acorda disposto	1	4	15	11	7	
	Dorme 8 horas ou mais por noite e acorda disposto	1	6	16	8	17	
Dependências	Fuma e ingere bebidas alcoólicas em doses superiores à dose moderada	1	1	1	2	2	0,001*
	Fuma e ingere bebidas alcoólicas de 1 a 2x/semana em dose moderada	1	1	5	0	1	
	Não fuma e ingere bebidas alcoólicas em doses superiores à dose moderada	0	1	3	1	0	
	Não fuma e ingere bebidas alcoólicas de 1 a 2x/semana em dose moderada	0	0	7	2	0	
	Não fuma e não ingere bebidas alcoólicas	0	13	31	33	41	
	Fuma mas não ingere bebidas alcóolicas	0	0	1	4	0	
Prática de atividades físicas	Não faz qualquer atividade física	2	6	19	19	29	0,373
	Realiza atividade física aeróbica de forma irregular	0	2	4	3	1	
	Adota hábitos no dia a dia que incluem movimentação sem sobrecarga física	0	3	16	9	8	
	Realiza atividade física aeróbica regular até 3x/semana com duração de trinta minutos ou menos a cada dia	0	2	2	4	5	
	Realiza atividade física aeróbica regular pelo menos 4x/semana com duração de trinta minutos cada dia	0	3	7	7	1	
Cuidado com os pés	Nenhum cuidado	1	4	6	10	7	0,697
	1-2 cuidados	0	2	6	6	5	
	3-4 cuidados	0	1	17	9	13	
	5-6 cuidados	0	6	14	10	13	
	7-8 cuidados	1	3	5	7	6	
Auto monitorização	Não faz automonitorização	0	3	12	11	5	0,597
	Faz automonitorização por meio da análise da glicosúria	0	1	3	2	2	
	Faz automonitorização por meio da avaliação da glicemia capilar de forma irregular na USF ou na farmácia	0	8	26	19	26	
	Faz automonitorização de forma irregular com o próprio aparelho para verificação de glicemia capilar	1	1	4	5	4	
	Faz automonitorização regular conforme a necessidade exigida pelo tipo de tratamento a qual é submetido	1	3	3	5	7	

* Diferença significativa: $p \leq 0,005$

A Tabela 18 mostra a associação entre a escolaridade e o estilo de vida e o autocuidado das pessoas com DM. Dentre todas as associações, foi encontrada diferença significativa apenas entre a escolaridade e a automonitorização. Todas as outras variáveis relacionadas ao estilo de vida e ao autocuidado não se mostraram influenciadas pela escolaridade. Ao se comparar todo o autocuidado específico realizado pela pessoa com diabetes (conhecimento dos sinais e sintomas das complicações agudas e crônicas da doença, prática da insulinoaterapia, dieta, atividade física, cuidado com os pés e automonitorização), a automonitorização é, sem dúvida, o que exige maior conhecimento de aspectos básicos como números, leituras e a compreensão desses. Os aparelhos são pequenos e com botões pouco explicativos, o que exige a leitura detalhada do manual para o aproveitamento de todas as funções do aparelho além do conhecimento dos números para comparações, o que dificulta o acesso das pessoas com baixo nível de escolaridade. Além disso, fazer a relação entre a necessidade do uso de um aparelho aparentemente complicado e o controle glicêmico torna-se mais difícil para aqueles com menor escolaridade.

Tabela 18: Associação entre a escolaridade, o estilo de vida e o autocuidado das pessoas com diabetes mellitus. USF V Sabiá. Sorocaba-SP, 2006.

Variável	Níveis das variáveis	Escolaridade					p
		A	EFI	EFC	EMC	ESC	
Sono e repouso	Tem sono irregular ou acorda várias vezes durante a noite ou tem dificuldade para dormir	6	14	2	0	0	0,473
	Dorme 8 horas ou mais por noite e acorda indisposto	5	4	1	0	0	
	Dorme menos de 8 horas por noite e acorda indisposto	6	12	1	0	0	
	Dorme menos de 8 horas por noite e acorda disposto	4	25	4	1	1	
	Dorme 8 horas ou mais por noite e acorda disposto	7	27	8	0	0	
Dependências	Fuma e ingere bebidas alcoólicas em doses superiores à dose moderada	1	3	1	1	0	0,114
	Fuma e ingere bebidas alcoólicas de 1 a 2x/semana em dose moderada	1	6	1	0	0	
	Não fuma e ingere bebidas alcoólicas em doses superiores à dose moderada	0	5	0	0	0	
	Não fuma e ingere bebidas alcoólicas de 1 a 2x/semana em dose moderada	1	5	2	0	0	
	Não fuma e não ingere bebidas alcoólicas	25	60	11	0	1	
	Fuma mas não ingere bebidas alcóolicas	0	3	1	0	0	
Prática de atividades físicas	Não faz qualquer atividade física	19	35	4	1	1	0,668
	Realiza atividade física aeróbica de forma irregular	1	5	0	0	0	
	Adota hábitos no dia a dia que incluem movimentação sem sobrecarga física	4	23	6	0	0	
	Realiza atividade física aeróbica regular até 3x/semana com duração de trinta minutos ou menos a cada dia	1	7	3	0	0	
	Realiza atividade física aeróbica regular pelo menos 4x/semana com duração de trinta minutos cada dia	3	12	3	0	0	
Cuidado com os pés	Nenhum cuidado	3	15	3	0	0	0,433
	1-2 cuidados	5	11	2	0	0	
	3-4 cuidados	8	19	4	0	1	
	5-6 cuidados	9	27	1	1	0	
	7-8 cuidados	3	10	6	0	0	
Auto monitorização	Não faz automonitorização	3	18	3	0	0	0,05**
	Faz automonitorização por meio da análise da glicosúria	0	6	0	0	0	
	Faz automonitorização por meio da avaliação da glicemia capilar de forma irregular na USF ou na farmácia	18	42	7	1	0	
	Faz automonitorização de forma irregular com o próprio aparelho para verificação de glicemia capilar	2	12	1	0	0	
	Faz automonitorização regular conforme a necessidade exigida pelo tipo de tratamento a qual é submetido	5	4	5	0	1	

A- analfabeto EFI- ensino fundamental incompleto EFC- ensino fundamental completo EMC- ensino médio completo ESC- ensino superior completo

* Diferença significativa- $p \leq 0,05$

Tabela 19: Associação entre a renda mensal, o estilo de vida e o autocuidado das pessoas com diabetes mellitus. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006.

Variável	Níveis das variáveis	Renda Mensal (SM)*				p
		<=3	3,1-5,3	5,4-7,7	>=5,8	
Sono e repouso	Tem sono irregular ou acorda várias vezes durante a noite ou tem dificuldade para dormir	26	4	0	0	0,038*
	Dorme 8 horas ou mais por noite e acorda indisposto	7	1	0	1	
	Dorme menos de 8 horas por noite e acorda indisposto	16	5	1	0	
	Dorme menos de 8 horas por noite e acorda disposto	30	6	0	1	
	Dorme 8 horas ou mais por noite e acorda disposto	33	7	7	0	
Dependências	Fuma e ingere bebidas alcoólicas em doses superiores à dose moderada	5	2	0	0	0,197
	Fuma e ingere bebidas alcoólicas de 1 a 2x/semana em dose moderada	8	0	0	0	
	Não fuma e ingere bebidas alcoólicas em doses superiores à dose moderada	2	1	2	0	
	Não fuma e ingere bebidas alcoólicas de 1 a 2x/semana em dose moderada	5	3	1	0	
	Não fuma e não ingere bebidas alcoólicas	89	16	5	2	
	Fuma mas não ingere bebidas alcóolicas	3	1	0	0	
Prática de atividades físicas	Não faz qualquer atividade física	57	12	2	1	0,544
	Realiza atividade física aeróbica de forma irregular	7	0	1	0	
	Adota hábitos no dia a dia que incluem movimentação sem sobrecarga física	28	5	2	1	
	Realiza atividade física aeróbica regular até 3x/semana com duração de trinta minutos ou menos a cada dia	10	3	0	0	
	Realiza atividade física aeróbica regular pelo menos 4x/semana com duração de trinta minutos cada dia	10	3	3	0	
Cuidado com os pés	Nenhum cuidado	23	4	1	0	0,464
	1-2 cuidados	12	4	1	0	
	3-4 cuidados	27	8	2	2	
	5-6 cuidados	34	2	3	0	
	7-8 cuidados	16	5	1	0	
Auto monitorização	Não faz automonitorização	23	3	1	2	0,405
	Faz automonitorização por meio da análise da glicosúria	5	3	0	0	
	Faz automonitorização por meio da avaliação da glicemia capilar de forma irregular na USF ou na farmácia	58	11	5	0	
	Faz automonitorização de forma irregular com o próprio aparelho para verificação de glicemia capilar	12	2	1	0	
	Faz automonitorização regular conforme a necessidade exigida pelo tipo de tratamento a qual é submetido	14	4	1	0	

*Diferença significativa- $p \leq 0,05$

A Tabela 19 mostra a associação entre a renda mensal e o estilo de vida e autocuidado das pessoas com DM. A renda mensal mostrou associação estatisticamente significativa apenas com a variável sono e repouso. As pessoas que têm as menores rendas dormem menos e acordam pouco dispostas para enfrentar os problemas diários. As preocupações com as situações diárias costumam ser fatores que influenciam diretamente na quantidade e qualidade do sono dessa população.

Para a aplicação dos testes estatísticos a variável nominal auto-avaliação dos aspectos psicossociais foi transformada em variável categórica ficando estabelecido os seguintes níveis da variável, conforme as médias obtidas em todos os aspectos psicossociais: avaliação péssima: $\leq 2,5$, avaliação mediana: 2,51-3,33, avaliação boa: 3,34-4,17, avaliação ótima: $\geq 4,18$.

A tabela 20 mostra a distribuição das pessoas com diabetes mellitus conforme a nova categorização da auto-avaliação dos aspectos psicossociais.

Tabela 20: Distribuição das pessoas com diabetes *mellitus* conforme as categorias auto-avaliação psicossocial. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006.

Auto-avaliação psicossocial	F	(%)
Péssima	6	3,9
Mediana	26	17,1
Boa	90	59,2
Ótima	30	19,7
Total	152	100,0

A associação entre as variáveis sociodemográficas faixa etária, escolaridade, renda mensal e a auto-avaliação dos aspectos psicossociais estão apresentadas na Tabela 21.

Tabela 21: Associação entre a auto-avaliação psicossocial e a faixa etária, a escolaridade e a renda mensal das pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006.

Variáveis	Níveis das variáveis	Auto-avaliação psicossocial				P
		Péssima	Mediana	Boa	Ótima	
Faixa etária	<= 35	0	0	2	0	0,880
	36 - 45	1	2	8	5	
	46 - 65	3	15	55	19	
	66 ou mais	2	9	25	6	
Escolaridade	Analfabeto	3	5	19	1	0,036*
	Ensino fundamental incompleto	0	12	50	20	
	Ensino fundamental completo	2	0	9	5	
	Ensino médio completo	0	0	1	0	
	Ensino superior completo	0	0	0	1	
Renda mensal (SM)**	<=3	3	20	67	22	0,605
	3,1-5,3	1	2	14	6	
	5,4-7,7	1	1	5	1	
	>=5,8	0	1	0	1	

*Diferença significativa- $p < 0,05$ ** SM- salário mínimo vigente no ano de 2006, R\$ 350,00

A auto-avaliação psicossocial mostrou relação significativa com a escolaridade. Dessa forma, quanto maior o nível de escolaridade da pessoa, melhor essa avaliou os aspectos psicossociais de sua vida. Tal resultado remete à consideração de que a escolaridade é aspecto importante ao se abordar a pessoa com diabetes no que diz respeito ao seu cotidiano, ao seu lazer, ao seus relacionamentos familiares e sociais e ao seu trabalho com o intuito de contribuir para o controle da doença e para a promoção da saúde.

Não houve relação estatisticamente significativa entre a auto-avaliação psicossocial e a renda mensal e a auto-avaliação psicossocial e a faixa etária. Essas relações podem estar ligadas às maiores possibilidades de trabalho e melhoria na renda das pessoas com maior nível de escolaridade, além da maior reflexão sobre os diversos aspectos de sua vida e da possibilidade de comparação de sua vida em relação à dos outros considerando a sua melhor e a avaliando nos melhores conceitos.

O trabalho de Joia et al⁽⁶⁹⁾ mostrou situação semelhante no estudo da satisfação com a vida entre idosos. A escolaridade mostrou-se associada ao grau de satisfação com a vida, enquanto não houve uma relação estatisticamente significativa entre a renda mensal e o nível de satisfação com a vida

A tabela 22 mostra a associação entre a auto-avaliação dos aspectos psicossociais e as condições clínicas das pessoas com DM.

Tabela 22: Associação da auto-avaliação psicossocial com o tempo de diagnóstico, a terapêutica medicamentosa, os valores de hemoglobina glicada e IMC das pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006.

Variável	Níveis das variáveis	Auto-avaliação psicossocial				p
		Péssima	Mediana	Boa	Ótima	
Tempo de diagnóstico (anos)	<= 3	0	4	19	6	0,728
	4-6	1	10	24	6	
	7-10	2	5	23	10	
	11-13	1	4	6	2	
	14 ou mais	2	3	18	6	
Terapêutica medicamentosa	Hipoglicemiante	2	3	31	11	0,779
	Insulina	2	5	21	5	
	Insulina+hipoglicemiante	1	4	10	3	
	nenhuma	1	3	6	3	
Hemoglobina glicada (%)	<=4,6	0	0	11	2	0,282
	4,7-7,5	1	9	20	12	
	7,6-10,3	0	4	23	5	
	10,4-13,2	0	3	6	0	
	13,3 ou mais	0	1	2	0	
IMC (kg/m ²)	<=25	2	5	10	9	0,173
	25,1-30,9	1	4	23	10	
	31-36,9	1	4	19	2	
	>=37	0	2	1	1	

Não foi verificada diferença significativa entre a auto-avaliação psicossocial e o tempo de diagnóstico, a terapêutica medicamentosa e os valores de hemoglobina glicada e IMC. Um grande número de pessoas avaliou os aspectos psicossociais, em média, como bom, o que dificulta a análise. Entretanto foi possível identificar que entre as pessoas que tinham seus valores de hemoglobina glicada mais próximos do valor tido como bom controle não apresentavam qualquer avaliação péssima ou mediana, o que ocorreu nas outras faixas de valores de hemoglobina glicada.

Esse resultado vai contra a hipótese de que a utilização da insulino-terapia poderia resultar em pior avaliação da própria vida, tanto pelo fato da pessoa sentir-se mais doente quanto pelo próprio inconveniente da auto-aplicação diária.

Alvarado, Escala e Latorre⁽⁹⁰⁾, em estudo dos aspectos psicossociais e do manejo da doença em adolescentes com DM mostraram que os jovens que se consideravam deprimidos ou nervosos não apresentavam maior hemoglobina

glicada em relação aos adolescentes que não se consideravam nessa situação. Nos jovens que acreditavam que seu tratamento estava sendo realizado de maneira correta foi identificada maior afetividade e maior auto estima.

A associação entre os valores de IMC e a auto-avaliação psicossocial, nesse estudo, não confirma a suposição de que as pessoas que avaliam melhor suas vidas cuidam melhor da relação alimentação-atividade física, e conseqüentemente do seu corpo. Um questionamento é importante na avaliação desse dado: não seria o fato de não comer como o recomendado, preso a regras e restrições, o que faz essas pessoas sentirem-se bem? Não se pode deixar de refletir o quão restritiva é a dieta para as pessoas com DM, principalmente entre as que possuem baixa renda mensal, que não têm acesso ou que possivelmente não podem adquirir as novidades em produtos voltados para a população com diabetes. Essa diversificação da alimentação não pode ser alcançada pelas pessoas com menor poder aquisitivo devido ao alto preço desses produtos encontrados no mercado atual. Para Bernardi, Cichelero e Vitolo⁽⁹¹⁾ as restrições e a imposição para o cumprimento de dietas podem levar à perda de auto-estima, às mudanças de humor e à distração.

A Tabela 23 mostra a associação entre a auto-avaliação psicossocial e estilo de vida e o autocuidado das pessoas com DM.

Tabela 23: Associação entre a auto-avaliação psicossocial, o estilo de vida e o autocuidado das pessoas com diabetes mellitus. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006.

Variável	Níveis das variáveis	Auto-avaliação psicossocial*				p
		P	M	B	Ó	
Sono e repouso	Tem sono irregular ou acorda várias vezes durante a noite ou tem dificuldade para dormir	1	10	17	3	<0,001**
	Dorme 8 horas ou mais por noite e acorda indisposto	1	9	3	0	
	Dorme menos de 8 horas por noite e acorda indisposto	4	4	12	2	
	Dorme menos de 8 horas por noite e acorda disposto	1	3	20	14	
	Dorme 8 horas ou mais por noite e acorda disposto	0	1	36	11	
Dependências	Fuma e ingere bebidas alcoólicas em doses superiores à dose moderada	0	1	6	0	0,069
	Fuma e ingere bebidas alcoólicas de 1 a 2x/semana em dose moderada	0	1	7	0	
	Não fuma e ingere bebidas alcoólicas em doses superiores à dose moderada	0	0	2	3	
	Não fuma e ingere bebidas alcoólicas de 1 a 2x/semana em dose moderada	0	2	4	3	
	Não fuma e não ingere bebidas alcoólicas	5	19	70	24	
	Fuma mas não ingere bebidas alcóolicas	1	3	1	0	
Prática de atividades físicas	Não faz qualquer atividade física	4	19	44	8	0,006**
	Realiza atividade física aeróbica de forma irregular	0	3	6	1	
	Adota hábitos no dia a dia que incluem movimentação sem sobrecarga física	1	3	22	10	
	Realiza atividade física aeróbica regular até 3x/semana com duração de trinta minutos ou menos a cada dia	0	0	5	8	
	Realiza atividade física aeróbica regular pelo menos 4x/semana com duração de trinta minutos cada dia	1	1	13	3	
Cuidado com os pés	Nenhum cuidado	2	9	12	5	0,652
	1-2 cuidados	1	4	11	3	
	3-4 cuidados	2	5	24	9	
	5-6 cuidados	1	5	28	9	
	7-8 cuidados	0	3	15	4	
Auto monitorização	Não faz automonitorização	1	7	18	5	0,871
	Faz automonitorização por meio da análise da glicosúria	0	3	4	1	
	Faz automonitorização por meio da avaliação da glicemia capilar de forma irregular na USF ou na farmácia	4	13	46	16	
	Faz automonitorização de forma irregular com o próprio aparelho para verificação de glicemia capilar	1	1	9	4	
	Faz automonitorização regular conforme a necessidade exigida pelo tipo de tratamento a qual é submetido	0	2	13	4	

*P: péssimo, M: mediana, B: bom, O: ótimo

**Diferença significativa: $p \leq 0,05$

De acordo com a Tabela 23 foi identificada diferença significativa entre a auto-avaliação psicossocial e o sono e repouso e a auto-avaliação psicossocial e a prática de atividades físicas.

As pessoas que avaliam melhor os diversos aspectos de sua vida dormem mais e acordam mais dispostas em relação àquelas que avaliam sua vida como mediana ou péssima. Dormir bem contribui de forma importante para a realização das atividades diárias e também para o autocuidado das pessoas com diabetes mellitus, podendo possibilitar um melhor controle glicêmico. Jóia et al⁽⁷¹⁾ mostraram que os idosos que acordam bem pela manhã apresentam maior satisfação com a vida. Melhorar a avaliação da própria vida pode significar um sono mais regular e maior disposição para realização de atividades que possam contribuir para o melhor controle da glicemia.

Quanto à prática de atividades físicas foi identificado que as pessoas que avaliam melhor os aspectos psicossociais envolvidos em sua vida tendem a praticar mais atividades físicas, além de fazê-las de forma adequada. A prática dessas atividades requer tempo e disposição e muitas vezes exige que outras atribuições sejam adiadas e reorganizadas. Assim, a disciplina, o entendimento da importância da prática de atividades físicas para a melhoria da qualidade de vida é indispensável para a obtenção de um controle glicêmico adequado.

Diferente da alimentação, onde as restrições torna ainda mais difícil lidar com a doença, a prática de atividades físicas pode passar a ser prazerosa depois do início da prática regular. Assim, mesmo a prática de atividade física sendo uma prática obrigatória para um bom controle glicêmico, essa não parece influenciar de forma negativa na avaliação das pessoas dos diversos aspectos psicossociais de sua vida.

Ao se associar as variáveis de estilo de vida e autocuidado e condições clínicas das pessoas com DM identificou-se diferença significativa entre as variáveis atividade física e hemoglobina glicada. A tabela 24 mostra essas relações.

Tabela 24: Associação entre a prática de atividades físicas e o valor de hemoglobina glicada das pessoas com diabetes *mellitus*. USF V Sabiá. Sorocaba-SP. 2006.

Prática de atividades físicas	Hemoglobina glicada (%)					p
	<=4,6	4,7-7,5	7,6-10,3	10,4-13,2	>=13,3	
Não faz qualquer atividade física	7	16	15	5	2	0,05*
Realiza atividade física aeróbica de forma irregular	1	3	1	0	0	
Adota hábitos no dia a dia que incluem movimentação sem sobrecarga física	3	7	12	1	1	
Realiza atividade física aeróbica regular até 3x/semana com duração de trinta minutos ou menos a cada dia	1	10	0	0	0	
Realiza atividade física aeróbica regular pelo menos 4x/semana com duração de trinta minutos cada dia	1	4	5	3	0	

*Diferença significante: $p \leq 0,05$

O bom controle glicêmico, verificado por meio dos valores de hemoglobina glicada, foi melhor obtido pelas pessoas que realizavam atividade física regular. O UKPDS⁽¹³⁾, mostrou que após a instalação do DM há uma piora progressiva e irreversível do controle glicêmico e essa condição não pode ser melhorada apenas com o uso dos hipoglicemiantes orais. Essa piora de quadro pode ser evitada ou atenuada com modificações do estilo de vida que inclui a prática de atividades físicas. A perda de peso também pode influenciar no controle glicêmico como mostrou o UKPDS⁽¹³⁾, entretanto, essa relação não foi confirmada na população desse estudo visto que a associação entre o IMC e a atividade física não foi estatisticamente significativa.

Algumas associações como a auto-avaliação psicossocial e as condições clínicas das pessoas com DM não se mostraram estatisticamente significativas diretamente. Entretanto essas associações puderam ser identificadas por meio da análise de outras relações envolvidas no estudo. Dentre esses casos pode-se citar a associação entre a auto-avaliação dos aspectos psicossociais e os valores de hemoglobina glicada. Esses valores não foram estatisticamente diferentes quando

associados diretamente à auto-avaliação psicossocial. Contudo, a auto-avaliação dos aspectos psicossociais influencia a prática de atividades físicas, essa sim com uma associação estatisticamente significativa estabelecida nesse estudo com os valores de hemoglobina glicada.

Dentre todas as associações apresentadas identificou-se diferenças estatisticamente significativas entre gênero e auto-avaliação psicossocial, escolaridade e auto-avaliação psicossocial, sexo e dependências, sexo e automonitorização, escolaridade e automonitorização, faixa etária e dependências, renda mensal e sono e repouso, auto-avaliação psicossocial e sono e repouso, auto-avaliação psicossocial e prática de atividades físicas.

Dessa forma, foi possível indicar que auto-avaliação psicossocial não influenciou diretamente as condições clínicas das pessoas com DM da população estudada, porém, associou-se ao estilo de vida e ao auto-cuidado dessas pessoas, sendo que uma de suas variáveis esteve ligada ao controle glicêmico adequado. Também foi possível identificar nessas associações que diversas variáveis sociodemográficas podem estar relacionadas à auto-avaliação psicossocial das pessoas com DM e também com o seu estilo de vida e seu autocuidado.

Todos esses dados permite-nos concluir que o cuidado individualizado a essas pessoas, considerando suas experiências e a forma como avalia sua vida, assim como seu estilo de vida é imprescindível para obtenção de uma assistência de qualidade visando o controle metabólico e o bem estar das pessoas com DM.

5. CONCLUSÕES

Os resultados obtidos nesse estudo permitem concluir em relação aos aspectos sociodemográficos que:

- a amostra foi composta por 152 pessoas constituída em sua maioria pelo sexo feminino (59,2%), com idade média de 58,22 anos, casadas (57,9%), e católicas (58,6%).
- a população tinha baixo nível de escolaridade e renda mensal média de 2,6 salários mínimos, 48% eram aposentados ou do lar , ou seja, não possuíam uma ocupação formal no momento da coleta de dados.

Quanto à auto-avaliação dos aspectos psicossociais concluiu-se que:

- as pessoas com diabetes fizeram regular auto-avaliação dos aspectos psicossociais, sendo que a melhor média foi atribuída aos outros relacionamentos que não incluíam os relacionamentos familiares (4,21) e a pior média foi atribuída ao lazer (3,15)

Com relação às condições clínicas das pessoas com DM foi possível concluir que:

- o tempo médio do diagnóstico de DM foi de 9,25 anos. A maior parte da população (42,7%) utilizava hipoglicemiantes orais como terapêutica medicamentosa para o controle da doença, enquanto 33,5% faziam uso de insulina;
- a presença de complicações crônicas foi referida por 44,2% dos entrevistados, sendo a retinopatia a mais freqüente entre elas. Na avaliação dos pés das pessoas estudadas 36% apresentavam alguma alteração (circulatórias, ósseas ou de sensibilidade) que colocaria os pés em risco de úlcera;
- a população referiu que a doença mais freqüentemente associada ao DM foi a HAS (56,5%). 30,9% das pessoas referiram não ter qualquer doença associada;
- mais da metade dos participantes da pesquisa já esteve internada ao menos uma vez. As causas mais freqüentes de internação hospitalar entre os diabéticos foram as alterações da glicemia, seguidas das cirurgias eletivas não relacionadas ao DM e das complicações da HAS;

- apenas 98 pessoas (64,4%) da amostra tinham exame de hemoglobina glicada coletada até três meses antes da coleta de dados. A maior parte das pessoas (86,7%) tinham controle glicêmico inadequado;
- Os valores de IMC identificaram sobrepeso na maior parte dos participantes da pesquisa;
- A terapêutica medicamentosa adotada para as pessoas com diabetes nesse estudo eram hipoglicemiantes orais (30,9%) e insulina (21,7%). A associação entre as duas drogas era utilizada por 11,8% dos entrevistados;

Com relação à caracterização do estilo de vida e do autocuidado das pessoas com DM foi possível concluir:

- mais da metade das pessoas com diabetes referiram acordar dispostos após uma noite de sono, mesmo os que dormiam menos de 8 horas por noite;
- quanto às dependências, 77,6% referiram não fumar ou ingerir bebidas alcoólicas;
- 50% dos participantes da pesquisa não praticavam atividades físicas, enquanto 25% adotavam hábitos que incluíam movimentações sem sobrecarga física. Apenas 12% praticavam atividades físicas como o recomendado pela literatura;
- dos oito cuidados com os pés avaliados nesse estudo, 18,4% não realizavam nenhum cuidado, enquanto 54,6% realizavam de três a seis cuidados.
- a maior parte das pessoas estudadas faziam automonitorização de forma irregular na farmácia ou na USF. Apenas 12,5% faziam a automonitorização regularmente conforme a necessidade exigida para o tratamento;

A associação entre as variáveis sociodemográficas, a auto-avaliação dos aspectos psicossociais e o estilo de vida permite-nos concluir:

- os homens avaliaram melhor os aspectos psicossociais de suas vidas que as mulheres. Da mesma forma, as pessoas com melhor nível de escolaridade também fizeram melhor auto-avaliação dos aspectos psicossociais;
- na associação entre as variáveis sociodemográficas e as condições clínicas das pessoas com DM, não houve diferença estatisticamente significativa na relação entre as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade e renda mensal com as variáveis tempo de diagnóstico, hemoglobina glicada, IMC e terapêutica medicamentosa.

-
- os homens e as pessoas mais velhas fumavam mais e ingeriam mais bebidas alcoólicas que as mulheres e os mais jovens.
 - as mulheres e as pessoas com maior nível de escolaridade praticavam mais a auto-monitorização de forma correta.
 - as pessoas com menor renda mensal apresentavam maiores dificuldades para dormir bem e acordar dispostos.
 - a associação entre a auto-avaliação psicossocial e as condições clínicas das pessoas com diabetes não mostrou diferença significativa na relação entre a auto-avaliação psicossocial e as variáveis tempo de diagnóstico, terapêutica medicamentosa, hemoglobina glicada e IMC.
 - as pessoas que melhor avaliaram suas vidas dormiam melhor e praticavam mais atividade física da forma adequada.
 - as pessoas que praticavam atividades físicas tinham melhor controle glicêmico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação com o motivo pelo qual as pessoas adoecem vem crescendo nos últimos anos e é ainda maior quando se trata de doenças crônicas como o DM que apresentam altos níveis de morbimortalidade no mundo. Essa preocupação se dá especialmente pelo envelhecimento da população, pelos altos custos para o tratamento advindas das doenças crônicas e pelo baixo impacto e resolutividade das medidas adotadas para o controle dessas doenças pautadas predominantemente no modelo curativo, biomédico.

Fala-se muito em curar essas doenças, em particular o diabetes *mellitus* e os estudos vêm avançando nessa direção. Entretanto, o controle ainda é essencial no panorama atual. Acredita-se que muito têm sido feito em termos de pesquisa para a obtenção de novas medicações, para o aumento do conhecimento científico sobre a doença, além da ênfase na manutenção de estilos de vida saudáveis para o controle adequado da doença e para diminuição da incidência das complicações crônicas. Entretanto, a prevalência do diabetes continua muito elevada e o controle glicêmico inadequado. O desafio que se mostra é encontrar formas para estimular as pessoas com DM para adesão ao tratamento de forma a melhorar as suas condições de saúde e de vida.

Nesse sentido, apesar de conhecidos e recomendados, a abordagem da educação em saúde e da modificação no estilo de vida ainda parece ficar de lado na assistência às pessoas portadoras de doença crônica.

Os resultados da pesquisa evidenciam que os aspectos psicossociais, o estilo de vida e o autocuidado das pessoas com diabetes podem estar relacionados, mesmo que a associação de todas as variáveis não tenham mostrado diferença estatisticamente significativa.

Foi verificado que as diferentes condições sociodemográficas podem influenciar na auto-avaliação dos aspectos psicossociais, nas condições de saúde e nos estilos de vida dos diabéticos. Nesse sentido, a compreensão de todos esses aspectos devem ser considerados como necessários para a avaliação

profissional com vistas ao melhor e maior controle do DM, bem como para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

A análise dos dados desse estudo deixa claro que muitas variáveis podem influenciar na adesão ao tratamento muitas delas relacionadas as questões sociodemográficas e comportamentais. As primeiras, para que sejam modificadas, exigem envolvimento político e participação da comunidade que muitas vezes desconhece a sua capacidade para mobilização política e para a busca da garantia dos direitos sociais legalmente garantidos, visando a melhoria das suas condições de vida e de saúde. As mudanças comportamentais necessárias para a promoção da saúde exigem que novas concepções sejam conhecidas e apreendidas pelos profissionais da saúde e pelos usuários dos serviços de saúde.

Os resultados da pesquisa tornam-se ainda mais interessantes quando analisados à luz da política utilizada pela Prefeitura Municipal de Saúde de Sorocaba-SP para a população usuária da USF Vila Sabiá que adotou a Saúde da Família como estratégia prioritária para atenção primária em saúde de acordo com os princípios do SUS.

No entanto, alguns ajustes necessitam ser feitos nessa Unidade de Saúde. Embora não se tenha avaliado a assistência prestada e nem os seus aspectos organizacionais, com base nessa pesquisa identificam-se falhas relacionadas aos registros inadequados no prontuário que são essenciais para uma investigação epidemiológica dos agravos em saúde e, muito mais que questões organizacionais, é de se levar em consideração que as condições inadequadas de saúde encontradas nas pessoas com diabetes remetem à necessidade de revisão do modelo assistencial adotado uma vez que o controle da doença na Política Nacional de Atenção Básica é definido como área para a operacionalização da Atenção Básica.

O PSF surge também com a tentativa e a difícil tarefa de superar a fragmentação humana do modelo biomédico e incorporar e reafirmar os princípios básicos do SUS- universalização, integralidade, equidade e participação social. Porém toda mudança exige tempo, adaptação, formação, desenvolvimento

continuado e educação permanente dos profissionais envolvidos, bem como da população acostumada à busca da cura, em detrimento da promoção da saúde.

Não se pode desconsiderar a inserção dos agentes comunitários de saúde na comunidade da USF V Sabiá, por meio das visitas domiciliares. Essa oportunidade deve ser aproveitada pelos profissionais, com vistas à melhoria das condições de vida e saúde da população adstrita, uma vez que essa inserção deve promover o conhecimento do contexto em que vivem essas famílias, as condições sociais e as relações estabelecidas pelos seus membros, além de favorecer o engajamento social, à participação da pessoas no seu próprio cuidado e o controle social, o que representa desafios profissionais e temas para futuras investigações.

O conhecimento das relações entre as características sociodemográficas, a auto-avaliação dos aspectos psicossociais, as condições clínicas e o estilo de vida apreendidos nessa população podem servir como instrumentos para o planejamento da assistência a ser prestada às pessoas com DM na Vila Sabiá.

Acredita-se que outros estudos devem ser realizados em torno desse tema e sugere-se que futuras investigações abordem questões importantes como:

- a ampliação da população estudada, pesquisando-se em diferentes centros, além da ampliação da abordagem profissional e da implementação de diferentes estratégias de intervenção, com posterior avaliação do impacto na vida e saúde dos sujeitos da pesquisa.

- a realização da coleta de dados pelos próprios profissionais da Unidade, a fim de que as pessoas sintam-se mais a vontade para expor questões íntimas e de caráter subjetivo como algumas utilizadas nesse estudo, o que remete à necessidade de maior integração entre a instituição de ensino e o serviço de saúde.

- a continuidade da pesquisa numa segunda fase do estudo, com uma abordagem qualitativa das questões subjetivas o que poderia explicar melhor os fenômenos.

Dessa modo recomenda-se o incremento de estudos que mostrem a influencia dos aspectos psicossociais no controle do DM e de outras doenças

crônico degenerativas, tornando esse tema base para a elaboração de estratégias de intervenção diferenciadas para a promoção da saúde dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2. Consenso. São Paulo (SP);2002. [on line] Disponível em www.diabetes.org.br/consenso/index.html.
2. Nathan DM, Meigs J, Singer DE. The epidemiology of cardiovascular disease in type 2 diabetes mellitus: how sweet it is, or is it? Lancet 1997; 350 (suppl1): 14-19.
3. Malerbi DA. Estudo da prevalência do diabetes mellitus no Brasil. [Tese] São Paulo: Faculdade de Medicina da USP;1991.
4. Goldenberg P, Franco LJ, Pagliaro H, Silva RS, Santos CA. Diabetes mellitus auto-referido no município de São Paulo: prevalência e desigualdade.Cad de Saúde Publ 1996;12 (1): 37-45.
5. Coeli CM, Ferreira LGFD, Drbal MM, Veras RP, Camargo Jr KR, Cascão AM. Mortalidade em idosos por diabetes mellitus como causa básica e associada.Rev Saúde Pública 2002; 36(2): 135-40.
6. Mathias TAF, Jorge MHPM. Diabetes mellitus na população idosa em município da região sul do Brasil: um estudo da mortalidade e morbidade hospitalar. Arq Bras Endocrinol Metab 2004; 48 (4): 505-12.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão e ao diabetes mellitus. Brasília. 2001.
8. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V. Fundamentos de Robbins - Patologia Estrutural e Funcional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996
9. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan; 1998.

10. Sheffel RSS, Bortolanza D, Weber CS, Costa LA, Canani LH, Santos KG, et al. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(3):263-67.
11. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso de detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes mellitus. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 1999; (43): 7-13.
12. The DCCT Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329:977-86.
13. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. *Lancet* 1998;352:837-53.
14. Gomes MB, Fernandes LMMP, Fuks AG, Pontes CRPA, Castro SH, Affonso FS, et al. Variabilidade do controle glicêmico de pacientes com diabetes tipo 1 e tipo 2 durante um ano de acompanhamento. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2001;45(2): 141-147.
15. Nutbean D. Achieving best practice in health promotion: improving the fit between research and practice. *Health Education Research* 1996; 11: 317-26.
16. Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad de Saúde Pública* 2003; 19(4): 1039-47.
17. Araújo RB, Santos I, Cavaleti MA, Costa JSD, Béria JU. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(1): 24-32.
18. Assunção MCF, Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(1): 88-95.

19. Guimarães FPM, Takayanagui AMM. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador do diabetes mellitus tipo 2. *Rev Nut* 2002; 15(1): 37-44.
20. Penna CMM, Pinho LCO. A contramão dos programas de educação em saúde: estratégias de diabéticos. *Rev Bras Enferm* 2002; 5(1): 7-12.
21. Carnauba FP, Ide CAC, Scheneck CA, Lottenberg SA. O convívio com o diabetes: as expressões de um cotidiano abalado pelo adoecimento. In: *Anais do 13º Congresso Brasileiro de Diabetes*; 1999 out.; Aracajú (SE): Sociedade Brasileira de Diabetes; 1999.
22. Rodrigues FPC. A consulta de enfermagem centrada na promoção à saúde do adulto portador de diabetes mellitus: uma abordagem psicossocial. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 2003.
23. Puschel VAA. Abordagem construtivista no desenvolvimento de competências psicossociais para a assistência domiciliar. [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: 2006 [on line] Disponível em http://conselho.saude.gov.br/webpacto/text_atencao.pdf, [acesso em 02 fev. 2007]
25. Silva JA; Dalmazo ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*: 2002; 6 (10): 75-96.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Brasília: 2006 [on line] Disponível em <http://www.saude.gov.br/psf>, [acesso em 03 fev. 2007]
27. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Mapas da Atenção Básica e da Saúde da Família. Brasília: 2006 [on line] Disponível em <http://www.saude.gov.br/psf>, [acesso em 03 fev. 2007]

-
28. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad. Saúde Pública: 1998; 14 (2):429-445.
29. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa de Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública:2006; 22 (2): 377-385.
30. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa de Saúde da Família sobre os indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva: 2006; 11(3):713-724.
31. Souza LM, Moraes EP, Barth QCM. Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um Programa de Saúde da Família de Porto Alegre, Brasil. Rev Latino-am Enfermagem: 2006; 16(6): 901-906.
32. Ide CAC. Plano regional de desenvolvimento de estratégias psicossociais para a promoção à saúde do adulto em situações de risco. São Paulo (SP); 2001, 24p. [mimeografado].
33. Grandesso MA. Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do psicólogo; 2000.
34. Dejours C. O corpo entre a biologia e a psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas;1998.
35. Arendt H. A dignidade política. [S.l.]: Relume – Dumará; [s.d.]
36. Castiel LD. A medida do possível ... saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro:Fiocruz,; 1999.

-
37. Falcone EMO. A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. [Tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP;1998;
38. De Domenico EBL, Brevidei MM. Trabalho de Conclusão de Curso: Guia prático para docentes e alunos da área de saúde. São Paulo: Ed Átria, 2006.
39. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação dos dados. São Paulo: Atlas;1999.
40. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2000. [on line] Brasília: 2006. Disponível em www.ibge.gov.br/censo [acesso em 30 jan. 2007]
41. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [on line] Brasília; 2006 Disponível em www.datasus.gov.br/cnes [acesso em 20 fev. 2007]
42. US Preventive Task Force. Behaviors counseling in Primary Care to promote Physical Activity. Recommendations and rationale.2002. [on line] Disponível em www.ahrq.gov/clinic/prevenix.htm
43. National Guideline Clearinghouse. Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type 2 diabetes: rationale and strategies. [on line] Disponível em www.guideline.gov
44. US Preventive Task Force. Counseling to prevent tobacco use.. Recommendations and rationale.2002. [on line]. Disponível em www.ahrq.gov/clinic/prevenix.htm
45. Ferreira Jr M. Roteiro de procedimentos básicos. São Paulo; 2005. [Apostila do Centro de Promoção da Saúde- CPS- Serviço de Clínica Médica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo]
46. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic (World Health Organization, Geneva, 1998)

-
47. Muniz ECS, Reis ML, Rocha RM, Santos VLCG, Grossi SAA. Avaliação do risco de ulcerações nos membros inferiores de portadores de diabetes mellitus tipo 2. Rev Esc Enferm USP 1999; 33 (especial): 180-90.
 48. Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. JAMA: 2005; 293(2) 217-228.
 49. Ministério da Saúde. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos- HIPERDIA. Disponível em www.datasus.gov.br. Acesso em 01/07.
 50. Goldemberg P. Prevalência de diabetes mellitus: diferença de gênero e igualdade entre os sexos. Rev. Bras. Epidemiol: 2003; 6 (1): 18-27.
 51. López-Carmona JM, Ariza-Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, Munquiá-Miranda C. Construcción y validación de um instrumento para medir el estilo de vida em pacienhtes com diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública de México: 2003; 45(4):
 52. Gomes MB, Gianella Neto D, Mendonça E, Tambascia MA, Fonseca RM, Réa RR et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes com diabetes mellitus do tipo 2 no Brasil: Estudo multicêntrico nacional. Arq Bras Endocrinol Metab: 2006; 50(1): 136-144
 53. Torquato MTCG, Montenegro Júnior RM, Viana LAL, Souza RAHG, Lanna CMN, Lucas JCB et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. São Paulo Med Journal: 2003; 121(6): 224-230.
 54. Aguilar PISG. Qualidade de vida em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. . [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de Saõ Paulo, 2004.
 55. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores e dados básicos: Brasil 2005 (IDB-2005). Indicadores socioeconômicos [online]. Brasília; 2006. Disponível em: www.datasus.gov.br. [Acesso em 15 jan. 2007].

-
56. Blum, CAD. Fatores que influenciam a adesão farmacoterapêutica em pacientes acima de 60 anos portadores de hipertensão arterial e/ ou diabetes mellitus na Unidade de Saúde da Família. Ponta Grossa (PR). Escola de Saúde Pública do Paraná, 2003
57. Pires C. Perfil socio-econômico e antropométrico de adultos e idosos com diabetes mellitus recém diagnosticado após campanha de rastreamento. [Dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2004.
58. Januzzi PM. Estratificação socioocupacional para estudos de mercado e pesquisa social no Brasil. São Paulo em Perspectiva: 2003; 17 (3-4): 247-254.
59. Martinez MCM, Latorre MRDO. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabete melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. Arq Bras Cardiol: 2006; 87: 471-479
60. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos familiares. [on line] Brasília: 2006. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadores_minimos/sinteseindicsoais2006/default.shtm [acesso em 20 fev. 2007]
61. Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva: 2004;9(1):85-98.
62. Stuchi RAG. A persuassão como estratégia de deslocamento de crenças: de comportamentos de risco para comportamentos preventivos da doença coronariana. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2004.
63. Tavares GS. A influência do estilo de vida na reinternação hospitalar de pacientes diabéticos. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2004.
64. Tang M, chen Y, Krewski D. Gender-related differences in the association between socioeconomic status and self reported diabetes. Int J Epidemiol: 2003; 32(3) 381-385.

-
65. Conolly V, Unwin N, Sherriff P, Bilous R, Kelly W et al. Diabetes prevalence and socioeconomic status: a population based study showing increased prevalence of type 2 diabetes mellitus in deprived areas. *J Epidemiol Community Health*: 2000; 54(3) 173-177.
66. Püschel VAA, Pinheiro CF. Promoção da saúde de adultos e idosos com doença cardiovascular: abordagem psicossocial. Relatório de pesquisa. 2006. Pesquisa financiada pela FAPESP sob o número 004/10079-4.
67. Xavier FMF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy NU, Morigushi EH. Eldrely people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiat*: 2005; 25: 31-39.
68. Souza TT, Santini I, Wada AS, Vasco CF, Kimura M. Qualidade de vida da pessoa diabética. *Rev Esc Enferm USP*: 1997; 31: 150-64.
69. Joia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saúde Pública*: 2007; 41(1): 131-138.
70. Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e prática. *Rev Saúde Pública*: 2003; 37(5): 635-642.
71. Rocha RM. Pé diabético: fatores comportamentais para a sua prevenção. [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005.
72. Moreira RO et al, Papelbaum M, Appolinario JC, Matos AG, Coutinho WF, Meirelles RMR et al. Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. *Arq Bras Endoc Metab*: 2003; 47(1): 19-28.
73. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*: 2001; 24(6):1069-1078.

-
74. Rocha JLL, Baggio HCC, Cunha CA, Niclewics EA, Leite SÃO, Baptista MIDK. Aspectos relevantes da interface entre diabetes mellitus e infecção. *Arq bras Endocrinol Metabol*: 2002; 46(3): 221-229.
75. Cercato C, Mancini MC, Arguello AMC, Passos VQ, Villares SMR, Halpern A. Systemic hypertension, diabetes mellitus, and dyslipidemia in relation to body mass index: evaluation of a brasilian population. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo*: 2004; 59(3): 113-118.
76. Sociedade Brasileira de Diabetes. Atualização Brasileira sobre Diabetes. Consenso. São Paulo (SP);2002. [on line] Disponível em www.diabetes.org.br.
77. The DECODE Study Group. European Diabetes Epidemiology Group. Diabetes epidemiology: collaborative analysis of diagnostic criteria in Europe. *Lancet*: 1999; 354 (9179) 617-621.
78. Cunha MCB. Qualidade do sono em diabéticos do tipo 2. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2006.
79. Eliassom B. Cigarette smoking and diabetes. *Prog Cardiovasc Dis*: 2003. 45(5): 405-413.
80. Al-Delaimy WK, Manson JE, Solomom CG, Kawachi I, Stampfer MJ, Willet WC et al. Smoking and risk of coronary heart disease among women with type 2 diabetes mellitus. *Arch Intern Med*: 2002; 162(3): 273-279.
81. Hovind P, Rossing P, Tarnow L, Parving HH. Smoking and progression of diabetic nephropathy in type 1 diabetes. *Diabetes Care*: 2003; 26(3): 911-916.
82. Kopley DA. Exercício físico no cardiopata diabético. *Rev SOCERJ*: 1997; 10(4): 190-195.
83. Guimarães FPM. Indivíduos com diabetes melito tipo 2: perfil e prática adotada em relação ao tratamento não medicamentoso. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2001.

-
84. Gross JL, Nehme M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. *Rev Ass Med Brasil*: 1999; 45(3): 279-284.
85. Sociedade Brasileira de Diabetes. Automonitorização glicêmica e monitorização contínua da glicose: indicações e recomendações para a disponibilização pelos serviços de atenção ao portador de diabetes. *Revista Brasileira de Medicina*: 2006; Suplemento especial (1): 1-11.
86. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo ICR et al. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Rev Saúde Pública*: 2005; 39(1): 47-57.
87. Halty LS, Hüttner MD, Oliveira Netto I, Fenker T. Pesquisa sobre tabagismo entre médicos de Rio Grande, RS: prevalência e perfil do fumante. *J Pneumol*: 2002; 28(2): 77-83.
88. Primo NLNP, Stein AT. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. *R Psiquiatr*: 2004; 26(3): 280-286.
89. Chaturvedi N, Stephenson JM, Fuller JH. The relationship between socioeconomic status and diabetes control and complications control and complications in the EURODIAB IDDM Complications Study. *Diabetes Care*: 1996; 19(5): 423-430.
90. Alvarado R, Escala M, Latorre I. Relación entre aspectos psicosociales y manejo de la enfermedad em um grupo de diabéticos juveniles. *Rev Chil Salud pública*: 2002; 6(1): 15-20.
91. Bernardi F, Cichelero C, Vitolo MR. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Rev Nutr*: 2005; 18(1): 85-93.

Anexo 1

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL E CLÍNICA DO ADULTO COM DIABETES MELLITUS

A- AUTO-AVALIAÇÃO

1-IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____
 Idade: _____ Sexo: _____
 Profissão: _____ Ocupação: _____
 Escolaridade: _____ Estado civil: _____
 Religião: _____ Tel: _____
 Renda familiar (em salários mínimos) _____ Número de pessoas que contribuem para essa renda ____
 Número de pessoas que vivem com essa renda _____

2-AUTO-AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS PELA PESSOA COM DIABETES.

2.1 Como o(a) sr.(a) avalia o seu cotidiano?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.2 Como o(a) sr.(a) avalia o seu trabalho?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.3 Como o(a) sr.(a) avalia o seu lazer?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.4 Como o(a) sr.(a) avalia os seu relacionamento familiar?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.5 Como o(a) sr.(a) avalia os seus outros relacionamentos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1-Péssimo 2-Ruim 3-Regular 4-Bom 5-Muito bom

B-AVALIAÇÃO DO PROFISSIONAL**4-CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS CLÍNICOS DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS**

- Tempo de diagnóstico de DM: _____
 - Terapêutica medicamentosa: () Hipoglicemiante _____
 () Insulina _____
 () Insulina + hipoglicemiante _____
 () Nenhuma _____
 - Doenças associadas: _____
 - Complicações crônicas: () retinopatia () nefropatia () microangiopatia
 () macroangiopatia () neuropatia () nenhuma
 - N° de internações anteriores:

Causa _____	Ano/mês _____	Tempo: _____
Causa _____	Ano/mês _____	Tempo: _____
Causa _____	Ano/mês _____	Tempo: _____
 - Exames laboratoriais:
- Hemoglobina Glicada: _____
- IMC: _____
 - Avaliação dos pés: () normal () pé em risco de úlcera () pé com presença de úlcera

5.CARACTERIZAÇÃO DO ESTILO DE VIDA E DO AUTO CUIDADO DA PESSOA COM DIABETES**5.1 Sono e repouso**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.2 Dependências

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.3 Prática de atividades físicas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.4 Cuidado com os pés

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.5 Auto monitorização

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Anexo 2

Referências para avaliação do estilo de vida e do auto cuidado pelo profissional

5.1 Sono e repouso

1. Tem sono irregular ou acorda várias vezes durante a noite ou tem dificuldade para dormir
2. Dorme 8 horas ou mais por noite e acorda indisposto
3. Dorme menos de 8 horas por noite e acorda indisposto
4. Dorme menos de 8 horas por noite e acorda disposto
5. Dorme 8 horas ou mais por noite e acorda disposto

5.2 Dependências*

1. Fuma e ingere bebidas alcoólicas em doses superiores à dose moderada
2. Fuma e ingere bebidas alcoólicas de 1 a 2x/semana em dose moderada
3. Não fuma e ingere bebidas alcoólicas em doses superiores à dose moderada
4. Não fuma e ingere bebidas alcoólicas de 1 a 2x/semana em dose moderada
5. Não fuma e não ingere bebidas alcoólicas

5.3 Atividade física**

1. Não faz qualquer atividade física
2. Realiza atividade física aeróbica de forma irregular
3. Adota hábitos no dia a dia que incluem movimentação sem sobrecarga física
4. Realiza atividade física aeróbica regular até 3x/semana com duração de trinta minutos ou menos a cada dia
5. Realiza atividade física aeróbica regular pelo menos 4x/semana com duração de trinta minutos cada dia

5.4 Cuidado com os pés

Dos cuidados abaixo, quantos são realizados pela pessoa:

Examina os pés diariamente	Lava os pés com água morna e sabão neutro
Calça apenas sapatos que não machucam	Usa creme hidratante adequado após o banho
Sapatos novos são usados aos poucos	Corta as unhas de forma reta horizontalmente
Nunca anda descalço	Para remoção de calos ou unha encravadas procura um profissional especializado

1. Nenhum dos cuidados acima
2. De um a dois dos cuidados acima
3. De três a quatro dos cuidados acima
4. De cinco a seis dos cuidados acima
5. De sete a oito dos cuidados acima

5.5 Auto monitorização***

1. Não faz auto monitorização
2. Faz auto monitorização por meio da análise da glicosúria
3. Faz auto monitorização por meio da avaliação da glicemia capilar de forma irregular na UBS ou na farmácia
4. Faz auto monitorização de forma irregular com o próprio aparelho para verificação de glicemia capilar
5. Faz auto monitorização regular conforme a necessidade exigida pelo tipo de tratamento a qual é submetido

*Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes é considerada dose moderada de ingestão de bebidas alcoólicas 2 taças de vinho ou uma lata de cerveja ou 40 ml de whisky.

**De acordo com o Projeto Agita São Paulo e o Centro de Promoção à Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP os hábitos que incluem movimentação sem grandes atividades físicas compreendem: andar mais, sempre que possível para a realização de atividades diárias, subir e descer escadas no trabalho ou no local onde mora, executar tarefas domésticas que mesclam prazer com exercícios, realizar atividades de lazer como dançar, brincar com crianças, passear em parque entre outros.

*** De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes a frequência de auto monitorização deve ser estabelecida conforme o tratamento utilizado. Para os pacientes que fazem uso de insulina a frequência deve ser de 4x/dia, para os que utilizam apenas hipoglicemiantes orais a frequência é de 2x/dia antes do café e antes do jantar e, quando esses apresentarem bom controle glicêmico, a medida pode ser realizada apenas uma vez ao dia em horários alternados.

Anexo 3

Avaliação dos pés da pessoa com diabetes

- Avaliação da circulação

Pé Direito		Pé Esquerdo
Preenchimento capilar	() normal () > 2 seg	() normal () > 2 Seg
Rubor de declive	() sim () não	() sim () não
() pedioso	() normal () diminuído () ausente	() normal () diminuído () ausente
() tibial posterior	() normal () diminuído () ausente	() normal () diminuído () ausente
() poplíteo	() normal () diminuído () ausente	() normal () diminuído () ausente
Temperatura	() frio () quente	() frio () quente
Claudicação intermitente	() sim () não	() sim () não

Avaliação sensitiva motora (instrumentos)

- Limitações de mobilidade articular (sinal de prece)
 - () ausentes () grau 1 () grau 2 () grau 3
- Monofilamento de 10g
 - com sensibilidade +
 - sem sensibilidade –

Direito

(1) _/_/_/_
Ex: _____

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

Esquerdo

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

Pé direito

Ressecamento: () sim () não

Fissuras: () sim () não

Dermatofitoses () sim () não

Onicomicoses () sim () não

Unha encravada () sim () não

Pé esquerdo

() sim () não

() sim () não

() sim () não

() sim () não

() sim () não

Corte inadequado	☐ sim	☐ não	☐ sim	☐ não
Ausência de pelos	☐ sim	☐ não	☐ sim	☐ não
Edema	☐ sim	☐ não	☐ sim	☐ não
Varizes	☐ sim	☐ não	☐ sim	☐ não
Úlceras	☐ sim	☐ não	☐ sim	☐ não
Calos e calosidades	☐ sim	☐ não	☐ sim	☐ não
Dedos em garra	☐ sim	☐ não	☐ sim	☐ não
Hálux em martelo	☐ sim	☐ não	☐ sim	☐ não
Acentuação do arco plantar	☐ sim	☐ não	☐ sim	☐ não
Elevação do dorso plantar	☐ sim	☐ não	☐ sim	☐ não
Artropatia de Chacot	☐ sim	☐ não	☐ sim	☐ não
Proeminências Metatarsianas.	☐ sim	☐ não	☐ sim	☐ não

Sintomas subjetivos

	Pé direito	Pé esquerdo
Disestesias	☐ queimação	☐ queimação
	☐ formigamento	☐ formigamento
	☐ adormecimento	☐ adormecimento
	☐ câimbra	☐ câimbra
Parestesia	☐ sim ☐ não	☐ sim ☐ não
Hiperestesia	☐ sim ☐ não	☐ sim ☐ não

Anexo 4

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone: 3066-7548 - Fax: 280-8213
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 24 de março de 2006.

Ilm.^a Sr.^a
Adriana Cecel Guedes

Ref.: Processo nº 523/2006/CEP-EEUSP

Prezada Senhora:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “FATORES PSICOSSOCIAIS E CONDIÇÕES CLÍNICAS DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS : UMA APROXIMAÇÃO NECESSÁRIA PARA A AVALIAÇÃO E A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Anexo 5**TERMO CONSENTINO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____, declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido (a) pela Enfermeira Adriana Cecel Guedes (pesquisadora), docente da Universidade Paulista (UNIP) e aluna de mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA) da Escola de Enfermagem da USP, sob orientação da Profª Draª Vilanice Alves de Araújo Püschel, consinto em participar da pesquisa intitulada "Fatores psicossociais e condições clínicas de pessoas com diabetes mellitus: uma aproximação necessária para a avaliação e intervenção profissional", que tem a finalidade de verificar as relações entre os fatores psicossociais da pessoa com diabetes mellitus (DM) e as suas condições clínicas. Os objetivos dessa pesquisa são: identificar como a pessoa com DM avalia seu cotidiano, seu lazer, seu trabalho e seus relacionamentos e verificar a relação entre a auto-avaliação da pessoa com diabetes do seu cotidiano, do seu lazer, do seu trabalho e dos seus relacionamentos e as condições clínicas relacionadas à doença.

Sei que os dados serão obtidos por meio de respostas a um questionário durante uma entrevista, análise de prontuário e exame físico realizados por alunos de Graduação em Enfermagem da Universidade Paulista ou pela própria pesquisadora.

Sei que as informações são sigilosas e que esses dados serão utilizados exclusivamente para essa pesquisa, sem qualquer prejuízo para a assistência que tenho recebido nessa Unidade Básica de Saúde.

Sei que tenho liberdade para participar e para retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Sei, também, que terei acesso aos resultados caso tenha interesse, com a posterior publicação da pesquisa (Conforme resolução 196 de 10/10/1996)

Participante _____ da
pesquisa: _____ RG: _____

Aluno de Graduação em Enfermagem da UNIP _____
RG: _____

Adriana Cecel Guedes (pesquisadora): _____ RG: 2179394226

Telefone para contato com a pesquisadora: (15) 3238 1029. Email: adrianacecel@aol.com

Observação: qualquer questão, dúvida, esclarecimento, ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, telefone: (11) 3066 7548.

1 via: participante

1 via: pesquisadora

Anexo 6

À Secretaria da Saúde da Prefeitura do Município de Sorocaba

Ilmo Dr^a Liliâne Maria Guimarães Pinto
Coordenadora do Programa de Saúde da Família de Sorocaba

Eu, Adriana Cecel Guedes, docente da Universidade Paulista (UNIP) e aluna de mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA) da Escola de Enfermagem da USP, estou realizando uma pesquisa intitulada “Fatores psicossociais e condições clínicas de pessoas com diabetes mellitus: uma aproximação necessária para a avaliação e intervenção profissional” , que tem como objetivos: identificar como a pessoa com diabetes mellitus (DM) avalia seu cotidiano, seu lazer, seu trabalho e seus relacionamentos e verificar a relação entre a auto-avaliação da pessoa com DM do seu cotidiano, do seu lazer, do seu trabalho e dos seus relacionamentos e as condições clínicas relacionadas à doença.

Solicito, desse modo, autorização para a coleta de dados para essa pesquisa nos Centros de Saúde da Cidade de Sorocaba. Os dados serão coletados, por meio de questionário, pela pesquisadora e por alunos de Graduação em Enfermagem da Universidade Paulista, devidamente treinados, após autorização dos pacientes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que garante o anonimato dos sujeitos e a confidencialidade dos dados.

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que julgarem necessários.

Adriana Cecel Guedes
Endereço: Pça Nossa Sra da Anunciação, 80 apto 36B São Paulo-SP CEP 03542 120
Tel: 11 6958 0209/ 11 8243 9434/ 15 3238 1029
Email:adrianacecel@aol.com

Dr^a Liliâne Maria Guimarães Pinto
Coordenadora do PSF- Sorocaba