



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MESTRADO ACADÊMICO

BENVINDA PEREIRA DE BARROS

Práticas do Autocuidado por Idosos Diabéticos em Instituições de Longa Permanência

RECIFE
2014



BENVINDA PEREIRA DE BARROS

Práticas do Autocuidado por Idosos Diabéticos em Instituições de Longa Permanência

Dissertação apresentado ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Márcia Carréra Campos Leal

Linha de pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar

Área Temática: Saúde do Idoso e Prevenção de Agravos

RECIFE

2014

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

B277p Barros, Benvinda Pereira de.
Práticas do autocuidado por idosos diabéticos em instituições de longa permanência / Benvinda Pereira de Barros. – Recife: O autor, 2014.
91 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Márcia Carréra Campos Leal.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1 Idoso. 2. Diabetes Mellitus. 3. Autocuidado. 4. Enfermagem. I. Leal, Márcia Carréra Campos (Orientadora). II. Título.

615.3 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2014-069)

BENVINDA PEREIRA DE BARROS

PRÁTICAS DO AUTOCUIDADO POR IDOSOS DIABÉTICOS EM
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Dissertação aprovada em 26 de fevereiro de 2014

Prof^a. Dr^a. Márcia Carréra Campos Leal (Presidente da Banca) - UFPE

Prof Dr. Rafael da Silveira Moreira (Membro Externo) - FIOCRUZ

Prof^a. Dr^a. Ana Paula de Oliveira Marques (Membro Interno) – UFPE

Prof^a. Dr^a. Telma Marques da Silva (Membro Interno) - UFPE

Dedico à minha querida
"mãinha", Expedita Bemvinda de
Carvalho (in memoriam), por ter
me ensinado que com
determinação e estudo se pode
chegar a qualquer lugar.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pois a minha fé é sempre o meu refúgio em todos os momentos mais difíceis.

Aos meus pais, meu alicerce, por me ensinar o verdadeiro significado de família sustentado no amor e na união.

Aos meus irmãos, pelo incentivo em superar cada obstáculo nesta etapa de formação.

À Risomar Fernandes, meu companheiro, pela compreensão, apoio, amor e paciência neste período do mestrado.

À Professora Dra. Márcia Carréra, pela orientação neste trabalho, pela seriedade e excelência, disponibilidade, dedicação e estímulo para o crescimento profissional.

À Professora Dra. Ana Paula Marques, pelo respeito, pelas idéias e sugestões compartilhadas nos momentos de reunião.

À Professora Cleide Pontes, pelos conhecimentos repassados durante estes dois anos.

Ao Professor Natal pela contribuição e paciência na análise estatística deste trabalho.

Aos Professores do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, pela dedicação e compromisso com os alunos.

À Glivson e Camila pela disponibilidade e atenção durante esses dois anos.

Aos idosos institucionalizados, peças fundamentais para a construção deste trabalho.

Aos colegas de mestrado, pela amizade e por fazerem com que este processo se tornasse mais prazeroso.

À Leidiane pela paciência, cumplicidade e por sempre me acalmar nas angústias surgidas durante esta fase.

Aos meus amigos, em especial a Rôsimar, pelo apoio, opiniões e correções da dissertação.

Enfim, a todos que contribuíram para a realização desta pesquisa e que estiveram comigo ao longo desta caminhada, minha gratidão e respeito.

RESUMO

O envelhecimento populacional tem ocorrido de forma rápida em países em desenvolvimento, trazendo consigo o aumento das doenças crônicas. Dentre estas, destaca-se o Diabetes Mellitus pela alta prevalência, além de ser uma doença que leva a complicações e incapacitações. As ações educativas propõem a motivação para o autocuidado e empoderamento do paciente, objetivando o controle da doença e a melhoria da qualidade de vida. Esta dissertação tem o formato de dois artigos. O primeiro artigo de revisão teve o objetivo de analisar as estratégias educativas que contribuem para o autocuidado do portador de diabetes mellitus tipo 2. As bases de dados pesquisadas foram LILACS, MEDLINE e BDNF, resultando em 9 artigos após seleção, aplicando-se os critérios de elegibilidade. Observou-se a utilização de estratégias educativas como educação individual, atividades em grupo, monitoramento telefônico e visita domiciliar. Utilização de uma metodologia problematizadora / construtivista. O artigo original teve o objetivo de analisar as práticas de autocuidado dos idosos diabéticos residentes em Instituições de Longa Permanência. Trata-se de um estudo de corte transversal quantitativo, realizado em 9 instituições de longa permanência para idosos, na cidade do Recife, com participação de 55 idosos diabéticos registrados em prontuários. Para avaliar o autocuidado foi utilizado o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD), versão traduzida e adaptada para a cultura brasileira. A variável dependente estudada foi o questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes. As variáveis independentes: condições sociodemográficas, econômicas e de saúde autopercebida. A coleta de dados ocorreu de janeiro a maio de 2013. Este estudo está vinculado a um projeto maior intitulado: "Perfil Social e Epidemiológico de Pessoas Idosas No Contexto Asilar". Para avaliar associações entre as variáveis dependentes e independentes foram utilizados os Teste Qui-quadrado de Pearson e Teste Exato de Fisher. Foram considerados estatisticamente significativos os testes com valores $p \leq 0,05$. Na análise descritiva houve predominância de 72,7% do gênero feminino e 91% de baixa adesão para atividade física. Na análise bivariada a prática do cuidado com os pés esteve associada à saúde autopercebida e percepção visual.. Concluí-se que ações educativas para o autocuidado devem considerar as características individuais de cada indivíduo e estas ações quando realizadas em instituições de longa permanência podem contribuir para a independência e qualidade de vida do idoso diabético.

Palavras chaves: Idoso. Diabetes Mellitus. Autocuidado. Enfermagem.

ABSTRACT

Population aging has occurred rapidly in developing countries, bringing the increase in chronic diseases. Among these, we highlight the prevalence of Diabetes Mellitus by , and it is a disease that leads to complications and disabilities. Educational activities propose the motivation for self-care and patient empowerment, aiming disease control and quality of life. The review article aimed to review the educational strategies that contribute to the self-care of patients with diabetes mellitus type 2. The searched databases were LILACS, MEDLINE and BDENF, resulting in 9 articles after applying the selection criteria for eligibility. It was observed the use of educational strategies such as individual education, group activities, telephone monitoring and home visits , using a questionable / constructivist methodology. The original article aimed to analyze the practices of self-care of elderly diabetics in long-stay institutions. The quantitative cross-sectional study was conducted in 9 institutions for the aged in the city of Recife, with participation of 55 elderly diabetics registered in medical records. To assess self-care was used the Self-Care Activities Questionnaire with Diabetes, translated and adapted to Brazilian culture version. The dependent variable has the self-care activities questionnaire with diabetes. Independent variables: demographic, economic, and self-perceived health conditions. Data collection occurred from January to May 2013. To assess associations between the dependent and independent variables we used the chi-square test of Pearson and Fisher's exact test. Tests with p-values $\leq 0,05$ were considered statistically significant. This study is linked to a larger project entitled: " Social and Epidemiological Profile of Older People in the asylum context ". In the descriptive analysis showed a predominance of 72.7 % females and 91 % of low adherence to physical activity. In bivariate analysis the practice of foot care was associated with self-perceived health and visual perception. Concluded that educational activities for self-care should consider the individual characteristics of each person and these actions when performed in long-term institutions can contribute to the independence and quality of life of elderly patients with diabetes.

Keywords: Elderly. Diabetes Mellitus . Self-care. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Nomes e Endereços das Instituições de Longa Permanência para Idosos, Recife, 2013.....	23
--	----

ARTIGO 1

Quadro1- Distribuição das Estratégias educativas para o autocuidado dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2- Recife, 2013.....	35
--	----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 -Distribuição dos artigos selecionados e analisados por bases de dados. Recife, 2013.....	26
---	----

ARTIGO 2

Tabela 1 Associação entre o item Alimentação Geral do QAD e as variáveis: sexo, idade, escolaridade, saúde e visão autopercebida e morbidades registradas - Recife, 2013.....	49
--	----

Tabela 2 Associação entre o item Controle da Glicemia do QAD e as variáveis: sexo, idade, escolaridade, saúde e visão autopercebida e morbidades registradas - Recife, 2013.....	51
---	----

Tabela 3 Associação entre o item Cuidado com os pés do QAD e as variáveis: sexo, idade, escolaridade, saúde e visão autopercebida e morbidades registradas - Recife, 2013.....	52
---	----

Tabela 4 Associação entre o item Medicamento do QAD e as variáveis: sexo, idade, escolaridade, saúde e visão autopercebida e morbidades registradas - Recife, 2013.....	53
--	----

Tabela 5 Associação entre o item Atividade Física do QAD e as variáveis: sexo, idade, escolaridade, saúde e visão autopercebida e morbidades registradas - Recife, 2013.....	54
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI - Instituição de Longa Permanência de Idosos

DM - Diabetes Mellitus

OMS - Organização Mundial de Saúde

QAD - Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes

SDSCA- Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire

PBE- Prática Baseada em Evidências

LILACS- Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE- Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line

BDENF-Base de Dados de enfermagem

DeCS- Descritores em Ciências da Saúde

CASP-Critical Appraisal Skill Programme

AHRQ- Agency for Healthcare and Research and Quality

IASC-Instituto de Assistência Social e Cidadania

PNI -Política Nacional do Idoso

SPSS- Package for Social Sciences

TCLE-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DSME- Diabetes Self-Management Education

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3 MÉTODO.....	20
4 ARTIGO DE REVISÃO.....	29
5 ARTIGO ORIGINAL.....	42
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICES	66
APÊNDICE A- Instrumento de Coleta.....	67
APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	72
ANEXOS	73
ANEXO A- Questionário de Atividade de Autocuidado com o Diabetes.....	74
ANEXO B – Carta de Anuência para Pesquisa.....	76
ANEXO C- Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.....	77
ANEXO D- Comprovante de Envio do artigo ao Periódico.....	78
ANEXO E- Normas de Publicação da Revista Ciência & Saúde Coletiva.....	79
ANEXO F- Normas de Publicação da Revista Cadernos de Saúde Pública.....	86

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade na maioria das sociedades atuais, e esse fenômeno é decorrente de mudanças ocorridas em alguns indicadores de saúde¹.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, as estimativas indicam que a população idosa poderá exceder os 30 milhões de pessoas no ano de 2020, o que representará em torno de 13% do total da população². A redução da fecundidade e da mortalidade, associados aos avanços tecnológicos e científicos tem possibilitado um aumento na expectativa de vida¹⁻³.

O envelhecimento populacional desperta para a necessidade da existência das Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI), que surgem, em função do aumento do número de idosos e de dificuldades apresentadas pelos familiares na tarefa do cuidar⁴. Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), ILPIs são instituições governamentais ou não-governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania⁵. O idoso institucionalizado constitui, quase sempre, um grupo privado de seus projetos, pois se encontra afastado da família, da casa, dos amigos, das relações nas quais sua história de vida foi construída⁶. Pode-se associar a essa exclusão social as marcas e seqüelas das doenças crônicas não transmissíveis⁷.

As condições crônicas de saúde prevalecem fazendo necessário priorizar ações relacionadas à promoção da saúde e prevenção de complicações por meio de intervenções educativas, com vistas à inclusão das pessoas no cuidado da própria saúde. Dentre as condições crônicas, destaca-se o Diabetes Mellitus (DM) pelo crescente acometimento populacional e a natureza incapacitante dos agravos decorrentes de suas complicações. As intervenções profissionais visam, especialmente, a obtenção do controle glicêmico para evitar ou minimizar tais complicações⁸.

O DM tipo 2 é uma das doenças crônicas mais comuns que afetam as pessoas idosas; pesquisas revelam que mais da metade de todas as pessoas com diabetes tem mais de 60 anos, estando a doença associada ao aumento de prevalências de problemas micro e macrovasculares. Representa um grande desafio para a saúde pública, envolvendo a capacidade de uma equipe multidisciplinar para atender a todas as necessidades de um tratamento ideal^{8,9}.

No entanto, os gastos no tratamento das doenças crônicas nem sempre garantem a efetividade das ações, pois um trabalho voltado para a melhoria da qualidade de vida dos idosos requer mais do que investimentos tecnológicos hospitalares. O controle dos gastos com o tratamento dos idosos passa em primeiro lugar pelo investimento nas formas de promoção da saúde, que se traduzem por qualidade de vida, e não apenas por tratamentos de doenças. A valorização do autocuidado é um desses princípios básicos¹⁰.

Segundo a teoria do autocuidado de Dorothea Orem, o autocuidado consiste na contribuição constante do indivíduo para sua própria existência¹¹. Esta teoria focaliza a importância de reconhecer a pessoa como aquela que tem o direito de exercer o controle sobre si e sobre sua assistência. Na educação para o autocuidado, o indivíduo deve participar da decisão, considerando seus valores, crenças, nível de conhecimento, habilidades e motivação¹².

Orem apresentou três construções teóricas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, interligadas e inter-relacionadas, tendo como foco principal o autocuidado, e sendo, passíveis de aplicação a todas as pessoas que necessitem de cuidado. Este construto apresenta um método de determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado¹³⁻¹⁴.

Face ao exposto, este estudo possui duas questões condutoras: Quais são as estratégias educativas utilizadas para estimular o autocuidado dos portadores de diabetes mellitus tipo 2? Quais são as práticas de autocuidado realizadas por idosos diabéticos em Instituições de Longa Permanência?

O objetivo geral deste estudo foi analisar as práticas de autocuidado dos idosos diabéticos em Instituições de Longa Permanência. Os objetivos específicos foram: caracterizar a população segundo variáveis sociodemográficas, condição de saúde diagnosticada e auto-percebida; determinar as práticas de autocuidado dos idosos diabéticos em Instituições de Longa Permanência; verificar se existe associação entre as práticas de autocuidado em idosos diabéticos institucionalizados e as variáveis investigadas.

De acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (Mestrado Acadêmico), esta dissertação foi estruturada em quatro capítulos, com apresentação de dois artigos, o primeiro artigo é uma revisão integrativa e o segundo artigo os quais serão encaminhados para publicação nos seguintes

periódicos: *Ciência & Saúde Coletiva* e *Cadernos de Saúde Pública*, respectivamente.

O primeiro capítulo refere-se à revisão de literatura com abordagem no envelhecimento e as instituições de longa permanência, focando o diabetes mellitus enquanto doença crônica, o autocuidado e a educação em saúde.

O segundo capítulo corresponde ao Método, onde é descrito o percurso metodológico para elaboração dos dois artigos científicos.

O terceiro capítulo refere-se ao artigo de revisão integrativa: “Estratégias educativas relacionadas ao autocuidado do portador de diabetes mellitus: revisão integrativa”. Que teve como objetivo revisar as estratégias educativas que contribuem para o autocuidado do portador de diabetes mellitus tipo 2, submetido à revista *Ciência & Saúde Coletiva*.

O quarto capítulo é composto pelo artigo original: “Práticas de autocuidado de Idosos Diabéticos Institucionalizados”. Objetivou analisar as práticas de autocuidado dos idosos diabéticos em Instituições de Longa Permanência, organizado nos moldes da revista *Cadernos de Saúde Pública*, cuja submissão será realizada após aprovação pela banca examinadora.

O quinto e último capítulo corresponde às considerações finais onde foram apresentadas as contribuições e recomendações do estudo para o autocuidado dos idosos diabéticos institucionalizados.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1. O Envelhecimento e as Instituições de Longa Permanência

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idoso o indivíduo a partir dos 65 anos em países desenvolvidos e 60 anos, nos países em desenvolvimento. No Brasil, a Política Nacional do Idoso (Lei nº. 8.842, Art.2º) entende como idosa a pessoa maior de 60 anos de idade¹⁵. O envelhecimento populacional é realidade mundial. No Brasil a população idosa evoluiu de 2,1 milhões em 1960, para 4,9 em 1980, em 2000 subiu para 14,6 milhões e com estimativa de atingir 32 milhões de habitantes em 2025. Nesta proporção o Brasil tornar-se-á o sexto país com maior população idosa do mundo ^{16,17}.

O aumento da população idosa contribui para a transição epidemiológica, onde se observa a prevalência das doenças crônicas, a maior utilização de medicamentos e exames de controle freqüentes, gerando elevação dos custos. Somados a isto, as incapacidades, a redução da disponibilidade de cuidado familiar, a inexistência de serviços de apoio social e de saúde, moradias com espaço físico reduzido e estruturas com riscos para quedas e a violência contra o idoso, são considerados fatores de risco para a institucionalização. Há uma tendência ao aumento da demanda por ILPIs no Brasil, embora as políticas priorizem a família como responsável pelo cuidado ao idoso ^{17,18}.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são mantidas por órgãos governamentais e não governamentais, destinadas a propiciar atenção integral em caráter residencial com condições de liberdade e dignidade, cujo publico alvo são as pessoas acima de 60 anos, com ou sem suporte familiar, de forma gratuita ou mediante remuneração¹⁹.

As atuais Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) derivam dos antigos asilos, que em sua formação inicial eram instituições de assistência social onde se abrigavam para sustento, cuidado e/ou educação de crianças, mendigos, doentes mentais e idosos ²⁰. Atualmente, as instituições de longa permanência para idosos são regulamentadas pela Vigilância Sanitária e devem prestar atendimento integral institucional ao seu público-alvo, pessoas de 60 anos e mais, dependentes ou independentes que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Elas devem buscar proporcionar serviços nas

áreas sociais, médica, psicológica, nutricional, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, entre outras, conforme necessidades de sua clientela²¹.

2.2. Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença prevalente, classificada como uma epidemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS)²². Sua incidência vem aumentando de modo alarmante nos países em desenvolvimento, principalmente devido ao crescimento e envelhecimento da população, à obesidade, aos fatores dietéticos e ao sedentarismo. Estima-se um aumento de 60% da prevalência na população adulta acima de 30 anos em 2025, sendo sua maior magnitude na faixa dos 45 aos 64²³⁻²⁵.

O diabetes é uma doença crônica degenerativa limitante, podendo levar a complicações como retinopatias, neuropatias, amputações, nefropatias e vasopatias. Essas complicações são responsáveis pelo impacto do alto custo social e financeiro do diabetes ao sistema de saúde, à família e à pessoa portadora da doença, contribuindo por acarretar prejuízos à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida^{26,27}.

As últimas diretrizes nacionais e internacionais classificam o DM em quatro categorias: DM tipo 1 (DM 1), DM tipo 2 (DM 2), Outros tipos e Diabete Gestacional²⁴. O DM tipo 1 se inicia geralmente antes dos 30 anos de idade, mas pode acometer indivíduos em qualquer faixa etária. Resulta da destruição autoimune das células beta-pancreáticas produtoras de insulina e seu tratamento exige o uso de insulina para impedir a cetoacidose diabética^{24,28}.

O DM tipo 2 é responsável por mais de 90% dos casos de DM, não tem componente autoimune, acontece em geral após os 30 anos, existe resistência à insulina, produção hepática excessiva de glicose e metabolismo anormal das gorduras, resultando em uma relativa deficiência desse hormônio²⁶. O tratamento em geral envolve dieta e agentes hipoglicemiantes orais, sem necessidade do uso de insulina²⁴⁻²⁹. Entretanto, com o passar do tempo, principalmente nos casos mal controlados, ocorre falência progressiva das células beta-pancreáticas, levando a insulino dependência⁸.

Ambos os tipos de diabetes podem resultar nas complicações tardias, embora um rígido controle sobre a glicemia pode retardar e diminuir a progressão do problema. Nesta perspectiva, acredita-se que as ações educativas junto ao paciente, família e comunidade têm um papel essencial no controle dessa enfermidade, uma vez que suas complicações estão

estritamente ligadas ao conhecimento para o cuidado pessoal diário adequado e ao estilo de vida saudável^{8,26}.

O idoso, em especial, necessita ser estimulado pelos profissionais de saúde a manter uma vida independente, adaptando-se da melhor maneira possível às modificações exigidas para o controle metabólico. As ações educativas contribuem para uma melhor qualidade de vida; mas é necessário considerar algumas questões para se obter resultados efetivos, como a fase do ciclo vital e suas peculiaridades⁸.

2.3 Autocuidado e Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) é uma morbidade relevante devido ao acometimento populacional crescente e à natureza incapacitante dos agravos decorrentes de suas complicações, exigindo cuidados contínuos na utilização de fármacos, podendo, ainda, acarretar prejuízos à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida. Entretanto, o controle glicêmico constitui um desafio na medida em que depende da mudança de hábitos, muitas vezes arraigados culturalmente e associados a questões subjetivas relacionadas ao modo de vida das pessoas^{30,31}.

Um dos aspectos relevantes para o tratamento do DM é o autocuidado, pois beneficia o estado de saúde, reduzindo custos decorrentes de internações e complicações e envolve parceria entre o profissional de saúde e o portador³¹.

O autocuidado pode ser compreendido como uma prática executada pelos indivíduos, em seu próprio benefício, com o objetivo da manutenção da vida e do bem-estar. O profissional de saúde deverá desenvolver estratégias, respeitando as potencialidades e limitações dos clientes, utilizando linguagem adequada e meios que facilitem a compreensão das orientações e ações de educação em saúde^{31,32,33}.

O autocuidado foi mencionado pela primeira vez, no campo da enfermagem, em 1958, quando a Enfermeira Dorothea Elizabeth Orem passou a refletir acerca do porquê os indivíduos necessitavam de auxílio da enfermagem e como podiam ser ajudados. A partir desta reflexão formulou a teoria sobre o déficit de autocuidado como uma teoria geral constituída por três teorias relacionadas: a teoria do autocuidado onde descreve e explica o autocuidado; a teoria do déficit do autocuidado que explica as razões pelas quais a enfermagem pode ajudar as pessoas; e a teoria dos sistemas de enfermagem, descreve as relações que são necessárias para estabelecer e manter a assistência de enfermagem³².

Os requisitos universais do autocuidado são comuns para todos os seres humanos e incluem a conservação do ar, água, alimentos, eliminação, atividade e descanso, solidão e interação social, prevenção de risco e promoção da atividade humana. Estes oito requisitos representam os tipos de ações humanas que proporcionam as condições internas e externas para manter a estrutura e a atividade, que apóiam o desenvolvimento e o envelhecimento humano^{31,32}.

A aptidão para o autocuidado é adquirido através da aprendizagem e é influenciada pela idade, experiências de vida, cultura, crenças e educação, entre outros fatores. O processo de enfermagem proposto por Orem é um método que visa determinar os déficits de auto-atendimento, bem como o papel desempenhado pelo enfermeiro, a fim de prever os requisitos necessários para atender as necessidades do cliente³³.

2.4 Instrumentos de Medida no Diabetes Mellitus

Para que se possa facilitar a identificação de problemas e subsidiar o planejamento de cuidados ao paciente com Diabetes Mellitus, os profissionais de saúde podem utilizar instrumentos de medida, como escalas e questionários³⁴.

Uma revisão integrativa realizada por Curcio, Lima e Alexandre (2011)³⁶ identificou oito instrumentos adaptados e validados para a cultura brasileira: Diabetes Mellitus Knowledge (DKN-A); Diabetes Mellitus Attitude (ATT-19); Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil); Diabetes Quality of Life for Youths (DQOLY-Brasil); Diabetes 39 (D-39); Insulin Management Diabetes Self-efficacy (IMDSES); Problem Areas in Diabetes (PAID) e Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (QAD)^{35,36}.

Desse âmbito, destaca-se o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD), versão traduzida e adaptada para a cultura brasileira por Michels *et al.* (2010) do instrumento Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (SDSCA) de Glasgow, Toobert e Hampson (2000), como estratégia de mensuração das atividades de autocuidado de pessoas com diabetes³⁵.

Dos questionários utilizados para avaliar a aderência ao autocuidado nos diabéticos, o *Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire* (SDSCA) tem sido um dos instrumentos mais usados em pesquisa³⁷. Foi desenvolvido para avaliar, de maneira sistematizada, a aderência às atividades de autocuidado no paciente diabético^{35,36}.

O SDSCA avalia cinco aspectos do regime de tratamento do diabetes, agrupados em seis dimensões do autocuidado: alimentação (geral e específica), atividade física, uso da medicação, monitorização da glicemia e o cuidado com os pés, avaliando também o tabagismo. O questionário traduzido e adaptado para o Brasil foi denominado "Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes" (QAD). O QAD possui seis dimensões e 15 itens de avaliação do autocuidado com o diabetes: "alimentação geral" (com dois itens), "alimentação específica" (três itens), "atividade física" (dois itens), "monitorização da glicemia" (dois itens), "cuidado com os pés" (três itens) e "uso da medicação" (três itens, utilizados de acordo com o esquema medicamentoso). Além disso, possui outros três itens para a avaliação do tabagismo. A tradução e a adaptação do QAD resultaram em um questionário com características e propriedades psicométricas semelhantes às do SDSCA³⁵.

A análise da aderência aos itens do questionário é parametrizada em dias da semana, de zero a sete, sendo zero a situação menos desejável e sete a mais favorável. O QAD é considerado um instrumento válido e confiável para medir a aderência ao autocuidado nos pacientes diabéticos tipo 2 em nosso meio^{35,36}.

2.5. Educação em Saúde como estratégia para o autocuidado

A educação em saúde é uma das estratégias que pode contribuir para reduzir a alta prevalência de complicações em pessoas com DM. Educar os pacientes com DM pode ter papel fundamental no incentivo e apoio para assumirem a responsabilidade no controle do dia a dia da sua condição³⁷.

Estudos^{33,34,37,38} definem a educação para o autocuidado como processo que facilita o conhecimento e as habilidades que envolvem práticas corporais, dietéticas, terapêuticas e outras realizadas pelo próprio paciente, para melhorar o controle metabólico e preservar ou melhorar a qualidade de vida com custos razoáveis³⁷. Torres *et al* (2009) ressaltam a importância de se alcançar a mudança de comportamento para o autogerenciamento dos cuidados através de programa de educação em grupo e individual, mediante a educação, a promoção em saúde e o acesso às informações dos profissionais de saúde. O incentivo as dinâmicas na educação em grupo proporcionam um fortalecimento para a educação em diabetes, uma vez que valorizam o relato das experiências dos próprios participantes, permitindo a todos um processo integrador para um melhor controle terapêutico da doença. A

utilização de estratégias como utilização de jogos e uma linguagem apropriada na prática educativa dos profissionais de saúde, permitem aos pacientes planejar melhor suas refeições, cumprir os horários e o regime alimentar, além da prática de exercícios físicos³⁹.

Ramos (2012) ressalta a importância de esforços governamentais e de todos os seguimentos da sociedade no sentido de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações relacionadas à doença. Por este motivo, o maior desafio para os profissionais de saúde frente às pessoas com diabetes consiste em ensiná-las a como conviver e manejar a doença diariamente³⁸. A observação da prática mostra que o enfermeiro é o sujeito da equipe multiprofissional que tem maior probabilidade de acompanhar as condições de saúde e doença do paciente, pois, em sua formação tem como uma das suas atribuições o papel de educador^{33,38}.

As ações educativas para o autocuidado representam um grande desafio em se tratando de pacientes idosos, tendo em vista que os aspectos fisiológicos inerentes a velhice podem influenciar na motivação e na habilidade do aprendizado para o manejo da doença³⁹. Entretanto, estudo randomizado utilizando intervenções educativas observou que a idade avançada encontrada na população não representou dificuldades na aprendizagem³⁸.

3 MÉTODO

Neste capítulo será descrito o método utilizado nos dois artigos: “Estratégias educativas relacionadas ao autocuidado do portador de diabetes mellitus: revisão integrativa” e “Práticas do Autocuidado de Idosos Diabéticos Institucionalizados”.

3.1 Primeiro artigo: Estratégias educativas relacionadas ao autocuidado do portador de diabetes mellitus: revisão integrativa

3.1.1 Escolha da abordagem

Este estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa, a qual acontece por um processo de exploração rigorosa e padronizada da literatura, abrindo caminho para análise e discussão da produção científica da área, de modo a promover conhecimento mais aprofundado do fenômeno estudado⁴⁰.

O referido método é um instrumento para a Prática Baseada em Evidências (PBE). A PBE caracteriza-se por uma abordagem voltada ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da assistência. A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente a revisões, pois, permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa dos fenômenos analisados⁴¹.

Para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, similares aos estágios de desenvolvimento de pesquisa convencional. São elas: 1ª etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2ª etapa estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão; 3ª definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados (categorização dos estudos); 4ª avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5ª interpretação dos resultados e a 6ª etapa representa a síntese e a apresentação da revisão^{42,43}.

A revisão integrativa é um método de pesquisa ainda incipiente para a área de Enfermagem, porém a sua contribuição traz melhoria para o cuidado prestado ao paciente e familiar. A síntese dos resultados de pesquisas relevantes e reconhecidas mundialmente,

facilitam a incorporação de evidências, agilizando a transferência de conhecimento novo para a prática⁴³.

3.1.2 Etapas percorridas para elaboração da revisão integrativa

Para a elaboração da revisão integrativa as seguintes fases foram percorridas: Primeira etapa: identificação do tema / pergunta norteadora, amostragem ou busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e a síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa⁴².

Para orientar a pesquisa, formulou-se a seguinte pergunta: Quais são as estratégias educativas utilizadas para estimular o autocuidado dos portadores de diabetes mellitus tipo 2?

A coleta de dados ocorreu durante o mês de novembro de 2013. Na segunda etapa houve a seleção dos artigos nas seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE), Base de Dados de enfermagem (BDENF). Empregaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Diabetes Mellitus, autocuidado e educação em saúde. Os critérios de inclusão dos artigos da presente revisão integrativa foram: artigos em texto completo disponível online, dos quais, os resumos descrevessem as estratégias educativas para o autocuidado de pacientes diabéticos e cujos dados fossem coletados no Brasil, publicados em inglês, espanhol e português. Publicados nos últimos dez anos, entre os anos de 2003 a 2013. Como critérios de exclusão: artigos de revisão, estudos repetidos em uma ou mais bases de dados, publicações referentes a resumos de congressos, anais, editoriais, comentários e opiniões. Nesta etapa foram encontrados 126 artigos.

Na terceira etapa, os artigos escolhidos passaram por uma pré-seleção por meio de leitura dos títulos e dos resumos. Ao término dessa fase restaram 21 artigos, em seguida, prosseguiu-se à leitura exploratória de cada artigo pré-selecionado e foram excluídos os trabalhos que não atendiam aos critérios de inclusão.

Na quarta fase foram aplicados dois instrumentos adaptados e validados, o Critical Appraisal Skill Programme (CASP) e Agency for Healthcare and Research and Quality (AHRQ). A CASP é um instrumento composto por 10 itens (máximo 10 pontos), abrangendo: 1) objetivo; 2) adequação metodológica; 3) apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos; 4) seleção da amostra; 5) procedimento para a coleta de dados; 6) relação

entre o pesquisador e pesquisados; 7) consideração dos aspectos éticos; 8) procedimento para a análise dos dados; 9) apresentação dos resultados; 10) importância da pesquisa⁴³. Nesta revisão apenas foram utilizados artigos com pontuação mínima de 6 pontos. Esta avaliação objetiva analisar o rigor metodológico: a identificação do artigo original, a clareza dos objetivos, o detalhamento e o rigor da metodologia aplicada nos artigos, os resultados e relevância da pesquisa.

O AHRQ é uma avaliação que classifica o nível de evidências dos estudos em 7 níveis de forma hierárquica, a saber: no nível 1, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas⁴⁴. Ao final da aplicação desses dois instrumentos, foram selecionados 09 artigos, publicados entre o período de 2006 a 2013.

Por fim, na sexta etapa, foi realizada a apresentação da revisão, no formato de artigo, contendo a explicação clara dos procedimentos empregados em todas as etapas anteriores.

3.2 Segundo artigo: Práticas do Autocuidado de Idosos Diabéticos Institucionalizados

3.2.1 Escolha da abordagem

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal com abordagem quantitativa. Os estudos transversais fornecem uma descrição instantânea na experiência do processo saúde/doença, que geralmente é dinâmica e evolutiva no tempo. Este tipo de estudo aborda populações bem definidas e sua abordagem é emblemática da abordagem empírica, conformando o clássico estudo observacional epidemiológico⁴⁴.

As investigações epidemiológicas e descritivas têm o objetivo de investigar a distribuição de um evento, em termos quantitativos, sugerindo possíveis fatores associados ao evento de interesse, como também servem para criar hipóteses sobre o assunto estudado⁴⁵.

Os estudos transversais apresentam vantagens pela facilidade de execução e análise, rapidez, baixo custo e pela possibilidade de se estudar várias exposições/ variáveis preditoras e doenças ou desfechos, com dados coletados apenas uma vez. Todavia, a vulnerabilidade a vieses a que está sujeito, em especial aos de seleção e de prevalência e seu baixo poder analítico impede a testagem de hipóteses de causalidade nos estudos transversais, limitando-se à testagem de hipóteses de associação⁴⁴.

3.2.2. Local do Estudo

A pesquisa foi realizada em nove Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI. Participaram do estudo 2 instituições públicas e 7 instituições filantrópicas, devidamente cadastradas pelo Instituto de Assistência Social e Cidadania (IASC) da Prefeitura do Recife, órgão responsável pela regulação e monitoramento dessas instituições. O quadro 1 detalha os nomes e os respectivos endereços das instituições do estudo.

Quadro 1 - Nomes e Endereços das Instituições de Longa Permanência para Idosos, Recife, 2013.

INSTITUIÇÕES	ENDEREÇO
1. Espaço Ieda Lucena (Pública)	Rua: Áureo Xavier, nº 95 Cordeiro - Recife/PE
2. Lar Porto Seguro (Pública)	Rua: Odete Monteiro, s/n Torre - Recife/PE
3. Associação Espírita Casa dos Humildes	Rua Henrique Machado, 110 Casa Forte - Recife/PE
4. Abrigo Lar de Maria – Centro Espírita Moacir	Rua Paula Batista, nº 205 Casa Amarela – Recife/ PE
5. Abrigo Lar de Jesus	Rua Vitorino Palmares, s/nº Torre – Recife/PE
6. Casa do Amor	Rua Ramiz Galvão, nº 218 Arruda Recife /PE
7. Instituto Padre Venâncio	Av. Afonso Olindense, 1764 Várzea Recife/PE

8. Abrigo Cristo Redentor (Alfredo Pereira Correia)	Av. Agamenon Magalhães, s/nº Jangadinha - Curado Recife/PE
9. Abrigo Espírita Batista de Carvalho (Lar das Vovozinhas)	Av. São Paulo, nº 373 Jardim São Paulo Recife/PE

Fonte: IASC - Instituto de Assistência Social e Cidadania

3.2.3 População do Estudo

A população deste estudo foi composta por idosos de ambos os sexos, institucionalizados, com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 registrado no prontuário da instituição, bem como, os que apresentavam boa cognição para responder aos questionamentos durante a entrevista. Foi considerada a definição de pessoa idosa, segundo a Política Nacional do Idoso (PNI - Lei nº 8.842/94), como àquela com idade equivalente ou superior a 60 anos⁴⁷. A população final correspondeu a 55 idosos diabéticos.

3.2.4. Critérios de Inclusão

- Idoso cadastrado em uma das ILPI da área do estudo;
- Ter idade mínima de 60 anos – condição que define pessoa idosa, de acordo com a Lei nº 8842/94, que trata sobre a política Nacional do Idoso;
- Possuir diagnóstico médico de diabetes explicitado no prontuário da ILPI;
- Idosos com cognição preservada capaz de responder ao questionário.

3.2.5. Procedimento e Instrumento

Os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2013, em local reservado, disponibilizado pela instituição, favorecendo privacidade entre o pesquisador e o idoso. Juntamente com a pesquisadora responsável participaram da coleta de dados, três alunos de iniciação científica e dois graduandos voluntários todos previamente treinados.

Para correção de possíveis inconsistências no protocolo de coleta de dados foi realizado um teste piloto em uma das instituições selecionadas para a pesquisa. A técnica de coleta dos dados foi a entrevista face a face, com registro das informações em questionário semi-estruturado (Apêndice - A).

Para avaliar o autocuidado dos idosos diabéticos nas instituições foi utilizado o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD)- (Anexo-A), versão traduzida e adaptada para a cultura brasileira por Michels *et al.* (2010) do instrumento Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (SDSCA) de Glasgow, Toobert e Hampson (2000), como estratégia de mensuração das atividades de autocuidado de pessoas com diabetes.

O QAD possui seis dimensões e 15 itens de avaliação do autocuidado com o diabetes: "alimentação geral" (com dois itens), "alimentação específica" (três itens), "atividade física" (dois itens), "monitorização da glicemia" (dois itens), "cuidado com os pés" (três itens) e "uso da medicação" (três itens, utilizados de acordo com o esquema medicamentoso). Além disso, possui outros três itens para a avaliação do tabagismo^{17,38}.

Foram atribuídos valores as respostas de acordo com a frequência com que realizavam determinada atividade nos dias da semana, com variação dos escores, de cada item, de zero a sete. O valor zero corresponde à situação menos desejável e sete ao mais favorável. Nos itens da dimensão "alimentação específica", os valores foram invertidos (7=0, 6=1,5=2, 4=3, 3=4, 2=5, 1=6, 0=7). A análise do tabagismo foi realizada por meio das frequências absoluta e relativa de fumantes na amostra³⁸.

3.2.7. Variáveis investigadas

3.2.7.1. Variável dependente

Práticas do autocuidado do idoso diabético institucionalizado em dias da semana, avaliadas por 6 dimensões do Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes – QAD.

1. Alimentação Geral:
 - 1.1 Dieta saudável,
 - 1.2 Seguir orientação alimentar por um profissional de saúde;
2. Alimentação Específica:
 - 2.1 Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais
 - 2.2 Ingerir alimentos ricos em gordura
 - 2.3 Ingeriu doces
3. Atividade física
 - 3.1. Realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos

- 3.2 Praticou algum tipo de exercício físico específico.
- 4. Monitorização da glicemia,
 - 4.1 Avaliou açúcar no sangue
 - 4.2 Avaliou açúcar no sangue a quantidade de vez recomendada.
- 5. Cuidados com os Pés,
 - 5.1 Examinou os pés
 - 5.2 Examinou dentro do sapato
 - 5.3 Secou os espaços entre os dedos
- 6. Medicação
 - 6.1 Tomou medicamento conforme recomendado
 - 6.2 Tomou injeção de insulina
 - 6.3 Tomou número indicado de comprimidos

3.2.7.2. Variáveis independentes

✓ Sóciodemográficas e econômicas:

Idade: em anos completos e agrupados por faixa etária - 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, mais de 80.

Estado conjugal: com companheiro, sem companheiro.

Tempo de institucionalização: menos de três anos; três anos ou mais.

Escolaridade: estudou até o primário e os que tinham 1º grau incompleto ou mais.

Situação previdenciária: aposentado (a), outros.

Rendimento pessoal: rendimento mensal total distribuído em até um salário mínimo, mais de um salário mínimo. Considerou-se o valor do salário mínimo correspondente ao ano de 2013 - Seiscentos e setenta e oito reais (R\$ 678,00).

✓ Condições de saúde: categorizada em: Boa e regular;

- Percepção subjetiva da visão: boa e regular.
- Percepção subjetiva da audição: boa, regular, ruim.
- Morbidade registrada em prontuário: sim e não.

3.2.8. Análise dos Dados

Ao término da coleta foi elaborado um banco de dados no programa Excel (versão 2007), com digitação em dupla entrada, sendo o mesmo transferido ao programa Epi Info 6.04 para a verificação e validação dos dados e transportados *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 14.0 para a análise dos valores descritivos da distribuição da população.

Na análise dos dados foram utilizadas as estatísticas descritivas. A estatística descritiva foi usada para sintetizar e descrever os dados⁴⁶. As variáveis contínuas foram descritas por média e desvio padrão e as variáveis categóricas com frequências absolutas e relativas expressas em porcentagens.

Para avaliar as associações do autocuidado dos idosos com as variáveis independentes foram utilizados os testes Qui-dadrado e Exato de Fisher. Foram considerados estatisticamente os testes com valores $p \leq 0,05$.

3.2.9. Risco e Benefícios

O estudo pôde ter causado riscos mínimos aos entrevistados, como o possível constrangimento para o idoso durante a entrevista.

Quanto aos benefícios, os resultados poderão contribuir na elaboração de um planejamento da assistência da equipe multiprofissional que trabalham na promoção da saúde do idoso diabético estimulando o autocuidado e empoderamento nas instituições. Outro benefício a ser citado foi o incentivo à pesquisa por alunos graduandos que participaram do estudo.

3.2.10. Aspectos Éticos

Este estudo está vinculado a um projeto maior intitulado: “PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO ASILAR”, no qual atendeu preceitos éticos presentes da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, que regula as pesquisas que envolvem seres humanos⁴⁷, com aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE – 02013112600005208) (Anexo-C).

A pesquisa foi iniciada após o consentimento do IASC – Instituto de Assistência Social e Cidadania/ Prefeitura de Recife através de carta de anuência (Anexo-B).

Todos os participantes desta pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos, dos riscos e benefícios do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)- (Apêndice-B).

4 ARTIGO DE REVISÃO

**Estratégias educativas relacionadas ao autocuidado do portador de diabetes mellitus:
revisão integrativa**

**Educational strategies related to self-care of patients with diabetes mellitus type 2:
literature review**

Autoras: Benvinda Pereira de Barros^I; Márcia Carréra Campos Leal^{II}

^IEnfermeira Especialista em Oncohematologia, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco, Brasil.

^{II}Doutora em Odontologia Preventiva e Social, Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil.

Resumo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de identificar as estratégias educativas relacionadas ao autocuidado do portador de diabetes mellitus tipo 2, disponíveis nas bases de dados: Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature end Retrieval System on Line (Medline), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), resultando em 09 artigos após aplicação dos critérios de elegibilidade. Foram encontradas modalidades educativas como: educação individual, atividades em grupo, monitoramento telefônico e visita domiciliar. Os temas utilizados para abordar a promoção em saúde do diabético incluem a fisiopatologia da doença, prevenção das complicações agudas e crônicas, importâncias da dieta, atividade física, cuidados com os pés, medidas antropométricas, exame da hemoglobina glicada, uso de medicamentos, sinais de hiper e hipoglicemia. As metodologias problematizadoras / construtivista são as mais aplicadas nas atividades de educação em saúde. A educação é a estratégia eficaz para promoção da saúde, mudança no estilo de vida e empoderamento do paciente diabético.

Abstract

This is an integrative literature review aimed at identifying educational strategies related to self-care of patients with diabetes mellitus type 2 , available in databases : *Latin American Literature on Health Sciences (LILACS)* , end *Retrieval System Medical Literature on Line (Medline)* , *Database of Nursing (BDENF)* resulting in 9 articles after applying the selection criteria for eligibility . Educational modalities were found as individual education, group activities, telephone monitoring and home visits . The themes used to address diabetic health promotion include the pathophysiology of the disease , preventing of acute and chronic complications , importance of diet , physical activity , foot care , anthropometric measurements , examination of glycated hemoglobin, use of medications , signs of hyper-and hypoglycemia . The questionable / constructivist methodologies are the most applied in the health education activities . Education is an effective strategy for promoting health, change in lifestyle and empowerment of the diabetic patient.

Keywords: diabetes mellitus, self care and health education

Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo¹. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), 11% da população (cerca de 5 milhões de pessoas) acima de 40 anos tem diabetes². A elevada incidência da doença representa uma grande perda econômica para o país notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento e complicações, como problemas cardiovasculares, renais, cirurgias para amputações de membros inferiores e consequentemente a aposentadoria precoce¹⁻². O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes tipo 2 em todo o mundo¹.

O cuidado ao paciente com DM inclui intervenções multidisciplinares e em todos os níveis de atenção à saúde. O sucesso destas intervenções depende da capacidade do paciente de assumir mudanças no estilo de vida, de manter os cuidados recomendados e, ainda, de ter iniciativa para identificar, resolver ou buscar auxílio para os problemas que surgem ao longo da doença. O desenvolvimento destas capacidades é favorecido pela educação³.

A educação em saúde e a participação dos usuários são elementos essenciais para que as mudanças pessoais e estruturais ocorram nas ações de promoção da saúde. Essas afirmativas estão presentes desde a primeira conferência internacional de saúde, através da Carta de Ottawa, de 1986⁵. A Organização Mundial de Saúde recomenda a educação para o autocuidado com vistas a prevenir e tratar as enfermidades crônicas⁴ e reconhece que é necessário que o indivíduo com diabetes adote habilidades de autocuidado que lhe permita controlar sua doença².

As ações de educação em saúde requerem a participação do usuário na mobilização, capacitação e desenvolvimento de aprendizagem, de habilidades individuais e sociais para lidar com os processos de saúde-doença, estendendo-se à concretização de políticas públicas saudáveis⁵.

Neste contexto de educação em saúde, o profissional dessa área é o principal mediador para que isso ocorra. Destaca-se que o mesmo é um educador preparado para propor estratégias, no intuito de oferecer caminhos que possibilitem transformações nas pessoas e comunidades. Para tanto, surge à necessidade de trabalhar com uma perspectiva moderna de

educação, despertando a consciência crítica das pessoas e grupos sociais, envolvendo-os nos aspectos relacionados à saúde. Neste modelo, o educador em saúde tem o papel de facilitador das descobertas e reflexões dos sujeitos sobre a realidade, sendo que os indivíduos têm o poder (empowered) e a autonomia de escolher as alternativas ⁶.

Para uma efetiva educação em pacientes diabéticos se faz necessário treinamento, conhecimento, habilidades pedagógicas, capacidade de comunicação e de escuta, compreensão e capacidade de negociação pela equipe multiprofissional em saúde⁷.

Dorothea Orem, em 1991, descreveu a Teoria do Déficit de Autocuidado relatando que o engajamento dos indivíduos nas práticas de autocuidado depende, em grande parte, de aspectos culturais, educacionais, relativos a habilidades e limitações pessoais, experiência de vida, estado de saúde e recursos disponíveis. Essa teoria estabelece a relação existente entre a capacidade de ação do indivíduo e a sua demanda para o autocuidado⁴⁻⁹.

Diante do exposto, buscamos na literatura um referencial teórico que pudesse fundamentar o presente estudo. Nesse sentido, selecionamos a prática baseada em evidências (PBE) que é uma abordagem que incorpora as evidências oriundas de pesquisas, a competência clínica do profissional e as preferências do cliente para o autocuidado. Consiste em um processo de busca, avaliação e aplicação de evidências científicas para o tratamento e gerenciamento da saúde. Para esse estudo, utilizamos como método, a revisão integrativa da literatura, a qual tem como finalidade reunir e sintetizar o conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado, ou seja, permite buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis para a sua incorporação na prática¹⁰.

Este artigo tem por objetivo revisar as estratégias educativas que contribuem para o autocuidado do portador de diabetes mellitus tipo 2.

Métodos

Este estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa, a qual acontece por um processo de exploração rigorosa e padronizada da literatura, abrindo caminho para análise e discussão da produção científica da área, de modo a promover conhecimento mais aprofundado do fenômeno estudado¹¹. Para a elaboração da revisão integrativa as seguintes fases foram percorridas: identificação do tema / pergunta norteadora, amostragem ou busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e a

síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa¹².

Para orientar a pesquisa, formulou-se a seguinte pergunta: Quais são as estratégias educativas utilizadas para estimular o autocuidado dos portadores de diabetes mellitus tipo 2?

A coleta de dados ocorreu durante o mês de novembro de 2013 e foram utilizadas na seleção dos artigos as seguintes bases de dados eletrônico: Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE), Base de Dados de enfermagem (BDENF). Empregaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Diabetes Mellitus, autocuidado e educação em saúde. Os critérios de inclusão dos artigos da presente revisão integrativa foram: artigos em texto completo disponível online, dos quais, os resumos descrevessem as estratégias educativas para o autocuidado de pacientes diabéticos e cujos dados fossem coletados no Brasil, publicados em inglês, espanhol e português, entre os anos de 2003 a 2013. Como critérios de exclusão: artigos de revisão, estudos repetidos em uma ou mais bases de dados, publicações referentes a resumos de congressos, anais, editoriais, comentários e opiniões.

Foram encontrados 126 artigos no total, os quais passaram por uma pré-seleção por meio de leitura dos títulos e dos resumos. Ao término dessa fase, restaram 21 artigos, em seguida, prosseguiu-se à leitura exploratória de cada artigo pré-selecionado e foram excluídos os trabalhos que não obedeciam aos critérios de inclusão.

Para avaliar os artigos selecionados foram aplicados dois instrumentos adaptados e validados, o Critical Appraisal Skill Programme (CASP) e Agency for Healthcare and Research and Quality (AHRQ). A CASP é um instrumento composto por 10 itens (máximo 10 pontos), abrangendo: 1) objetivo; 2) adequação metodológica; 3) apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos; 4) seleção da amostra; 5) procedimento para a coleta de dados; 6) relação entre o pesquisador e pesquisados; 7) consideração dos aspectos éticos; 8) procedimento para a análise dos dados; 9) apresentação dos resultados; 10) importância da pesquisa¹⁰. Nesta revisão apenas foram utilizados artigos com pontuação mínima de 6 pontos. Esta avaliação objetiva analisar o rigor metodológico: a identificação do artigo original, a clareza dos objetivos, o detalhamento e o rigor da metodologia aplicada nos artigos, os resultados e relevância da pesquisa.

O AHRQ é uma avaliação que classifica o nível de evidências dos estudos em 7 níveis de forma hierárquica, a saber: no nível 1, as evidências são provenientes de revisão

sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências provenientes de estudos de corte e de caso-controle bem delineados; nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas⁽¹⁶⁾. Ao final da aplicação desses dois instrumentos, foram selecionados 09 artigos, publicados entre o período de 2006 a 2013.

Resultados

Os artigos da base de dados MEDLINE foram excluídos, pois estavam repetidos na base LILACS. Foram predominantes os artigos em idioma Português, mas isto pode estar associado ao fato de a maioria dos estudos estar disponível na base de dados LILACS que abrange estudos da América Latina.

Em relação ao tipo de revista, sete artigos foram publicados em revista de enfermagem, um em revista médica e dois em revista de saúde pública. Quanto à autoria dos artigos incluídos, em todos os estudos havia a presença do Enfermeiro, em cada artigo foi possível identificar a formação do autor. Em sete artigos os autores eram todos enfermeiros, apenas dois artigos foram redigidos pela equipe multidisciplinar com enfermeiro, médico, psicólogo e nutricionista. Entre os 09 artigos analisados, observou-se que cinco faziam referência ao serviço de educação em saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais.

Quanto ao tipo de delineamento da pesquisa, evidenciou-se: sete estudos descritivos ou qualitativos e dois ensaios clínicos randomizados. Assim, em relação ao nível de evidência, utilizando o AHRQ, encontrou-se dois artigos com nível de evidência 2 e sete artigos com nível de evidência 6.

No Quadro 1, observa-se a caracterização das estratégias educativas para o autocuidado dos portadores de Diabetes tipo 2 desenvolvidas no Brasil, encontradas nesta revisão intergrativa^{2,13-20}.

Quadro 1- Distribuição das Estratégias educativas para o autocuidado dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2- Recife, 2013.

Variáveis	Estratégias Educativas Utilizadas	Nº de Artigos
Modalidades	<ul style="list-style-type: none"> • Educação em grupos, 	02
	<ul style="list-style-type: none"> • Educação individual e em grupo 	05
Educativas	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento telefônico, 	01
	<ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliar. 	01
Temas abordados	<ul style="list-style-type: none"> • Anatomia, 	08
	<ul style="list-style-type: none"> • Fisiopatologia, 	09
	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais e sintomas, 	09
	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado, 	02
	<ul style="list-style-type: none"> • Controle glicêmico, 	06
	<ul style="list-style-type: none"> • Plano alimentar, 	09
	<ul style="list-style-type: none"> • Atividade física, 	09
	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos, 	09
	<ul style="list-style-type: none"> • Complicações agudas e crônicas, 	08
	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidade, 	07
	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade de vida, 	03
	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado com os pés 	05
	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos psicológicos. 	02

Continuação quadro 1: Distribuição das Estratégias educativas para o autocuidado dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2- Recife, 2013.

Técnicas de Ensino	<ul style="list-style-type: none"> • Dinâmicas de círculos de discussões, • Jogos, • Passeio, • Relato de experiência. 	<p style="text-align: right;">01</p> <p style="text-align: right;">07</p> <p style="text-align: right;">01</p> <p style="text-align: right;">07</p>
Recursos Pedagógicos	<ul style="list-style-type: none"> • Figuras, • Frases escritas pelos próprios participantes, • Cartazes, • Dramatização • Música, • Cartilhas • <i>Role playing</i> • Folhetos. 	<p style="text-align: right;">07</p> <p style="text-align: right;">05</p> <p style="text-align: right;">08</p> <p style="text-align: right;">02</p> <p style="text-align: right;">01</p> <p style="text-align: right;">08</p> <p style="text-align: right;">01</p> <p style="text-align: right;">08</p>

Discussão

A educação em saúde é peça fundamental para o autocuidado e mudança no estilo de vida dos portadores de doenças crônicas. As estratégias educativas devem ser desenvolvidas com o objetivo de estimular os pacientes diabéticos a aderir ao tratamento, com a utilização de uma dieta adequada, práticas de exercício, tratamento medicamentoso, bem como a importância do retorno às consultas para o controle das taxas glicêmicas.

A *National Standards for Diabetes Self-Management Education* (DSME) assinala a importância do processo educativo com base nas necessidades educacionais da população, traduzidas pela história clínica do indivíduo, idade, influência cultural, crenças e atitudes em saúde, conhecimento sobre diabetes, disponibilidade para aprender, nível de escolaridade,

apoio familiar e situação financeira²².

Neste estudo houve destaque do enfermeiro em relação à produção científica e no papel de educador. Estudo nacional²³ demonstrou associação entre as atividades educativas realizadas pelo enfermeiro na consulta de enfermagem e o controle metabólico do diabetes tipo 2.

A escolha das estratégias educativas deve levar em consideração, além das necessidades individuais dos pacientes, os recursos disponíveis, o estímulo à continuação do tratamento, como também à capacitação dos profissionais de saúde.

Estudos apontam que a adesão terapêutica depende mais do profissional de saúde do que das características pessoais do paciente. Em particular, o cliente é mais adepto à prescrição quando conhece e confia no profissional que o atende. Assim, a aderência ao autocuidado deve estar embasada na confiança, no respeito aos anseios dos usuários, na escuta às suas necessidades, no estabelecimento de vínculo e autonomia, o que possibilita ao empoderamento construções de proposta terapêuticas para melhorias na saúde^{23,24}.

Neste estudo observou-se predomínio da educação em grupo quanto à modalidade educativa. Na literatura, existem numerosos relatos de intervenções educativas efetivas para o DM, porém, estes estudos são heterogêneos quanto aos tipos de intervenções e populações estudadas, não havendo um programa universal de educação em DM que possa ser padronizado e reconhecido como eficaz em todos os pacientes³. Estudo randomizado internacional compara o efeito da educação individualizada e em grupo mostrando a efetividade de ambas as modalidades, porém não se observa sobreposição de benefícios entre elas²⁴.

Estudo realizado em Belo Horizonte observou que o atendimento individual permitiu conhecer o indivíduo, seus anseios, seus hábitos de vida, suas práticas de gerenciamento do cuidado e a forma de estabelecer o processo educativo. As orientações foram realizadas de acordo com as necessidades de cada indivíduo, fortalecendo a ação educativa². Outro estudo brasileiro, avaliou a eficácia de um programa de grupo de educação em pacientes com diabetes tipo 2 e observou que o grupo que participou das intervenções educativas de grupo teve redução da hemoglobina glicada em quatro meses²⁵. Estes dados corroboram para a afirmativa da eficácia de ambas modalidades educativas.

A incorporação das novas tecnologias no processo educativo pode contribuir para melhorar os resultados obtidos até o momento com técnicas clássicas de educação em DM².

Um artigo incluído neste estudo utiliza o monitoramento telefônico como estratégia educativa¹⁵. Segundo Torres et. al (2013) essa estratégia possibilitou maior disponibilidade para o acesso à comunicação, bem como a comodidade em receber as informações sobre a doença em domicílio.

Nesta pesquisa não foi evidenciado a adaptação de estratégias educativas para diferenças culturais e faixa etária, entretanto barreiras culturais podem dificultar a comunicação entre educador e paciente. Uma revisão sistemática avaliou as características das intervenções bem-sucedidas e definiu que intervenções ajustadas para a cultura e idade do paciente, aconselhamento e participação de familiares foram os fatores associados ao maior benefício quando a educação foi fornecida a idosos, afrodescendentes e latinos³.

Quanto aos temas abordados para a promoção do autocuidado todos são condizentes com o plano terapêutico para o diabetes do Ministério da Saúde¹. Os profissionais da saúde podem utilizar as Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde como referencial teórico para a abordagem dos temas.

Na perspectiva de implementar uma proposta educativa para o DM, capaz de superar as abordagens convencionais de educação, encontra-se na teoria problematizadora/ libertadora de Paulo Freire subsídios que norteiam as ações de educação em saúde. Essa teoria proporciona ao educador e aos educandos a oportunidade de se tornarem agentes ativos, participantes da transformação social, possibilitando a ambos desenvolverem a capacidade de observar a realidade, refletir sobre ela e procurar meios possíveis de modificá-las²⁶.

Apesar da grande heterogeneidade das evidências e das dificuldades de padronização das intervenções, algumas recomendações estão apresentadas a seguir: a educação em saúde reduz os níveis glicêmicos; a educação individual e em grupos são efetivas, sendo esta última mais adequada para ser utilizada em saúde pública, por atingir um maior número de indivíduos; a adaptação cultural e a utilização de tecnologia devem ser incorporadas ao processo³.

A educação em Saúde engloba fatores como a cultura, a capacitação, a motivação e a qualidade das trocas do indivíduo com o sistema de saúde. As estratégias de “alfabetização” de saúde devem se concentrar em melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e pessoas com diabetes, fornecendo informações em uma variedade de formatos e buscando melhorar o acesso aos serviços de saúde. Para uma gestão eficaz, os pacientes precisam acessar as informações regularmente, recolher receitas, livro e assistir a várias consultas da

equipe multiprofissional, como médicos, enfermeiros, nutricionista e psicólogos. Os enfermeiros são muitas vezes a principal fonte de informação para os pacientes com diabetes, e as habilidades de comunicação eficazes são necessárias para desenvolver e manter o relacionamento terapêutico²⁷.

Considerações Finais

A escolha das estratégias de saúde deve considerar as singularidades de cada indivíduo, como: aspectos culturais, idade, nível de escolaridade, condições econômica e social. Entretanto, como base no presente estudo, evidenciou a necessidade de pesquisas que direcione as estratégias educativas para público especiais, como grupo de idosos, considerando as particularidades desse público e, sobretudo, por ser o de maior risco de desenvolver doenças crônicas, reflexo da transição demográfica e aumento da expectativa de vida.

O atendimento ao paciente com DM é multidisciplinar, a educação em saúde deve envolver todos os profissionais que mantêm contato com ele. Assim, um programa de educação em DM deve prever a capacitação destes profissionais. A metodologia problematizadora de Paulo Freire e a teoria do autocuidado de Orem podem auxiliar o processo de qualificação.

Neste estudo, também observamos a necessidade de pesquisas que esclarecessem sobre técnicas, metodologias de ensino e recursos pedagógicos que mais se aplicassem ao processo de educação em saúde para pacientes diabéticos.

Todos os estudos são unânimes em relação aos efeitos benéficos da educação em saúde no incentivo ao autocuidado do paciente diabético, seja realizada de forma individual ou em grupo. Neste estudo, o enfermeiro se destaca tanto como facilitador, pois a educação em saúde é eixo norteador da assistência de enfermagem; como em produção científica, visto que todos os artigos utilizados tinham enfermeiros como autores.

Referências

- 1 Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. Cadernos de atenção básica. Brasília – DF 2006.
- 2 Torres HC, Pereira FRL, Alexandre LR. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. Rev Esc Enferm. 2011; 45(5):1077-1082.
- 3 Grillo MFF, Neumann RC, Scain SF, Rozeno RF, Gross JL, Leitã CB. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. Revista da Associação Médica Brasileira. 2013; 59 (4): 400-4005.
- 4 Peixoto MRB. Divergências e convergências entre um modelo de assistência de enfermagem a pacientes diabéticos e a teoria do déficit de autocuidado de OREM. Rev Esc Enferm 1996;30(1):1-13.
- 5 Machado MFAS, Vieira NFCV. Health education: the family health teams' perspective and clients' participation. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2009; 17(2).
- 6 Souza LM; Wiliam Wegner; Gorinni MIPC. Educação em Saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. Rev Latino-am Enfermagem. 2007 ; 15(2): 15-23.
- 7 Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 4 th ed. St. Louis: Mosby, 1991.
- 8 Baquedano IR, Santos MA, Teixeira CRS, Martins TA, Zanet ML. Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em Serviço de Urgência no México. Rev Esc Enferm 2010; 44(4):1017-1023.
- 9 Zanetti ML, Otero LM, Peres DS, Santos MA, Guimarães FPM, Foss MC. Evolução do tratamento de pacientes diabéticos utilizando o protocolo staged diabetes management. Acta Paul Enferm 2007; 20(3):338-344.
- 10 Silveira RCCP, Galvão CM. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. Acta Paul Enferm 2005;18(3):276-84.
- 11 Moscheta MS, Manoel AS. Grupos de apoio para homens com câncer de próstata: revisão integrativa da literatura. Ciênc. Saúde Coletiva 2012; 17(5):1225-1233.
- 12 Mendes KDS, Silveira Renata CCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto enferm 2008; 17 (4):758-64.
- 13 Comiotto G, Martins JJ. Promovendo o autocuidado ao individuo portador de diabetes: da hospitalização ao domicílio. Arquivos Catarinenses de Medicina 2006; 35 (3):59-64.

- 14 Torres HC, Souza ER, Lima MHM, Bodstein RC. Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. *Acta paul. enferm.* [online]. 2011, 24(4):514-519.
- 15 Torres HC, Reis IA, Roque C, Faria P. Monitoramento telefônico como estratégia educativa para o autocuidado das pessoas com diabetes na atenção primária. *Cienc. enferm.* 2013; 19(1):95-105.
- 16 Pereira DA, Costa NMSC, Sousa ALL, Jardim PCBV, Zanini CRO. The effect of educational intervention on the disease knowledge of diabetes mellitus patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* . 2012; 20 (3):478-485.
- 17 Oliveira NF, Munari DB, Bachion MM, Santos WS, Santos QR. Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos. *Rev. esc. enferm. USP* .2009; 43(3):558-565.
- 18 Torres HC, Franco LJ, Stradioto MA, Hortale VA, Schall VT. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43(2):291-298.
- 19 Rodrigues FFL, Zanetti ML, Santos MA, Martins TA, Sousa VD, Teixeira CRS. Knowledge and attitude: important components in diabetes education. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* .2009; 17(4):468-473.
- 20 Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes APM. Knowledge on diabetes mellitus in the self care process. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* .2006; 14(5): 728-734.
- 21 Torres H C, Roque C, Nunes C. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. *Rev. enferm. UERJ*, 2011;19 (1):89-93.
- 22 Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas L, Hoseney GM, Jensen B, et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Care.* 2008; 31(1):12-54.
- 23 Scain SF, Friedman R, Gross JL. Type 2 diabetic patients attending a nurse educator have improved metabolic control. *Diabetes Res Clin Pract*, 2007; 77 : 399–404.
- 24 Taddeo PS, *et. al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17 (11) : 2923-2930.
- 25 Scain SF, Friedman R, Gross JL. A structured educational program improves metabolic control in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Educator*, 2009; 35: 603–611.
- 26 Rêgo MAB, Nakatani AYK, Bachion MM. Educação em Saúde com estratégia educativa de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. *Rev. Gaúcha Enfem*, 200; 27 (1): 60-70.
- 27 Stiles Ella. Promoting health literacy in patients with diabetes. *Nursing standard.* 2011; 26(8): 35-40.

5 ARTIGO ORIGINAL

Práticas do Autocuidado de Idosos Diabéticos Institucionalizados

Practices of self-care of elderly diabetics in asylums

Prácticas de autocuidado de los diabéticos de edad avanzada en Instituciones

Autora: Benvinda Pereira de Barros

^IEnfermeira Especialista em Oncohematologia, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco, Brasil.

^{II}Doutora em Odontologia Preventiva e Social, Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil.

Resumo

O envelhecimento populacional é crescente no Brasil alterando o perfil de morbimortalidade com predomínio das doenças crônico-degenerativas, dentre elas, a diabetes mellitus. O processo de transição epidemiológica ocorre num contexto de mudanças socioculturais, econômicas e na configuração dos arranjos familiares. Tal fato corrobora a necessidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Este estudo objetiva analisar as práticas de autocuidado dos idosos diabéticos em ILPI. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, quantitativo. Realizado em 9 instituições, entre janeiro e maio de 2013, em Recife. Para observar associação entre as variáveis dependentes e independentes foram utilizados Teste do Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher. Houve predominância (73%) do gênero feminino, faixa etária maior que 69 anos (77%), baixa adesão para atividade física 91%. Na análise bivariada a prática do cuidado com os pés estava associada à saúde autopercebida e percepção da visão. Conclui-se que há necessidade de intervenções educativas para um melhor autocuidado no contexto asilar.

Palavras Chaves: Idoso, Autocuidado, Diabetes Mellitus, Educação em Saúde.

Abstract

The aging population is growing in Brazil by changing the profile of morbidity and mortality with prevalence of chronic degenerative diseases, among them diabetes mellitus. The epidemiological transition process occurs in a context of socio-cultural, economic and changing of family structure configuration. This corroborates the need of Institutions for the Aged(asylum). This study aims to analyze the practices of self-care of elderly diabetics in asylums. This is a descriptive, cross-sectional, quantitative study . It was performed in 9 institutions, between January and May 2013, in Recife. To observe the association between dependent and independent variables, Chi- square and Fisher's exact test were used. According the results, it was predominated female (73%), more than 69 years age group (77 %) , poor adherence to physical activity 91 % . In bivariate analysis, the practice of foot care was associated with self-perceived health and perception of vision. It is concluded that there is need of education for better self-care in the context of asylum.

Keywords : elderly , self care , diabetes mellitus , health education

Resumen

El envejecimiento de la población es creciente en Brasil, cambiando el perfil de la morbilidad y la mortalidad y el predominio de las enfermedades degenerativas crónicas, entre ellas la diabetes mellitus. El proceso de transición epidemiológica ocurre en un contexto de cambios socio-culturales, económicos y en configuración de la estructura de la familia. Esto corrobora la necesidad de las Instituciones de Larga Permanencia para Ancianos (ILPA). Este estudio tiene como objetivo analizar las prácticas de autocuidado de los diabéticos de edad avanzada en ILPA. Se trata de un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. Realizado en 9

instituciones, entre enero y mayo de 2013, en Recife. Para observar la asociación entre las variables dependientes e independientes se utilizaron Chi-cuadrado y Teste Exacto de Fisher. Hubo predominancia (73%) del género femenino, con el grupo de más de 69 años de edad (77%), baja adhesión a la actividad física (91%). En el análisis bivariado, la práctica del cuidado de los pies se asoció con la salud autopercebida y la percepción de la visión. Se concluye que existe una necesidad de la educación para un mejor autocuidado en el contexto del asilo.

Palabras claves: Ancianos , Autocuidado , Diabetes Mellitus, Educación para la Salud

Introdução

O Brasil vem apresentando envelhecimento populacional crescente, resultante da redução das taxas de natalidade que vem ocorrendo desde os anos 60, e a diminuição progressiva das taxas de mortalidade, a partir dos anos 40. Estima-se que em 2050, haverá 226 pessoas com 60 anos ou mais para cada 100 crianças e adolescentes¹.

O número crescente de idosos na população mundial e brasileira acarretou em mudança importante no perfil de morbimortalidade com predomínio das doenças crônico-degenerativas². Dentre as doenças crônicas, o diabetes mellitus (DM) destaca-se como importante causa de morbidade e mortalidade, especialmente entre os idosos. O acelerado ritmo envelhecimento da população, a maior tendência ao sedentarismo e os inadequados hábitos alimentares, além de outras mudanças sócio-comportamentais, contribuem para os crescentes níveis de incidência e prevalência do diabetes, bem como de mortalidade pela doença³.

Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil evidenciou a influência da idade e observou incremento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4% na de 60 a 69 anos, ou seja, um aumento de 6,4 vezes⁴. O Diabetes Mellitus do tipo 2 (DM2) é a forma presente em 90% a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina, podendo ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos⁴.

O envelhecimento populacional está ocorrendo em um contexto de grandes mudanças sociais, culturais, econômicas, institucionais, no sistema de valores e na configuração nos arranjos familiares. Embora a legislação brasileira, Lei nº 8.842/94, estabeleça que o cuidado dos membros dependentes deva ser responsabilidade das famílias, este se torna cada vez mais escasso, em função da redução da fecundidade, das alterações no tamanho das famílias, por mudança em sua composição, e da crescente participação da mulher (tradicional cuidadora) no mercado de trabalho. Essa política prevê ainda, que o Estado juntamente com a família e sociedade devem assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e o direito à vida.

Diante desse contexto, uma das alternativas de cuidados não-familiares existentes corresponde às instituições de longa permanência para idosos (ILPIs)⁵⁻⁷. Para a Agência nacional de vigilância sanitária, ILPIs são instituições governamentais ou não-

governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania⁶. A condição de institucionalização, em alguns casos, pode representar rompimento do convívio familiar, abandono, isolamento social e a inatividade física em decorrência do manejo técnico inadequado e dos custos altos dos serviços de apoio³. Porém, há consenso de que, em muitos momentos, a ILPI se torna alternativa importante, uma opção voluntária e esperada, devendo assegurar a qualidade de vida das pessoas⁸.

Em se tratando de idoso diabético institucionalizado o maior desafio para os profissionais consiste em ensiná-lo a conviver e manejar a doença diante das situações que se apresentam diariamente em seu meio. Neste cenário se evidencia a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno^{9,10}.

A educação é um dos pontos fundamentais no tratamento do DM, sendo também necessária a motivação do indivíduo para a aquisição de novos conhecimentos e para o desenvolvimento das habilidades nas mudanças de hábitos. As ações educativas para portadores de diabetes devem estar voltada para a construção de conhecimentos que favoreçam o autocuidado e a autonomia das pessoas, na perspectiva de que possam prevenir complicações e, principalmente, para a melhoria da qualidade de vida¹¹.

Para Dorothea Orem, teórica de Enfermagem, a teoria do Autocuidado focaliza a importância de reconhecer a pessoa como aquela que tem direito de exercer o controle sobre si e sobre sua assistência. Na educação para o autocuidado, o indivíduo deve participar da decisão, considerando seus valores, crenças, nível de conhecimento, habilidades e motivação^{11,12}. Diante do exposto, este trabalho tem o objetivo de analisar as práticas de autocuidado dos idosos diabéticos em Instituições de Longa Permanência.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em nove Instituições de Longa Permanência para Idosos, sendo 2 públicas e 7 filantrópicas devidamente cadastradas pelo Instituto de Assistência Social e Cidadania (IASC) da Prefeitura do Recife, órgão responsável pela regulação e monitoramento dessas instituições.

A população foi composta por idosos de ambos os sexos, institucionalizados, no qual foi considerada a definição de pessoa idosa, segundo a Política Nacional do Idoso (PNI - Lei nº 8.842/94), como àquela com idade equivalente ou superior a 60 anos¹³.

A seleção dos indivíduos que fizeram parte desta pesquisa foi composta pela investigação de todos os idosos cadastrados nas ILPI's supracitadas, e incluídas ao estudo àqueles que tinham o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 registrado em prontuário da instituição, bem como os que apresentavam cognição preservada capaz de responder ao questionário.

Para avaliar o autocuidado dos idosos diabéticos foi utilizado o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD), versão traduzida e adaptada para a cultura brasileira por Michels *et al.* (2010) do instrumento Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (SDSCA) de Glasgow, Toobert e Hampson (2000). O QAD possui seis dimensões e 15 itens de avaliação do autocuidado com o diabetes: "alimentação geral" (dois itens), "alimentação específica" (três itens), "atividade física" (dois itens), "monitoração da glicemia" (dois itens), "cuidado com os pés" (três itens) e "uso da medicação" (três itens, utilizados de acordo com o esquema medicamentoso) e tabagismo (três itens)¹⁴.

Foram atribuídos valores às respostas de acordo com a frequência com que realizavam determinada atividade nos dias da semana, com variação dos escores, de cada item, de zero a sete. O valor zero corresponde à situação menos desejável e sete ao mais favorável. Nos itens da dimensão "alimentação específica", os valores foram invertidos (7=0, 6=1, 5=2, 4=3, 3=4, 2=5, 1=6, 0=7). A análise do tabagismo foi realizada por meio das frequências absoluta e relativa de fumantes na amostra¹⁴.

O rol das variáveis independentes foi constituído por variáveis sociodemográficas (tempo de institucionalização, sexo, idade, escolaridade, número de filhos e estado conjugal), econômicas (situação previdenciária e rendimento pessoal) e relativas à condição de saúde (situação de saúde, visão e audição autopercebida). Para a complementação dos dados referentes à condição de saúde, morbidades, tipo e quantidade de medicamentos foram coletadas nos prontuários dos idosos.

Os dados foram coletados no período de Janeiro a Maio de 2013, em local reservado, disponibilizado pela instituição, favorecendo privacidade entre o pesquisador e o idoso. Juntamente com a pesquisadora responsável, participaram da coleta de dados três alunos de iniciação científica e dois graduandos voluntários, todos foram previamente treinados.

Para correção de possíveis inconsistências no protocolo de coleta de dados foi realizado um teste piloto em das instituições selecionadas para a pesquisa. A técnica de coleta escolhida foi a entrevista, com a aplicação de um questionário semi-estruturado.

Ao término da coleta foi elaborado um banco de dados no programa Excel (versão 2007), com digitação em dupla entrada, sendo o mesmo transferido ao programa Epi Info 6.04 para a verificação e validação dos dados e transportados *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 14.0 onde foram analisados.

Para avaliar as associações do autocuidado dos idosos com as variáveis independentes foram utilizados os testes estatístico qui-dadrado e Exato de Fisher. Foram considerados estatisticamente significativos os testes com valores de $p \leq 0,05$.

Este estudo está vinculado a um projeto maior intitulado: “PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO ASILAR”, no qual atendeu preceitos éticos presentes da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, que regula as pesquisas que envolvem seres humanos, com aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE – 02013112600005208). Todos os participantes desta pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos, dos riscos e benefícios do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

A população de estudo foi constituída por 55 idosos portadores de Diabetes Melitus tipo 2, registrados em prontuários da instituição. A maioria dos idosos (91%) residia em instituições filantrópicas e 36,4% residiam nessas instituições há mais de 5 anos. Destacam-se, na caracterização sociodemográfica, predominância do gênero feminino (72,7%) e faixa etária maior que 69 anos (76,4%). Quanto ao estado conjugal 91% não tinham companheiros e 9% eram casados ou tinham companheiro. Observou-se que o maior percentual de idosos 54,5% tinha filhos. Concernente à escolaridade 55% tinham até o primário e 45% possuíam o primeiro grau incompleto ou mais.

Quanto à situação previdenciária 76,4% dos idosos eram aposentados e 83% recebiam até um salário mínimo.

A respeito da condição de saúde autopercebida observou-se que 71% dos idosos referiam sua saúde como boa e 29% regular, 70% consideram boa a visão e 82% referem ter a audição ótima ou boa.

Os resultados obtidos no questionário QAD incluem dados sobre: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidado com os pés, medicação e tabagismo. Para facilitar a análise dos resultados, as atividades do QAD foram categorizadas em ruim (escores de 0 - 3) ou boa (escores de 4 a 7).

Seguir uma dieta saudável foi considerado bom em 87% dos idosos, ruim em 43% para a ingestão de cinco ou mais porções de frutas e verduras, ruim (53%) para ingestão alimentos ricos em gorduras, carnes vermelhas ou derivados do leite e 92,8% considerados bons quanto a ingerir doces. Foram considerados ruins: 91% em relação à prática do exercício físico, 60% quanto à avaliação do açúcar no sangue, 40% quanto ao exame dos pés. O uso dos medicamentos foi considerado bom em 92,7%.

Com relação ao tabagismo 44 idosos (80%) referiram não ter fumado um cigarro, mesmo que uma tragada, durante os últimos sete dias; 14% dos idosos afirmaram ter fumado pelo menos um cigarro na última semana.

A tabela 1 mostra avaliação das associações entre idade, sexo, escolaridade, condição de saúde autopercebida, visão autopercebida, morbidade registrada no prontuário e a variável alimentação geral, utilizando-se do teste exato de Fisher. Nestas associações, constatou-se o $p > 0,05$, o que representa não haver associações entre elas.

Tabela 1: Associação entre o item Alimentação Geral do QAD e as variáveis: sexo, idade, escolaridade, saúde e visão autopercebida e morbidades registradas - Recife, 2013.

Características	Alimentação geral		Valor p*
	Ruim	Boa	
	N(%)	N(%)	
Sexo do idoso			0,173
Masculino	3 (21,4)	11 (78,6)	
Feminino	3 (7,5)	37 (92,5)	
Idade(anos)			1,000
60 a 69	1 (8,3)	11 (91,7)	
70 a 79	3 (12,0)	22 (88,0)	
Mais de 80	2 (11,8)	15 (88,2)	

Escolaridade			1,000
Até o primário	2 (12,5)	14 (87,5)	
1º grau incompleto ou mais	2 (14,3)	12 (85,7)	
Saúde autopercebida			1,000
Boa	4 (10,5)	34 (89,5)	
Regular	2 (12,5)	14 (87,5)	
Você considera sua visão			1,000
Boa	4 (11,1)	32 (88,9)	
Regular	1 (6,3)	15 (93,8)	
Morbidade registrada no prontuário			1,000
Sim	6 (11,8)	45 (88,2)	
Não	0 (0,0)	3 (100,0)	

*Teste exato de Fisher

A Tabela 2 mostra avaliação das associações entre idade, sexo, escolaridade, condição de saúde autopercebida, visão autopercebida, morbidade registrada no prontuário e a variável controle da glicemida, utilizando-se os testes qui-quadrado e exato de Fisher. Nestas associações, constatou-se que o valor $p > 0,05$, o que representa não haver associações entre elas.

Tabela 2. Associação entre o item Monitoramento da glicemia do QAD e as variáveis: sexo, idade, escolaridade, saúde e visão autopercebida e morbidades registradas - Recife, 2013.

Características	Controle da glicemia		Valor p
	Ruim	Boa	
	N(%)	N(%)	
Sexo do idoso			0,247
Masculino	8 (53,3)	7 (46,7)	
Feminino	28 (70,0)	12 (30,0)	
Idade(anos)			0,386*
60 a 69	9 (69,2)	4 (30,8)	
70 a 79	14 (56,0)	11 (44,0)	
Mais de 80	13 (76,5)	4 (23,5)	
Escolaridade			1,000*
Até o primário	9 (52,9)	8 (47,1)	
1º grau incompleto ou mais	8 (57,1)	6 (42,9)	
Saúde autopercebida			0,115
Boa	23 (59,0)	16 (41,0)	
Regular	13 (81,3)	3 (18,8)	
Você considera sua visão			0,088
Boa	21 (56,8)	16 (43,2)	
Regular	13 (81,3)	3 (18,8)	
Morbidade registrada no prontuário			0,272*
Sim	35 (67,3)	17 (32,7)	
Não	1 (33,3)	2 (66,7)	

*Teste exato de Fisher.

A Tabela 3 mostra avaliação das associações entre idade, sexo, escolaridade, condição de saúde autopercebida, visão autopercebida, morbidade registrada no prontuário e a variável

cuidado com os pés, utilizando-se os testes qui-quadrado e exato de Fisher. Foram constatadas associações significantes com saúde autopercebida e percepção visual. O cuidado ruim com os pés foi menos prevalente entre os idosos com saúde autopercebida regular e idosos com percepção visual também regular.

Tabela 3. Associação entre o item Cuidado com os pés do QAD e as variáveis: sexo, idade, escolaridade, saúde e visão autopercebidas e morbidades registradas- Recife, 2013.

Características	Cuidado com os pés		Valor p
	Ruim	Boa	
	N(%)	N(%)	
Sexo do idoso			0,583
Masculino	7 (46,7)	8 (53,3)	
Feminino	15 (38,5)	24 (61,5)	
Idade(anos)			0,938*
60 a 69	5 (38,5)	8 (61,5)	
70 a 79	11 (44,0)	14 (56,0)	
Mais de 80	6 (37,5)	10 (62,5)	
Escolaridade			0,725*
Até o primário	7 (41,2)	10 (58,8)	
1º grau incompleto ou mais	7 (50,0)	7 (50,0)	
Saúde autopercebida			0,033
Boa	19 (50,0)	19 (50,0)	
Regular	3 (18,8)	13 (81,3)	
Você considera sua visão			0,034
Boa	18 (50,0)	18 (50,0)	
Regular	3 (18,8)	13 (81,3)	

Continuação tabela 3: Associação entre o item Cuidado com os pés do QAD e as variáveis: sexo, idade, escolaridade, saúde e visão autopercebidas e morbididades registradas- Recife, 2013.

Morbidade registrada no prontuário			0,560*
Sim	20 (39,2)	31 (60,8)	
Não	2 (66,7)	1 (33,3)	

*Teste exato de Fisher.

A Tabela 4 mostra avaliação das associações entre idade, sexo, escolaridade, condição de saúde autopercebida, visão autopercebida, morbidade registrada no prontuário e a variável medicamento, utilizando-se o teste exato de Fisher. Nestas associações, constatou-se que o valor $p > 0,05$, o que representa não haver associações entre elas.

Tabela 4. Associação entre o item Medicação do QAD e as variáveis sexo, idade, escolaridade, saúde e visão autopercebidas e morbididades registradas- Recife, 2013.

Característica	Medicamento		Valor p*
	Ruim	Boa	
	N(%)	N(%)	
Sexo do idoso			0,298
Masculino	2 (13,3)	13 (86,7)	
Feminino	2 (5,0)	38 (95,0)	
Idade(anos)			0,345
60 a 69	1 (7,7)	12 (92,3)	
70 a 79	3 (12,0)	22 (88,0)	
Mais de 80	0 (0,0)	17 (100,0)	
Escolaridade			0,452
Até o primário	0 (0,0)	17 (100,0)	
1º grau incompleto ou mais	1 (7,1)	13 (92,9)	
Saúde autopercebida			0,571

Continuação tabela 4: Associação entre o item Medicação do QAD e as variáveis sexo, idade, escolaridade, saúde e visão autopercebidas e morbidades registradas- Recife, 2013.

Boa	2 (5,1)	37 (94,9)	
Regular	2 (12,5)	14 (87,5)	
Você considera sua visão			0,213
Boa	1 (2,7)	36 (97,3)	
Regular	2 (12,5)	14 (87,5)	
Morbidade registrada no prontuário			1,000
Sim	4 (7,7)	48 (92,3)	
Não	0 (0,0)	3 (100,0)	

*Teste exato de Fisher.

A avaliação das associações entre idade, sexo, escolaridade, condição de saúde autopercebida, visão autopercebida, morbidade registrada no prontuário e a variável atividade física contatou o valor $p > 0,05$, o que representa não haver associações entre elas (Tabela 5). Utilizou-se o teste exato de Fisher.

Tabela 5- Associação entre o item Atividade Física do QAD e as variáveis sexo, idade, escolaridade, saúde e visão autopercebidas e morbidades registradas- Recife, 2013.

Características	Atividade física		Valor p*
	Ruim	Boa	
	N(%)	N(%)	
Sexo do idoso			0,565
Masculino	15 (100,0)	0 (0,0)	
Feminino	36 (90,0)	4 (10,0)	
Idade (anos)			0,070
60 a 69	12 (92,3)	1 (7,7)	
70 a 79	25 (100,0)	0 (0,0)	
Mais de 80	14 (82,4)	3 (17,6)	

Continuação tabela 5: Associação entre o item Atividade Física do QAD e as variáveis sexo, idade, escolaridade, saúde e visão autopercebidas e morbidades registradas- Recife, 2013.

Escolaridade			0,488
Até o primário	15 (88,2)	2 (11,8)	
1º grau incompleto ou mais	14 (100,0)	0 (0,0)	
Saúde autopercebida			0,069
Boa	38 (97,4)	1 (2,6)	
Regular	13 (81,3)	3 (18,8)	
Você considera sua visão			0,077
Boa	36 (97,3)	1 (2,7)	
Regular	13 (81,3)	3 (18,8)	
Morbidade registrada no prontuário			1,000
Sim	48 (92,3)	4 (7,7)	
Não	3 (100,0)	0 (0,0)	

*Teste exato de Fisher.

Discussão

Neste estudo observamos que muitas das atividades de autocuidado dos idosos institucionalizados eram controladas pela instituição, como: administração de medicamentos, controle da glicemia, preparação e horário das refeições. Situações estas, que interferem na avaliação do autocuidado para o diabetes. Nas instituições asilares de longa permanência a dependência física é muitas vezes estimulada, pois os próprios funcionários preferem ajudar os idosos nas suas atividades, quando esses já apresentam inabilidade para executar tarefas simples, embora não sejam incapazes para fazê-las¹⁵.

A teoria de Orem¹⁶ salienta que os déficits de autocuidado são identificados quando as ações do paciente são consideradas insuficientes ou inadequadas para atender as suas demandas terapêuticas ou se existir uma incapacidade potencial para satisfazê-las. Desta forma, as ações do cuidado devem ser estimuladas considerando as necessidades e preferências dos próprios indivíduos e não das percepções do profissional.

As características socioeconômicas e clínicas assemelharam-se a outros estudos com população de idosos institucionalizados, prevalecendo o sexo feminino, o baixo nível de escolaridade, aposentados com renda familiar mensal inferior a media nacional^{1-3,17}. O

número de mulheres idosas é maior que o de homens, em consequência das maiores taxas de mortalidade experimentadas pelos homens e à maior longevidade das mulheres¹⁸.

A baixa escolaridade pode está relacionada às dificuldades de acesso à escola no passado¹⁸, esta condição representa um fator que influencia nas complicações crônicas, pela limitação do acesso às informações, em função do comprometimento das capacidades de leitura e escrita, afetando a compreensão das atividades de educação para a prevenção. Neste sentido, o profissional de saúde deve utilizar uma linguagem simples e clara no momento das suas orientações educativas.

A faixa etária acima de 65 anos foi predominante. Um estudo realizado no México avaliou a capacidade de autocuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 num serviço de urgência observou que é preciso considerar a média de idade superior a 65 anos dos sujeitos. Pessoas que se encontram nessa etapa do desenvolvimento têm exigências de autocuidado relacionadas à própria fase do ciclo vital, bem como a presença de comorbidades e complicações crônicas advindas do não controle metabólico¹⁹.

Foi constatado que a maioria dos idosos afirmou seguir uma dieta saudável, no entanto, não foram condizentes quando questionados quanto à ingestão de frutas e verduras e o controle de alimentos gordurosos. A adesão a não ingestão de doces foi significativa. A associação entre a condição de ser diabético e a não utilização de doces e açúcar é popularmente difundida. Estudos apontam a dificuldade em seguir as orientações dos profissionais, sendo a alimentação um desafio relevante para as pessoas que convivem com o DM²⁰⁻²¹.

A prática da atividade física entre os idosos diabéticos entrevistados mostrou-se ruim (91%). Almer et. al¹⁹ (2012) ao investigar a associação entre intensidade da atividade física e controle do diabetes, observaram o aumento da sobrevida e a diminuição dos níveis glicêmicos em idosos que realizam atividades físicas por mais de 30 minutos. Os programas de atividade física estão inseridos no contexto do envelhecimento ativo, pois podem reduzir os efeitos deletérios do processo de envelhecimento. Além de contribuir para a perda de peso, reduzir a resistência insulínica e melhorar o bem estar^{19,22}.

O cuidado ruim com os pés esteve menos prevalente entre os idosos com saúde autopercebida regular e idosos com percepção visual regular nesta pesquisa. Entretanto, estudo brasileiro¹⁷ avaliou a dependência na auto-avaliação dos pés, em grupo de idosos, observou que esta condição estava relacionada ao comprometimento visual e neuropatia relacionada à complicação do diabetes, associado a limitações articulares comum neste grupo

etário.

Foi verificada a associação positiva entre a percepção global de saúde e a cognição de pessoas idosas num estudo em Minas Gerais. Segundo Ribeiro et. al (2010) não está clara a direção causal desta relação, entretanto esta associação é bidirecional, ou seja, doença pode causar declínio cognitivo ou declínio cognitivo pode prever um pior estado de saúde física²².

Estudo transversal brasileiro, realizado em uma instituição especializada em diabetes no Ceará, avaliou a adesão do portador de pé diabético ao tratamento. O déficit cognitivo, a baixa escolaridade, o nível socioeconômico, o déficit de conhecimento acerca da doença e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde foram os fatores identificados como contribuintes para a baixa adesão ao tratamento²⁴⁻²⁵.

Um grande corpo de evidências epidemiológicas, de caso-controle e estudos de coorte fornece documentação convincente do nexo de causalidade entre o tabagismo e riscos à saúde²¹. No que concerne ao hábito de fumar, os resultados do presente estudo assemelha-se ao estudo transversal realizado em São Paulo, utilizando o mesmo questionário de autocuidado (QAD)²⁵. Estes achados demonstram a necessidade de orientações por parte da equipe de saúde, já que as evidências apontam que o uso de tabaco está associado à ocorrência de complicações como as amputações²⁷.

Os resultados deste estudo têm semelhanças com os dados de uma pesquisa realizada no México¹⁶ e remetem a reflexão de que as pessoas com diabetes mellitus tipo 2, podem ter baixa motivação para o autocuidado e/ou limitações frente às incapacidades relacionadas às comorbidades e às complicações crônicas. Nesse sentido, a presença do profissional é fundamental para identificar os déficits de autocuidado e estimular dentro da sua capacidade a desenvolver habilidades para o seu autogerenciamento e independência. O levantamento de demandas e déficits de autocuidado é um processo único e individualizado, compartilhado entre profissional e cliente.

Considerações Finais

Diante do exposto, a partir da metodologia utilizada e dos resultados obtidos, o estudo recomenda a necessidade da realização de intervenções educativas no contexto asilar que assegure melhor competência para o autocuidado desses idosos. Além disso, também são exigidos por parte dos profissionais envolvidos em executar tais intervenções: habilidades de

comunicação que envolva uma linguagem clara e acessível; mudança de comportamento visando incentivar a autonomia do idoso; educação continuada para o aperfeiçoamento desses profissionais que trabalham com esse grupo específico e a utilização de estratégias de aconselhamento e de motivação direcionadas para as atividades de autocuidado.

Colaboradores

Barros B participou da concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Leal MCC colaborou com a concepção, planejamento e avaliação crítica do estudo.

Referências

- 1 Silva EV, Paniz VMV, Laste G, Torres ILS. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18 (4).
- 2 Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA; Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26 (1) .
- 3 Oliveira MPF, Novaes MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2013; 18 (4) .
- 4 Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. bras. estud. popul.*2010; 27 (1).
- 5 Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária(ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada N^o283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília, 2005.
- 6 O NM, Perlini G, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(2):229-36.
- 7 Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA, Ojeda BS. A instituição de longa permanência para idosos e o sistema de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(6).
- 8 Júnior RCF; Tavares MFL. A saúde sob o Olhar do idoso Institucionalizado: Conhecendo e Valorizando sua Opinião. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*, 2005; 9(16):147-58.

- 9 Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009 / Sociedade brasileira de diabetes. - [3.ed.]. - Itapevi, SP : A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.
- 10 Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12 (2): 335-342.
- 11 Coelho MS, Silva DGV. Grupo educação-apoio: visualizando o autocuidado com os pés de pessoas com diabetes mellitus. *Ciência, cuidado e saúde*. 2006; 5(1):11-15.
- 12 Gallo R, Annia et al . Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. *Rev Cubana Enfermer*, Ciudad de la Habana. 2013; 25 (3-4).
- 13 Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília (DF); 2003.
- 14 Michels MJ, Coral MHC, Sakae TM, Damas TB, Furlanetto LM. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2010; 54 (7).
- 15 Araújo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(3):378-85.
- 16 25 OREM, D. E. Nursing: Concepts of practice. 4. ed. Saint. Louis, Mosby
- 17 Cisneros L, Gonçalves L A O. Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011 ; 16(1): 1505-1514..
- 18 Lisboa CR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Rev. Bras. Enferm*. 2012. 65 (3): 482-7.
- 19 Baquedano IR, Santos MA, Teixeira CRS, Martins TA, Zanetti ML. Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em Serviço de Urgência no México. *Rev. esc. enferm. USP*. 2010; 44 (4).
- 20 Oliveira NF, Souza MCB, Zanetti ML, Santos MA. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. *Rev. bras. Enferm*. 2011; 64 (2).
- 21 Almer RF, Espino DV, Dergance JM, Becho, J, Markides, K. The role of physical activity and diabetes status as a moderator: functional disability among older Mexican Americans. *Age And Ageing*. 2012;.41(6):752-758.
- 22 Marques Ana I, Rosa, MJ, Soares P, Santos R, Mota J, Carvalho J. Evaluation of physical activity programmes for elderly people -a descriptive study using the EFQM' criteria. *BMC Public Health*. 2011; 11: 123.

- 23 Ribeiro et al. Desempenho de Idosos na Bateria Cognitiva GERAD: Relações com Variáveis Sócio-demográfica e Saúde Percebida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2010; 23 (1): 102-109.
- 24 Melo EM, Teles MS, Teles RS, Barbosa IV, Studart RMB, Oliveira MM. Avaliação dos fatores interferentes na adesão ao tratamento do cliente portador de pé diabético. *Rev. Enf. Ref.* 2011 ;3(5).
- 25 American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2012. *Diabetes Care* 2012; 35(1): 11-63
- 26 Gomides DS, Villas-Boas LCG, Coelho ACM, Pace AE. Autocuidado das pessoas com diabetes *mellitus* que possuem complicações em membros inferiores. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26 (3):289-93.
- 27 Benbow M. Diabetic foot ulcers. *Journal of Community Nursing*. 2012, pág16. Disponível em: <http://www.jcn.co.uk/index.html>.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional desperta a necessidade de estudos que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. São predominantes as doenças crônicas, como a diabetes mellitus, que necessitam de tratamentos à longo prazo. Controlar as taxas glicêmicas é o grande objetivo, entretanto, não é tarefa fácil. Requer do indivíduo o autocuidado com a alimentação, medicação, avaliação glicêmica, a prática de atividade física e o cuidado com os pés, além de consultas médicas periódicas, são tarefas primordiais.

Os profissionais de saúde devem estimular o paciente e familiares neste processo através de estratégias educativas. A escolha destas para a promoção da saúde deve considerar as particularidades de cada indivíduo, como: aspectos culturais, idade, nível de escolaridade, condições socioeconômicas. Entretanto, com base neste estudo pôde-se observar a necessidade de pesquisas que direcionem as estratégias educativas para os idosos e familiares ou cuidadores. A Enfermagem se destaca tanto como facilitador, como em produção científica, visto que todos os estudos utilizados no artigo de revisão integrativa tinham enfermeiros como autores.

O aumento da expectativa de vida que ocorre em meio a mudanças sociais e rearranjos familiares corrobora a necessidade de institucionalização dos idosos em abrigos de longa permanência. Tal fato exige dos profissionais dessas instituições habilidades para promover a saúde e o bem estar dos idosos. Somado a prevalência das doenças crônico-degenerativas, existem as limitações físicas e cognitivas inerentes ao envelhecimento, que comprometem a autonomia e independência.

Ao analisar as práticas de autocuidado por idosos diabéticos em instituições públicas e filantrópicas, observou-se a carência de programas voltados para a promoção e autopromoção da saúde, como exemplo, as iniciativas que estimulem a atividade física, alimentação adequada e continuidade no tratamento farmacológico.

REFERÊNCIAS

- 1 Lisboa CL, Chianca TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2012;65 (3).
- 2 Souza A, et al . Mortalidade por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2005. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília. 2009; 18(3).
- 3 Brasil. Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira, IBGE 2010.Rio de Janeiro, 2010.
- 4 Santos SS,et al. Perfil de idosos residentes em instituição de longa permanência:Proposta de ações de enfermagem/saúde. *Rev. Rene*. 2007 ;8(3):26-33.
- 5 Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária(ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada N°283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília, 2005.
- 6 Freitas AVS;Noronha CV. Idosos em Instituições de Longa Permanência. *Interface-Comunic.Saúde, Educ*, 2010; 14(33):359-69.
- 7 Júnior RCF; Tavares MFL. A saúde sob o Olhar do idoso Institucionalizado: Conhecendo e Valorizando sua Opinião. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*, 2005; 9(16):147-58.
- 8 Oliveira NF, et al . Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. *Rev. bras. Enfermagem*. 2011; 64(2).
- 9 Campo OMA, et al. The effectiveness of a health promotion with group intervention by clinical trial. Study protocol. *BMC Public Health*.,2012; 19(12): 209.
10. Hortensius J,et al. Perspectives of patients with type 1 or insulin-treated type 2 diabetes on self-monitoring of blood glucose: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2012; 8(12) :167
- 11 Freitas, EV.et. al .Tratamento de Geriatria e gerontologia. - 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- 12 Maria SC, Denise MGVS. Grupo Educação-apoio: visualizando o autocuidado com os pés de pessoas com diabetes mellitus. *Rev Ciência, Cuidado e Saúde*, 2006; 5(1):11-15.
- 13 Carla RST, Maria LZ, Marta CAP. Perfil de diagnósticos de enfermagem em pessoas com diabetes segundo modelo conceitual de Orem. *Rev. Acta Paul. enferm.*, 2009; 22 (4).
- 14 Molina, AS; Suazo, SV. Teoria de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climatério. *Rev. bras. enferm*, 2009; 62(4):613-619.

- 15 Álvares LM, Lima RC, Silva RA. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26 (1).
- 16 Conceição LFS. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20(1): 81-91.
- 17 Nasr Fi. O envelhecimento populacional no Brasil. *Demografia e epidemiologia do envelhecimento. einstein*. 2008; 6(1):54-56.
- 18 Creutzberg M, Gonçalves LHT; Sobottka EA, Ojed BSa. A instituição de longa permanência para idosos e o sistema de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007; 15 (6).
- 19 Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública nº 41, de 18 de junho de 2004.
- 20 Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Instituições de longa permanência para idosos: caracterização e condições de atendimento / Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. – Curitiba : IPARDES, 2008.
- 21 Del Duca GF et al . Predictive factors for institutionalization of the elderly: a case-control study. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*.2012; 46 (1) .
- 22 Maraschin JF; Nádia Murussi, Witter V, Silveiro SP. Classificação do diabetes melito. *Arq. Bras. Cardiol* 2010;95 (2).
- 23 Mendes TAB, Goldbaum M, Segri NJ, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*.2011; 27(6).
- 24 Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc. estado*. 2012; 27 (1).
- 25 Francisco PMSB, et al . Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26 (1) .
- 26 Lojudice F, Sogaya MCr. Células-tronco no tratamento e cura do diabetes mellitus. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13(1).
- 27 Silva MBG, Skare TL. Manifestações musculoesqueléticas em diabetes mellitus. *Rev. Bras. Reumatol*. 2012; 52 (4).
- 28 Oliveira KCS, Zanetti ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. *Rev. esc. enferm. USP* . 2011;45(4).
- 29 Fráguas R, Soares SMS, Bronstein MD. Depressão e diabetes mellitus. *Rev. psiquiatr. clín*. 2009, 36 (3).

- 30 Marques MB, Silva MJ, Victor Coutinho JFV, Lopes MVO. Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado. *Rev. esc. enferm.* 2013, 47 (2).
- 31 Silva IJ, et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Rev. esc. enferm.* 2009, 43 (3).
- 32 Manzin FC, Simonetti JP. Nursing consultation applied to hypertensive clients: application of orem's self-care theory. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009, 17 (1).
- 33 Neta, DSR. Orientadora: Silva, GRF. Ações de Enfermagem e Implicações para o Autocuidado de Pessoas com diabetes mellitus. Ministério da educação universidade federal do Piauí Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação centro de ciências da saúde/departamento de enfermagem Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem,[Dissertação] 2012.
- 34 Michels, MJ. et.al. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 2010;54(7):644-651
- 35 Curcio R, Lima MHM, Alexandre NMC. Instrumentos relacionados ao diabetes mellitus adaptados e validados para a cultura brasileira. Artigo de Revisão *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2011;13(2):331-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a20.htm>
- 36 Pereira DA, Costa NMSC, Sousa ALL, Jardim PCBV, Zanini CRO. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012,20 (3).
- 37 Ramos, RSPS. Diabetes e Fatores Associados em Idosos Assistidos em Serviço Gerontogeriatrico Recife, Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde programa de pós-graduação em enfermagem [Dissertação], Recife, 2012.
- 38 Torres HC, Franco LJ, Stradioto MA, Hortale VA, Schall VT. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43 (2).
- 39 Moscheta MS, Manoel AS. Grupos de apoio para homens com câncer de próstata: revisão integrativa da literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2012; 17(5):1225-1233.
- 40 Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão Integrativa: O que é e como fazer. *Einstein.* 2010; 8(1):102-6. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf.
- 41 Sasso MKD, Pereira SRCC, Maria GC. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm.* 2008, 17(4):758-764.
- 42 Silveira RCCP, Galvão CM. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. *Acta Paul Enferm* 2005;18(3):276-84.

43 Almeida Filho N, Barreto ML. Epidemiologia & Saúde : Fundamentos, Métodos, Aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

44 Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e Prática. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

45 Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

46 Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466/12 aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- 01 N° Questionário: _____ Nquest: _____
- 02 Entrevistador: _____ Entrev: _____
- 03 Data da entrevista: ___/___/___ Data _____
- 04 N° do idoso: _____
- 05 IPLI (Nome/ Endereço): _____
- 06 Natureza (1) pública (2) filantrópica NatILPI _____
- 07 Tempo de institucionalização: (1) até 1 ano TempILPI _____
- (2) entre 1 a 3 anos]1,3]
- (3) entre 3 a 5 anos]3, 5]
- (4) > 5 anos

2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

08. Sexo _____ Sexo: _____
- (1) Masculino
- (2) Feminino
- 09 Data de Nascimento ___/___/___ Data: dd/mm/aaaa
10. Idade em anos completos _____ Idade anos: _____
11. Faixa etária: () 60 a 69 anos Faixa et: _____
- () 70 a 79 anos
- () 80 a 89 anos
- () Mais de 90 anos
12. Estado conjugal _____ Estado Conj: _____

- (1) casado ou tem companheiro (a) (2) Solteiro (a) (3) Viúvo (a)
 (4) Separado (a) ou divorciado (a) (9) Não sabe (99) Não responde

13 O Sr(a) tem/teve filhos? Filhos:_____

- (1) Sim
 (2) Não

14. Número de filhos:_____ Nfilhos____

15 O Sr(a) estudou? Estud:_____

- (1) Sim
 (2) Não

16. Escolaridade Anos de estudo ____

(anos de estudo com aprovação)

- (1) Primário incompleto (5) 2ª grau incompleto (9) Não sabe
 (2) Primário completo (6) 2ª grau completo (99) Não responde
 (3) 1ª grau incompleto (7) Superior incompleto (00) Não se aplica
 (4) 1ª grau completo (8) Superior completo

17. Situação Previdenciária Sit. Previde: ____

- (1) Aposentado(a) (4) Não é aposentado(a)/pensionista
 (2) Pensionista (9) Não sabe
 (3) Aposentado(a) e pensionista (99) Não responde

18. Rendimento pessoal: Renda (SM):____

- (1) Menos de um salário mínimo (Até R\$ 622,00)
 (2) De um a dois salários mínimos (De R\$ 622,00 a R\$ 1.244,00)

(3) De dois a quatro salários (De R\$ 1.244,00 a R\$ 2.488,00)

(4) Mais de quatro salários (Mais de R\$ 2.488,00)(5) Não possui rendimentos

3. CONDIÇÕES DE SAÚDE

19. Situação de saúde (auto-percebida): (1) Excelente sauauto_____

(2) Muito boa

(3) Boa

(4) Regular

(5) Ruim

(6) Não Sabe

20. Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, o Sr.(a) diria que a sua saúde é:

(1) muito pior (2) pior (3) melhor (4) muito melhor

21. Pratica atividade física ? (1) Sim Pratifisica_____

(2) não

21.1 Qual? _____

21.2 Quantas vezes na semana? _____

22. Qual número de medicamentos utilizados por dia? _____ Numedic_____

Quais são? _____

23. Você utiliza algum equipamento que o ajuda a “andar sozinho” (por exemplo: andadores e bengalas)

(1) Sim Equimarcha_____

(2) Não

24. Percepção subjetiva da visão

Você considera sua visão:

Percebis_____

(1) Ótima

(2) Boa

(3) Ruim (4) Péssima

25. Percepção subjetiva da audição

Percebaud_____

Você considera sua audição:

(1) Ótima

(2) Boa

(3) Ruim

(4) Péssima

4. DADOS DO PRONTUÁRIO DO IDOSO

26. Morbidade diagnosticada: _____

27. Quantidade de medicamentos administrados: _____

27.1 Especificar medicamentos: _____

5. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO (esse item será obtido junto ao diretor/responsável pela ILPI)

28. A instituição oferece atendimento: (1) Médico Instprof_____

(2) Enfermagem

(3) Nutrição

(4) Fisioterapia

(5) Fonoaudiologia

(6) Psicologia

(7) Terapia Ocupacional

(8) Técnico de Enfermagem

(9) Outros: _____

29. A Instituição oferece aos idosos atividades de educação em saúde?
Ativeduca_____

(1) sim

(2) não

30. Qual o(s) profissional(is) responsáveis pelas atividades educativas? Profatied_____

(1) Médico

(2) Enfermeiro

(3) Nutricionista

(4) Fisioterapeuta

(5) Fonoaudiólogo

(6) Psicólogo

(7) Terapeuta Ocupacional

(8) Técnico de Enfermagem

(9) Outros:_____

(00) Não se aplic

31) Essas atividades educativas abordam o cuidado com o diabetes?

(1) sim (2) Não (0) Não se aplica

6. AVALIAÇÃO COGNITIVA

32) Quanto a orientação no tempo: Que dia é hoje?

(1) sim (2) Não (0) Não se aplica

33) Quanto a orientação no espaço: Onde estamos?

(1) sim (2) Não (0) Não se aplica

34) Memorização: repetição de três palavras na sequencia correta

(1) sim (2) Não (0) Não se aplica

35) Linguagem: mostrar objeto ao idoso e pedir para nomear.

(1) correto (2) incorreto (0) Não se aplica

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Práticas do Autocuidado por Idosos Diabéticos em Instituições de Longa Permanência**

Autora: Benvinda Pereira de Barros

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670-901. Fone (81) 2126-8566

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Carrera Campos Leal

Convido por meio deste sua participação do estudo intitulado **Práticas do Autocuidado por Idosos Diabéticos em Instituições de Longa Permanência**, cujo objetivo será de analisar as práticas de autocuidado dos idosos diabéticos em Instituições de Longa Permanência, segundo a teoria de Orem e sua associação com variáveis sócio-demográficas, comprometimento cognitivo, condições de saúde diagnosticada e auto-percebida. Os dados obtidos neste estudo servirão para elaboração de dissertação para conclusão do curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Para a coleta dos dados será realizada visita as ILPI para aplicação de um questionário. Vale salientar que sua participação é voluntária e lhe será garantido e respeitado o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo. A sua participação na pesquisa não acarretará custos para o senhor (a), assim como também não receberá pagamento pela sua participação, sendo custeada apenas as despesas que o senhor(a), venha a ter em decorrência de sua participação. As informações obtidas terão caráter sigiloso, sendo também respeitada sua privacidade no momento da entrevista. Os dados coletados poderão ser divulgados em eventos e publicações científicas contanto que seja garantido o seu anonimato. O estudo terá risco mínimo relativo (constrangimento) e seus resultados trarão inúmeros benefícios para assistência de enfermagem em Saúde do Idoso, uma vez que contribuirá para elaboração de um planejamento da assistência de enfermagem que possa garantir a integralidade da assistência dirigida a esse público, bem como orientação sob as práticas do autocuidado.

Tendo lido o documento acima exposto e esclarecido os aspectos que envolvem o referido estudo, declaro que concordo em participar voluntariamente do mesmo.

Recife, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do participante ou responsável

Testemunha

ANEXOS

ANEXO A

Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes – QAD

1. ALIMENTAÇÃO GERAL

1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta saudável? 0 1 2 3 4 5 6 7

1.2 Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu a orientação alimentar, dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)? 0 1 2 3 4 5 6 7

2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA

2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais? 0 1 2 3 4 5 6 7

2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados? 0 1 2 3 4 5 6 7

2.3 Em quantos dos últimos sete dias comeu doces? 0 1 2 3 4 5 6 7

3. ATIVIDADE FÍSICA

3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)? 0 1 2 3 4 5 6 7

3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta), sem incluir suas atividades em casa ou em seu trabalho? 0 1 2 3 4 5 6 7

4. MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA

4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue? 0 1 2 3 4 5 6 7

4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro? 0 1 2 3 4 5 6 7

5. CUIDADOS COM OS PÉS

5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés? 0 1 2 3 4 5 6 7

5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los? 0 1 2 3 4 5 6 7

5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los? 0 1 2 3 4 5 6 7

6. MEDICAÇÃO

6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos do diabetes, conforme foi recomendado? OU (se insulina e comprimidos): 0 1 2 3 4 5 6 7

6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou suas injeções de insulina, conforme foi recomendado? 0 1 2 3 4 5 6 7

6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos do diabetes? 0 1 2 3 4 5 6 7

7. TABAGISMO

7.1 Você fumou um cigarro – ainda que só uma tragada – durante os últimos sete dias?

Não Sim

7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros:

7.3 Quando fumou o seu último cigarro?

- Nunca fumou
- Há mais de dois anos atrás
- Um a dois anos atrás
- Quatro a doze meses atrás
- Um a três meses atrás
- No último mês
- Hoje

ANEXO – B
Carta de Anuência -IASC



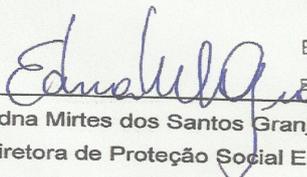
CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo as estudantes Isabelle Rayanne Alves Pimentel da Nóbrega, CPF:062.913.604-11, RG: 3003331 SEDES-PB; Elisa Moura Melo Mesquita Monteiro, CPF: 063.919.274-21, RG: 7233296 SDS-PE; Juliana Lourenço Silva, CPF: 055.240.204-47, RG: 7038002 SDS; Erika Carla Cavalcanti Gomes, CPF: 036.163.724-10, RG: 6345783 SDS-PE; Benvinda Pereira de Barros, CPF:011.769.924-14, RG:5766796; Daniele Ferreira Rodrigues, CPF:06417421422, RG:002263354 SSP-RN, sob a orientação da profª. Márcia Carréra Campos Leal - CPF:274396234-87; RG:1.227.360 – SDS/PE e Co-orientação da profª. Ana Paula de Oliveira Marques - CPF:650116434-68; RG:1.932.683 - SSP/PE , do Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva e Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolverem nas unidades de abrigamento de idosos do IASC a pesquisa "Perfil Social e Epidemiológico de Pessoas no Contexto Asilar".

A responsável pela pesquisa nos deu ciência do projeto e compromete-se a resguardar os itens abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, na coleta e divulgação dos dados;
- O cumprimento da Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso;
- A garantia de fornecer esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, bem como a apresentação do relatório final do estudo, de forma que o IASC possa refletir e implementar melhorias no serviço prestado;
- A garantia de liberdade de recusa a participar ou retirar a anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que a instituição e nenhum usuário será identificado e terá assegurada a privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para o IASC decorrente da realização ou divulgação da pesquisa.

Recife, 30 de maio de 2012.


 Edna Mirtes dos Santos Granja
 Diretora de Proteção Social Especial de Alta Complexidade
 Matr. nº. 8025-0 - DPSEAC / IASC
 Edna Mirtes dos Santos Granja – Matrícula nº. 8025-0
 Diretora de Proteção Social Especial de Alta Complexidade – IASC

ANEXO C

Autorização do CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Pernambuco Centro de Ciências da Saúde / UFPE-CCS

PROJETO DE PESQUISA

Título: PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO ASILAR

Área Temática:

Pesquisador: Márcia Carréra Campos Leal

Versão: 2

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

CAAE: 02013112.6.0000.5208

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 51172

Data da Relatoria: 21/06/2012

Apresentação do Projeto:

O estudo se caracteriza como descritivo e de corte seccional quantitativo. Os participantes serão idosos institucionalizados no Município do Recife, de ambos os sexos, que estejam cadastrados nas ILPIs no período do estudo, tenham idade mínima igual ou acima de 60 anos (condição que define a pessoa idosa, de acordo com a Lei nº 8842/94, que trata sobre a Política Nacional do Idoso) e participem do estudo de forma voluntária mediante assinatura de TCLE. Serão excluídos do estudo idosos que apresentem enfermidades ou agravo à saúde que traga comprometimento cognitivo. A amostra será calculada com uso da técnica de amostragem estratificada proporcional, considerando-se um nível de confiança de 95% e erro máximo aceitável de 5%. Para determinação do tamanho amostral será utilizada a fórmula proposta por Bolfarine e Bussab (2005).

Os procedimentos a serem adotados prevêem a realização de entrevista para levantamento de informações relativas a dados sócio-demográficos (idade, escolaridade, estado conjugal, arranjo familiar, situação previdenciária, renda, origem dos recursos financeiros), condição de saúde (morbidade referida no prontuário do idoso e função cognitiva), prática de atividade física regular e medidas antropométricas. São ainda previstas aplicações do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Escala de Depressão Geriátrica (GDS), Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study, o APGAR familiar e o MAN (Mini-Avaliação Nutricional). Os dados serão coletados por meio de entrevistas individuais face a face nas ILPIs e o registro das informações será efetuado utilizando-se de um roteiro de entrevista semi-estruturado, composto por questões fechadas e semi-abertas, organizados em blocos por conjuntos temáticos.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é identificar o perfil social e epidemiológico de pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPIs) segundo variáveis sociodemográficas, comprometimento cognitivo, condição de saúde, prática de atividade física, estado nutricional, sintomas de depressão, apoio social e funcionalidade familiar, bem como verificar existência de possível associação entre as variáveis investigadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A previsão de riscos é indicada restringindo-se estes apenas ao possível constrangimento com a situação de entrevista. Os benefícios são avaliados em termos de melhorias (gerais, entende-se) para a qualidade de vida do idoso, tendo em vista o aumento que venha a possibilitar nos conhecimentos na área da assistência ao idoso institucionalizado. Em termos mais diretos, afirma-se que durante a entrevista o entrevistado poderá fazer perguntas e esclarecer dúvidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em termos gerais, o protocolo de pesquisa encontra-se devidamente instruído: os objetivos e procedimentos do estudo são delineados; o cronograma é especificado com pilotagem da entrevista prevista para julho de 2012 e início da coleta de dados em outubro de 2012; o orçamento é apresentado com indicação de que os custos previstos serão de responsabilidade da pesquisadora

ANEXO-D**Comprovante de envio do artigo de revisão ao Periódico**

Prezado(a) **Benvinda Pereira de Barros**

Informamos que o **Artigo de Revisão** abaixo foi submetido a Ciência & Saúde Coletiva, constando sua participação como autor.

Artigo: 1775/2013 - Intervenções educativas de enfermagem relacionadas ao autocuidado do portador de diabetes tipo 2: revisão integrativa

Caso não concorde com a sua participação nesse artigo favor entrar em contato para que possamos tomar as ações necessárias.

Atenciosamente,

Maria Cecília de Souza Minayo e Romeu Gomes, Editores Chefes

ANEXO E

Normas de Publicação da Revista Ciência & Saúde Coletiva

Seções de publicação

Artigos temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os de revisão poderão alcançar até 50.000 caracteres. Para uns e outros serão contados caracteres com espaço.

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico(www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos.

Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressados editores de ambos os periódicos.

A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos

Introdução, Métodos, Resultados e Discussão sendo, às vezes, necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções devem estar organizados com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, e não com numeração progressiva).

O **resumo/abstract** terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/ keywords). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo.

A qualificação como autor deve pressupor:

a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final da submissão do artigo, anexar no campo “documento em Word” o artigo completo, contendo os agradecimentos e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende **tabela**(elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), **quadro**(elementos demonstrativos com informações textuais), **gráficos** (demonstração esquemática de um fato e suas variações), **figura**(demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, **cinco** por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As **tabelas** e os **quadros** devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na (Word versões 2003 ou 2007).

5. Os **gráficos** devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.

6. Os arquivos das **figuras** (mapa, por ex. devem ser salvos no (ou exportados para o)

formato Corel Draw e inseridas no formato original. Este formato conserva a informação VETORIAL, ou seja, conserva as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesse formato, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que também são formatos de imagem, mas não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em **fotografia**. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado o em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado no site).

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles que citam outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.* Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF¹¹; ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade... As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua todos os autores)

Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL,

Erdmann AI. Itinerarioterapêutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1283-1291.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993;9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996;

347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Riode Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo:Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology.

Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995.

Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos

científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004; 31 jan. p. 12.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect.A:3 (Col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras. Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CDROM]. Reeves JRT, Maibach H. MEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of

hemodynamics [computer program]. Version

2.2. Orlando (FL): Computerized Educational; 1993.

ANEXO F

Norma de Publicação da Revista Cadernos de Saúde Pública

Instruções para Autores

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a CSP.

CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESE SEÇÕES:

1.1 - Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 - Artigos: resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.4 - Debate: artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.5 - Fórum: seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;

1.6 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras);

1.7 - Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para essa seção obedecendo preferencialmente às regras de **Comunicação Breve** (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.8 - Resenhas: resenha em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.9 - Cartas: crítica a artigo publicado simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos ([Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#)).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando

houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

PROCESSO DE SUBMISSÃO *ONLINE*

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde [BVS](#).

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 - *Agradecimentos*. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas*. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes

tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

12.28 - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".