

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ATENÇÃO À SAÚDE
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

MARIANA CAMPOS DE SOUSA

CONHECIMENTO, ATITUDE, AUTOEFICÁCIA E ADESÃO MEDICAMENTOSA
ENTRE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

UBERABA - MG

2018

MARIANA CAMPOS DE SOUSA

**CONHECIMENTO, ATITUDE, AUTOEFICÁCIA E ADESÃO MEDICAMENTOSA
ENTRE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso.

Orientador: Professor Dr. Álvaro da Silva Santos.

UBERABA - MG

2018

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

S697c	<p>Sousa, Mariana Campos de Conhecimento, atitude, autoeficácia e adesão medicamentosa entre idosos com diabetes mellitus tipo 2 / Mariana Campos de Sousa. -- 2018. 99 f. : il., fig., tab.</p>
	<p>Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018 Orientador: Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos</p>
	<p>1. Diabetes mellitus. 2. Idoso. 3. Adesão à medicação. 4. Conhecimento. 5. Atitude. 6. Autoeficácia. I. Santos, Álvaro da Silva. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.</p>
	CDU 616.379-008.64

MARIANA CAMPOS DE SOUSA

**CONHECIMENTO, ATITUDE, AUTOEFICÁCIA E ADESÃO MEDICAMENTOSA
ENTRE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Uberaba, 08 de novembro de 2018.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos - Orientador
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^ª. Dra. Suzel Regina Ribeiro Chavaglia
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^ª. Dra. Rosali Isabel Barduchi Ohl
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Dedico a minha família, aos meus pais Marivone e Sebastião, minha irmã Juliana e meu esposo Armelino Neto, por serem meu refúgio e fonte de inspiração, por compartilharem dos meus sonhos, me incentivando e comemorando minhas pequenas vitórias. Sem o apoio de vocês não teria sido a mesma coisa, amo-os.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a Maria, por sempre estarem à frente na minha vida, sendo acalento e iluminando meus passos, colocando oportunidades e pessoas, em forma de “anjos”, para ajudarem em minha caminhada.

Aos meus pais, minha mãe Marivone e meu pai Sebastião, meus exemplos e orgulho, por sempre me apoiarem e me incentivarem, acreditando em mim, mesmo quando eu mesma não acreditava.

A minha irmã Juliana, por ser minha amiga, por me ouvir quando eu preciso, por me fazer rir com o seu jeito de ser e sempre me apoiar nas minhas decisões.

Ao meu esposo Armelino Neto, por ser meu companheiro, meu refúgio, por segurar a minha mão e caminhar junto comigo nessa jornada e na vida.

A minha tia-avó Constância, por ser minha vovó, por orar e querer sempre o melhor para mim, por me amar e se preocupar, vibrando com minhas conquistas e se compadecendo das minhas tristezas, você me fortalece.

Ao meu orientador, professor Doutor Álvaro da Silva Santos, meu mestre, por ter acreditado no potencial do meu projeto e na minha capacidade de realizá-lo. Sobretudo por ser essa pessoa verdadeira e alto astral, e por ter me transmitido seus conhecimentos. Sem você não teria conseguido.

Aos membros da banca de defesa, professoras Doutora Suzel e Doutora Rosali, pela disponibilidade, por doarem seu tempo e contribuírem na finalização dessa dissertação, agregando não somente ao meu trabalho, como também no meu desenvolvimento profissional.

Aos colegas e amigos do PPGAS, pela caminhada e troca de conhecimentos. Em especial a Liliam Fonseca, companheira desde a residência multiprofissional, que me ajudou nos trabalhos em grupo, escutou minhas angústias e me apoiou. E a Bruna, minha parceira, minha irmãzinha de orientador, que me ajudou muito, desde a coleta da minha pesquisa até à minha defesa. Obrigado por terem suavizado essa jornada, tornando a caminhada mais prazerosa e menos complicada.

Ao programa PPGAS, pela oportunidade e por fazer parte do meu aprendizado e crescimento profissional.

À secretaria PPGAS, por estarem sempre à disposição, dando suporte e auxiliando com toda a dedicação.

Aos professores PPGAS, por serem fonte de conhecimento e inspiração, por contribuírem com ensinamentos valiosos para essa etapa, que levarei para toda a vida. Em especial ao professor doutor Vanderlei José Haas, pelos importantes ensinamentos, apoio e compreensão durante esta etapa.

Ao grupo de pesquisa CIFACS, pelas discussões valiosas, pelas trocas de conhecimentos, por incrementarem meu mestrado. Em especial à Giovanna que me auxiliou na análise dos resultados e esclareceu muitas dúvidas durante essa caminhada.

Aos graduandos pela troca de conhecimentos e por me permitirem fazer parte da formação acadêmica de cada um.

Aos idosos, tão importantes para o meu estudo, sendo peças-chaves dele. Agradeço por doarem seu tempo, por acolherem com tanta receptividade, pelas histórias de vida e superação. Sem vocês este trabalho não teria evoluído.

À **Capes**, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo apoio financeiro.

A todas que contribuíram, indireta ou diretamente, para a realização deste estudo, o meu muito obrigado. Foi gratificante terem vocês ao meu lado nesta etapa.

“Desejo que você, sendo jovem, não amadureça depressa demais e, sendo maduro, não insista em rejuvenescer, e que sendo velho, não se dedique ao desespero. Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor e é preciso que eles escurram por entre nós.”

Sérgio Jockymann (1930-2011)

RESUMO

SOUSA, Mariana Campos de. **Conhecimento, atitude, autoeficácia e adesão medicamentosa entre idosos com diabetes mellitus tipo 2.** 2018. 99f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.

O processo de envelhecimento populacional, junto com outros fatores, desencadeou o aumento de doenças crônicas no Brasil. O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica não transmissível, que merece atenção especial devido às suas complicações e impacto na saúde da população. O tratamento desta morbidade requer mudanças comportamentais para o autocuidado e controle da doença, as quais podem ser influenciadas pelo conhecimento, pelas atitudes e autoeficácia frente à doença, pelas crenças, pela adesão ou não ao tratamento, pelo apoio familiar e social, entre outros. Mediante esse contexto, o presente estudo objetivou analisar a influência de preditores demográficos, clínicos, conhecimento e atitude frente ao DM sobre a autoeficácia e adesão medicamentosa de idosos diabéticos cadastrados nas ESF do município de Uberaba - MG. Estudo observacional, transversal e com abordagem quantitativa, realizado entre 256 idosos com diabetes mellitus tipo 2, cadastrados nas Equipes de Saúde da Família do município de Uberaba-MG. Utilizaram-se os instrumentos: Mini Exame do Estado Mental, questionário estruturado sociodemográfico e clínico, versão brasileira da Escala de Conhecimentos de Diabetes (DNK-A), versão brasileira do questionário de Atitudes (ATT-19), questionário de Medida de Adesão ao Tratamento Medicamentoso no Diabetes Mellitus – Antidiabéticos Oraís (MAT-ADO), questionário de Medida de Adesão ao Tratamento Medicamentoso no Diabetes Mellitus – Insulinoterapia (MAT-Insulina); e Escala de Autoeficácia no Controle do Diabetes para Pacientes com Diabetes Tipo 2 (DMSES). Procedeu-se à análise descritiva, testes t-student, qui-quadrado, correlações de Pearson e Spearman e modelos de regressão logística binária, logística multinomial e linear múltipla ($p < 0,05$). Predominaram idosos do sexo feminino (61,7%); com 60 a 69 anos (54,7%); tinham 4 a 7 anos de escolaridade (40,6%); moravam com companheiro (a) (59,0%); aposentados (79,7%); com renda mensal individual de um salário mínimo (57,4%) e renda mensal familiar de um a três salários mínimos (60,5%); tinham 6 a 15 anos de diagnóstico de DM2 (41,8); não apresentavam complicações do diabetes mellitus (73%); possuíam cinco ou mais comorbidades (56,3%); utilizavam cinco ou mais medicamentos (55,9%); utilizavam somente antidiabéticos orais (74,6%); com baixo

conhecimento sobre a doença (60,9%); com atitude negativa frente ao diabetes (75,8%); e aderiram ao tratamento medicamentoso oral (89,8%) e com insulina (96,9%). A média para a autoeficácia foi 3,75 (DP=0,59). Os fatores associados à autoeficácia foram a atitude e o conhecimento; ao domínio “Nutrição específica e peso” foi somente a atitude; ao domínio “Nutrição geral e tratamento medicamentoso” foram a atitude e o conhecimento; ao domínio “Exercício Físico” foram a renda familiar, a escolaridade e a atitude; e ao domínio “Glicose sanguínea” foram o tempo de diabetes e o conhecimento. A adesão ao tratamento medicamentoso oral associou-se somente à autoeficácia. Não foram identificadas variáveis preditoras para a adesão ao tratamento com insulina. Os resultados permitem compreender o perfil dos idosos com diabetes mellitus tipo 2 e como eles convivem e enfrentam a doença. Deste modo, possibilitam a criação de intervenções direcionadas aos idosos, que abrangem suas necessidades, visando a prevenção de agravos, adesão ao tratamento e melhora no autocuidado.

Palavras-chave: Idoso; Diabetes Mellitus; Conhecimento; Atitude; Autoeficácia; Adesão à medicação.

ABSTRACT

SOUSA, Mariana Campos de. **Knowledge, attitude, self-efficacy and drug adherence among elderly with type 2 diabetes mellitus.** 2018. 99f. Dissertation (Master in Health Care) – Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais state, Brazil, 2018.

The process of population aging, along with other factors, triggered the increase of chronic diseases in Brazil. Diabetes mellitus (DM) is a non-transmissible chronic disease that deserves special attention because of its complications and impact on the health of the population. Treatment of this morbidity requires behavioral changes for self-care and control of the disease, which can be influenced by knowledge, attitudes and self-efficacy towards the disease, by beliefs, by adherence or not to treatment, by family and social support, among others. In this context, the present study aimed to analyze the influence of demographic, clinical, knowledge and attitude predictors against DM on the self - efficacy and drug adherence of diabetic elderly enrolled in FHS in the city of Uberaba - MG. A cross-sectional observational study with a quantitative approach among 256 elderly people with type 2 diabetes mellitus enrolled in the Family Health Teams of the city of Uberaba-MG. The following instruments were used: Mini Mental State Examination, structured sociodemographic and clinical questionnaire, Brazilian version of the Diabetes Knowledge Scale (DNK-A), Brazilian version of the Attitudes Questionnaire (ATT-19) Medicinal Treatment in Diabetes Mellitus - Oral Antidiabetics (MAT-ADO), questionnaire of Measurement of Adherence to Medicinal Treatment in Diabetes Mellitus - Insulin therapy (MAT-Insulin); and Self-efficacy Scale in Diabetes Control for Patients with Type 2 Diabetes (DMSES). Descriptive analysis, t-student, chi-square, Pearson and Spearman correlations and binary logistic regression, multinomial and multiple linear logistic models ($p < 0.05$) were used. Predominant elderly women (61.7%); with 60 to 69 years (54.7%); had 4 to 7 years of schooling (40.6%); lived with a partner (59.0%); retirees (79.7%); with individual monthly income of a minimum wage (57.4%) and monthly family income of one to three minimum wages (60.5%); had 6 to 15 years of DM2 diagnosis (41,8); did not present complications of diabetes mellitus (73%); had five or more comorbidities (56.3%); they used five or more drugs (55.9%); they used only oral antidiabetics (74.6%); with low knowledge about the disease (60.9%); with a negative attitude toward diabetes (75.8%); and adhered to the oral drug treatment (89.8%) and with insulin (96.9%). The mean for self-efficacy was 3.75 (SD = 0.59). The factors associated with self-efficacy were attitude and knowledge; to the dominion

"Specific Nutrition and Weight" was only the attitude; to the domain "General Nutrition and Medicinal Treatment" were attitude and knowledge; to the domain "Physical Exercise" were family income, schooling and attitude; and the domain "Blood Glucose" were the time of diabetes and the knowledge. Adherence to oral drug therapy was only associated with self-efficacy. No predictive variables were identified for adherence to insulin therapy. The results allow us to understand the profile of the elderly with type 2 diabetes mellitus and how they coexist and face the disease. In this way, they enable the creation of interventions directed to the elderly, which cover their needs, aiming at the prevention of injuries, adherence to treatment and improvement in self-care.

Keywords: Elderly; Diabetes Mellitus; Knowledge; Attitude; Self-efficacy; Medication Adherence.

RESUMEN

SOUSA, Mariana Campos de. **Conocimiento, actitud, autoeficacia y adhesión medicamentosa entre ancianos con diabetes mellitus tipo 2.** 2018. 99f. Disertación (Maestría en Cuidados de la Salud) - Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.

El proceso de envejecimiento poblacional, junto con otros factores, desencadenó el aumento de enfermedades crónicas en Brasil. La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica no transmisible, que merece atención especial debido a sus complicaciones e impacto en la salud de la población. El tratamiento de esta morbilidad requiere cambios conductuales para el autocuidado y control de la enfermedad, las cuales pueden ser influenciadas por el conocimiento, por las actitudes y autoeficacia frente a la enfermedad, por las creencias, por la adhesión o no al tratamiento, por el apoyo familiar y social, entre otros. En este contexto, el presente estudio objetivó analizar la influencia de predictores demográficos, clínicos, conocimiento y actitud frente al DM sobre la autoeficacia y adhesión medicamentosa de ancianos diabéticos catastrados en las ESF del municipio de Uberaba - MG. Estudio observacional, transversal y con abordaje cuantitativo, realizado entre 256 ancianos con diabetes mellitus tipo 2, registrados en los Equipos de Salud de la Familia del municipio de Uberaba-MG. Se utilizaron los instrumentos: Mini Examen del Estado Mental, cuestionario estructurado sociodemográfico y clínico, versión brasileña de la Escala de Conocimientos de Diabetes (DNK-A), versión brasileña del cuestionario de Actitudes (ATT-19), cuestionario de Medida de Adhesión Tratamiento Medicamentoso en la Diabetes Mellitus - Antidiabéticos orales (MAT-ADO), cuestionario de Medida de Adhesión al Tratamiento Medicamento en la Diabetes Mellitus - Insulinoterapia (MAT-Insulina); y Escala de Autoeficacia en el Control de la Diabetes para Pacientes con Diabetes Tipo 2 (DMSES). Se procedió al análisis descriptivo, pruebas t-student, qui-cuadrado, correlaciones de Pearson y Spearman y modelos de regresión logística binaria, logística multinomial y lineal múltiple ($p < 0,05$). Predominaron ancianos del sexo femenino (61,7%); con 60 a 69 años (54,7%); tenían 4 a 7 años de escolaridad (40,6%); y en el caso de las mujeres. jubilados (79,7%); con un ingreso mensual individual de un salario mínimo (57,4%) y renta mensual familiar de uno a tres salarios mínimos (60,5%); tenían 6 a 15 años de diagnóstico de DM2 (41,8); no presentaban complicaciones de la diabetes mellitus (73%); tenían cinco o más comorbilidades (56,3%); utilizaban cinco o más medicamentos (55,9%); se utilizaron solamente antidiabéticos orales (74,6%); con bajo

conocimiento sobre la enfermedad (60,9%); con una actitud negativa frente a la diabetes (75,8%); y se adhirieron al tratamiento medicamentoso oral (89,8%) y con insulina (96,9%). El promedio para la autoeficacia fue de 3,75 (DP = 0,59). Los factores asociados a la autoeficacia fueron la actitud y el conocimiento; al dominio "Nutrición específica y peso" fue solamente la actitud; al dominio "Nutrición general y tratamiento medicamentoso" fueron la actitud y el conocimiento; al dominio "Ejercicio Físico" fueron la renta familiar, la escolaridad y la actitud; y al dominio "Glucosa sanguínea" fueron el tiempo de diabetes y el conocimiento. La adhesión al tratamiento medicamentoso oral se asoció solamente a la autoeficacia. No se identificaron variables predictoras para la adhesión al tratamiento con insulina. Los resultados permiten comprender el perfil de los ancianos con diabetes mellitus tipo 2 y cómo ellos conviven y enfrentan la enfermedad. De este modo, posibilitan la creación de intervenciones dirigidas a los ancianos, que cubren sus necesidades, visando la prevención de agravios, adhesión al tratamiento y mejora en el autocuidado.

Palabras clave: Ancianos; Diabetes Mellitus; Conocimiento; Actitud; auto-eficacia; Cumplimiento de la Medicación.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - População residente do Brasil, segundo o sexo e os grupos de idade (%), 2018.....	22
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas de idosos com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	42
Tabela 2 -	Distribuição de frequência das variáveis econômicas de idosos com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	43
Tabela 3 -	Distribuição de frequência das variáveis clínicas de idosos com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	44
Tabela 4 -	Distribuição de frequência do tipo de tratamento medicamentoso para o diabetes mellitus tipo 2 utilizado pelos idosos, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	44
Tabela 5 -	Distribuição de frequência das classes de medicações utilizadas por idosos para tratamento do diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	45
Tabela 6 -	Distribuição de frequência das comorbidades referidas pelos idosos com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	45
Tabela 7 -	Distribuição de frequência das variáveis de hábitos de vida de idosos com diabetes mellitus, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	46
Tabela 8 -	Distribuição de frequência das variáveis de procura por serviços de saúde de idosos com diabetes mellitus, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	46
Tabela 9 -	Distribuição das medidas de tendência central das variáveis de conhecimento e atitude de idosos com diabetes mellitus, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	47
Tabela 10 -	Distribuição das medidas de tendência central dos escores dos domínios de autoeficácia de idosos com diabetes mellitus, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	47
Tabela 11 -	Distribuição das medidas de tendência central das variáveis de adesão ao tratamento medicamentoso de idosos com diabetes mellitus, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	48
Tabela 12 -	Análise bivariável por domínio de autoeficácia dos idosos com diabetes mellitus, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	49

Tabela 13 -	Correlação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e de conhecimento e atitude com os domínios de autoeficácia dos idosos com diabetes mellitus, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	51
Tabela 14 -	Coeficientes de regressão linear múltipla para o escore total e domínios de autoeficácia de idosos com diabetes mellitus, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	51
Tabela 15 -	Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas de idosos com diabetes mellitus, de acordo com a adesão ao tratamento medicamentoso oral, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	53
Tabela 16 -	Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas de idosos com diabetes mellitus, de acordo com a adesão ao tratamento com insulina, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	54
Tabela 17 -	Coeficientes de regressão logística múltipla para as variáveis associadas à adesão ao tratamento medicamentoso oral de idosos com diabetes mellitus, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA - American Diabetes Association

ADO – Antidiabéticos orais

AVC - Acidente Vascular Cerebral

ATT-19 - Questionário de Atitudes

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

DNK-A - Escala de Conhecimentos de Diabetes

DM - Diabetes Mellitus

DM1 – Diabetes Mellitus tipo 1

DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2

DMSES - Escala de Autoeficácia no Controle do Diabetes para Pacientes com DM2

DP – Desvio padrão

DPP-4 - dipeptidil peptidase 4

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GH - hormônio do crescimento

GLP-1 - glucagon-like peptide-1 (peptídeo semelhante a glucagon 1)

HA – Hipertensão Arterial

HIPERDIA - Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de confiança

IDF - International Diabetes Federation

MAT - ADO – Medida de Adesão ao Tratamento Medicamentoso – Antidiabéticos Orais

MAT-Insulina - Medida de Adesão ao Tratamento Medicamentoso – Insulina

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

MODY - diabetes de início de maturidade do jovem

NPH - Neutral Protamine Hagedorn (Insulina protamina neutra de Hagedorn)

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

OMS – Organização Mundial da Saúde

RCP - Razão de Chance de Prevalência (Odds Ratio)

RP – Razão de prevalência

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

SGLT2 - cotransportador sódio-glicose tipo 2

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UMS – Unidade Matricial de Saúde

URS – Unidade Regional de Saúde

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	21
1.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E DOENÇAS CRÔNICAS.....	22
1.2	DIABETES MELLITUS: DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO.....	23
1.3	EPIDEMIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA DO DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	24
1.4	TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	25
1.5	DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM IDOSOS.....	26
1.6	CONHECIMENTO E ATITUDE RELACIONADOS AO DIABETES MELLITUS...	26
1.7	AUTOEFICÁCIA.....	27
1.8	ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	28
2	JUSTIFICATIVA.....	29
3	OBJETIVOS.....	31
3.1	OBJETIVO GERAL.....	31
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
4	MÉTODO.....	32
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	32
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	32
4.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	33
4.3.1	Critérios de Inclusão.....	33
4.3.2	Critérios de Exclusão.....	33
4.4	SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	33
4.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	34
4.5.1	Aplicação do teste piloto.....	35
4.6	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	35
4.7	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	37
4.7.1	Variáveis sociodemográficas.....	37
4.7.2	Variáveis clínicas.....	37
4.7.3	Variáveis para farmacoterapia.....	37
4.7.4	Comorbidades autorreferidas.....	38
4.7.5	Variáveis para procura de serviços de saúde.....	38

4.7.6	Variáveis para Conhecimento.....	38
4.7.7	Variáveis para atitude.....	38
4.7.8	Variáveis para autoeficácia.....	38
4.7.9	Variáveis para Adesão ao tratamento com antidiabéticos orais.....	38
4.7.10	Variáveis para Adesão ao tratamento com insulina.....	39
4.8	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	39
4.8.1	Objetivo específico 1.....	39
4.6.2	Objetivo específico 2.....	39
4.8.3	Objetivo específico 3.....	39
4.8.4	Objetivo específico 4.....	40
4.8.5	Objetivo específico 5.....	40
4.8.6	Objetivo específico 6.....	40
4.9	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	40
5	RESULTADOS.....	42
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS COM DM2.....	42
5.2	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS IDOSOS COM DM2.....	43
5.3	CONHECIMENTO E ATITUDE DOS IDOSOS COM DM2.....	47
5.4	AUTOEFICÁCIA E ADESÃO MEDICAMENTOSA.....	47
5.5	FATORES ASSOCIADOS À AUTOEFICÁCIA NO DM.....	48
5.6	FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO MEDICAMENTOSA NO DM.....	52
6	DISCUSSÃO.....	56
6.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS COM DM2.....	56
6.2	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS IDOSOS COM DM2.....	58
6.3	CONHECIMENTO E ATITUDE DOS IDOSOS COM DM2.....	61
6.4	AUTOEFICÁCIA E ADESÃO MEDICAMENTOSA.....	62
6.5	FATORES ASSOCIADOS À AUTOEFICÁCIA NO DM.....	64
6.6	FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO MEDICAMENTOSA NO DM.....	66
7	CONCLUSÃO.....	70
	REFERÊNCIAS.....	72
	Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	80

Apêndice B. Questionário Sociodemográfico e de Saúde.....	84
Anexo 1: Mini-Exame Do Estado Mental (MEEM).....	87
Anexo 2: Versão Brasileira da Escala de Conhecimentos de Diabetes (DNK-A)....	89
Anexo 3: Versão Brasileira do Questionário de Atitudes (ATT-19).....	91
Anexo 4: Medida de Adesão ao Tratamento Medicamentoso no Diabetes Mellitus – Anti-diabéticos orais (MAT ADOs).....	93
Anexo 5: Medida de Adesão ao Tratamento Medicamentoso no Diabetes Mellitus – Insulinoterapia (MAT Insulina).....	94
Anexo 6: Escala de Autoeficácia no Controle do Diabetes para Pacientes com Diabetes Tipo 2.....	95
Anexo 7: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	96

1 INTRODUÇÃO

O processo de transição demográfica no Brasil desencadeou um rápido envelhecimento populacional. Os idosos, pessoas com 60 anos ou mais de idade, em 2018, representavam cerca de 28,1 milhões dos brasileiros (13,4%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018). Para o estado de Minas Gerais a estimativa era de quase 3,2 milhões de idosos em 2018. Já em Uberaba chegaria a 37.365 idosos, cerca de 11,3% da população total do município (IBGE, 2018).

O aumento da expectativa de vida nem sempre é reflexo de envelhecimento saudável, com qualidade de vida e hábitos saudáveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015). Segundo um estudo realizado no Rio Grande do Sul, 48,3% dos idosos não tinham prática regular de atividade física (LUZ et al., 2014). Outro estudo verificou que entre os idosos, 31,6% dos homens e 41,9% das mulheres apresentaram sobrepeso (PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE, 2016).

Com o envelhecimento populacional e a persistência dos hábitos de vida não saudáveis, ocorre o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010), dentre elas o Diabetes Mellitus (DM). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, 18,1% da população idosa tem diabetes, no Sudeste essa proporção aumenta para 19,5% e em Minas Gerais 19,6% (IBGE, 2014).

Para manutenção da glicemia em níveis adequados e a prevenção de complicações decorrentes da doença é necessário que o indivíduo monitore a glicemia capilar periodicamente, pratique atividade física regular, tenha uma dieta saudável e faça uso de medicamentos quando necessário (BRASIL, 2013).

No entanto, nem todas as pessoas têm conhecimento sobre o DM e suas complicações, e sobre a importância desses cuidados para o controle da glicemia e para a manutenção da qualidade de vida. Essa falta de conhecimento pode refletir na atitude psicológica e emocional do indivíduo frente à doença e na sua eficácia para o autocuidado (BRITO et al., 2016; KUEH; MORRIS; ISMAIL, 2017), dificultando na adesão ao tratamento e no entendimento das orientações que os profissionais de saúde recomendam (MAZZUCHELLO et al., 2016).

Estudo realizado com mulheres diabéticas da Índia verificou que o aumento do conhecimento sobre o DM está associado ao aumento na autoeficácia das mulheres, o que pode levar a um monitoramento mais severo da glicemia e a manutenção da glicemia em níveis desejáveis no sangue, um indicador de melhor autocuidado (MEHTA et al., 2016).

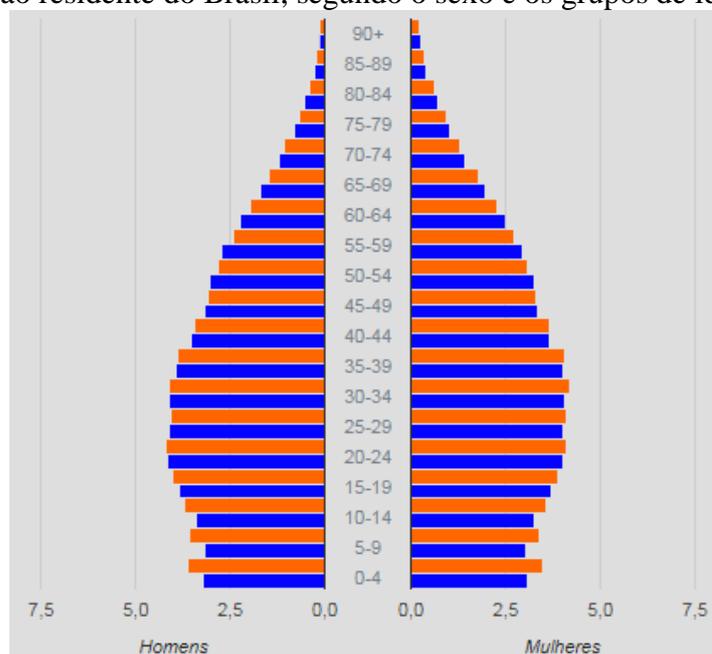
1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E DOENÇAS CRÔNICAS

No Brasil a população passa por um rápido processo de envelhecimento. Isso ocorre devido à redução da taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida da população brasileira (MENDES et al., 2012). A taxa de fecundidade no Brasil em 2018 era de 1,77 filhos por mulher, em 2030 será 1,72 e em 2060 será 1,66. Já a expectativa de vida ao nascer passou de 73,86 anos em 2010 para 76,25 anos em 2018 e 78,64 anos em 2030 (IBGE, 2018). A população com 60 anos ou mais de idade passa de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060 (ERVATTI; BORGES; JARDIM, 2015).

A pirâmide etária do Brasil mantém o alargamento do topo e o estreitamento da base, o que comprovam a tendência de envelhecimento populacional (IBGE, 2018). Em 2010 os idosos representavam 10,7% da população residente, já em 2018, esse percentual cresceu para 13,4% (IBGE, 2018).

Quanto à divisão por sexo, os homens de 60 anos ou mais de idade correspondiam a 5,9%, da população em 2018 (4,8% em 2010) e as mulheres desta faixa etária, 7,5% (5,9% em 2010) (Figura 1). As regiões do Brasil com maior número de idosos na sua população em 2018 são as regiões Sul (15,6%) e Sudeste (15,1%) (IBGE, 2018).

Figura 1- População residente do Brasil, segundo o sexo e os grupos de idade (%), 2018.



Fonte: IBGE, Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação 2010/2060.

O aumento da expectativa de vida da população vem alterando o perfil epidemiológico no Brasil, com aumento das DCNT e redução das doenças infecto-parasitárias. As DCNT são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. No Brasil, as DCNT foram responsáveis, em 2011, por 68,3% do total de mortes, com predominância das doenças cardiovasculares (30,4%), as neoplasias (16,4%), as doenças respiratórias (6,0%) e o diabetes (5,3%) (MALTA et al., 2014).

De acordo com a OMS, os fatores de risco responsáveis pela grande maioria das mortes por DCNT são o tabagismo, o consumo alimentar inadequado, a inatividade física e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

1.2 DIABETES MELLITUS: DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

O DM é um grupo de doenças metabólicas que resulta de distúrbios na secreção e/ou ação da insulina, alterando a absorção e o armazenamento da glicose sanguínea, o que ocasiona a hiperglicemia (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010; BRASIL, 2013).

O DM pode ser classificado em diferentes tipos, de acordo com a etiologia: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), DM gestacional e outros tipos específicos de DM (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2018; BRASIL, 2013).

O DM1 representa 5-10% dos casos de pessoas com diabetes, e resulta de uma destruição autoimune das células β do pâncreas, levando ao estágio de deficiência absoluta de insulina. Sendo assim, torna-se necessário a reposição por meio da administração de insulina exógena. Acomete principalmente crianças e adolescentes, geralmente de forma abrupta e na maioria dos casos a hiperglicemia é acentuada (BRASIL, 2013).

No DM2 consiste em uma deficiência relativa de insulina, devido aos defeitos na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose. O início costuma ser mais lento e os sintomas mais leves. Geralmente manifesta em adultos com história de excesso de peso ou história familiar da doença. Acomete cerca de 90% dos indivíduos com DM. O tratamento inicial geralmente envolve antidiabéticos orais (ADO), além de mudanças nos hábitos de vida, com dieta e exercícios físicos (BRASIL, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

O DM gestacional é um estado de hiperglicemia detectado pela primeira vez na gravidez. Assemelha-se ao DM2, pois está associado tanto à resistência à insulina quanto à diminuição da função das células beta. Muitos casos resolvem após o parto, no entanto alguns

casos podem persistir e até mesmo retornar algum tempo mais tarde (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2018).

Os tipos específicos de diabetes devido a outras causas são formas menos comuns de DM, e podem resultar de defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, síndromes de diabetes monogênicas (como diabetes neonatal e diabetes de início de maturidade do jovem- MODY), doenças do pâncreas exócrino (como fibrose cística) endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao DM (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2018; BRASIL, 2013).

1.3 EPIDEMIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA DO DIABETES MELLITUS TIPO 2

Em 2013, havia 382 milhões de pessoas no mundo com DM, com projeção de 592 milhões para 2035 (GUARIGUATA et al., 2014) e, em 2017, mais de 425 milhões de pessoas com DM, com estimativa de 693 milhões para 2045 (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017). Esses dados evidenciam a gravidade do cenário do DM no mundo.

No Brasil, a estimativa de casos de DM para pessoas entre 20 e 79 anos foi de 12,5 milhões em 2017, com previsão para mais de 20,3 milhões em 2045. A prevalência de diabetes nessa faixa etária é de 8,7 (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017). Segundo o IBGE, no Brasil, 18,1% da população idosa tem diabetes, no Sudeste essa proporção aumenta para 19,5% e em Minas Gerais 19,6% (IBGE, 2014).

A glicose constitui-se uma importante fonte de energia ao nosso organismo, e alguns tecidos, como o sistema nervoso central, necessitam de uma oferta de glicose contínua para manter suas funções. A insulina é um hormônio anabólico essencial na manutenção da homeostase de glicose, secretado pelas células β das ilhotas pancreáticas após as refeições (PAIVA, 2014).

Após uma refeição, ocorre um aumento na quantidade de glicose sanguínea que, consequentemente estimula a secreção de insulina. O aumento das concentrações de insulina e glicose sanguíneas inibe a produção de glicose pelo fígado e facilita a captação de glicose pelos tecidos sensíveis à insulina (músculo, adiposo, entre outros) (PAIVA, 2014). Além do importante papel da insulina nesse processo, outras substâncias são determinantes para o adequado metabolismo da glicose, como o glucagon, as catecolaminas, o cortisol e o hormônio do crescimento (GH), e garantem o aproveitamento da glicose pelos tecidos periféricos (PAIVA, 2014).

A resistência à insulina é a resposta reduzida de alguns tecidos do corpo às ações biológicas da insulina. Nessa situação ocorre comprometimento da adequada captação periférica da glicose pelas células e, por isso, se acumula no sangue. Conseqüentemente, isso pode causar DM2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

1.4 TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2

O tratamento para o DM2 consiste na adesão aos hábitos de vida saudáveis, com uma alimentação equilibrada, prática de atividade física, consumo moderado de álcool e abandono do tabagismo, somado ou não ao tratamento medicamentoso. A adoção desses hábitos saudáveis é fundamental para o controle da glicemia e para a redução dos fatores de risco para problemas cardiovasculares (BRASIL, 2013).

O tratamento medicamentoso no DM2 é utilizado para complementar o tratamento não-medicamentoso, quando este isolado não controla a hiperglicemia. Os ADO constituem-se a primeira escolha para o tratamento farmacológico, e conforme a evolução da doença pode ser necessária a administração de insulina (DUNCAN et al., 2013). O uso de medicamentos orais para o DM2 possibilita redução na ocorrência de complicações, boa aceitação pelos pacientes, facilidade de prescrição e levam ao menor aumento de peso em comparação à insulina (GUSSO; LOPES, 2012).

Os ADO podem ser classificados de acordo com o seu mecanismo de ação principal: aqueles que aumentam a secreção de insulina (sulfonilureias e glinidas); os que reduzem a velocidade de absorção intestinal de glicose (inibidor da α -glicosidase - acarbose); os que diminuem a produção de glicose no fígado (biguanidas - metformina); e/ou os que aumentam a utilização periférica de glicose no músculo, adipócito e hepatócito. – sensibilizadores de insulina (glitazonas); aqueles que exercem efeito incretínico mediado pelos hormônios GLP-1 (peptídeo semelhante a glucagon 1, glucagon-like peptide-1) – miméticos e análogos do GLP-1 (exenatida, liraglutida, lixisenatida e dulaglutida), e inibidores da enzima DPP-4 (dipeptidil peptidase 4), que reduz a degradação do GLP-1 – as gliptinas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

1.5 DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM IDOSOS

O DM2 ocorre geralmente em pessoas obesas com mais de 40 anos de idade, embora atualmente vê-se com maior frequência em jovens, devido aos maus hábitos de vida – alimentação, sedentarismo, estresse (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2017) o DM2 é o mais prevalente na população idosa, e está relacionada a um maior risco de morte prematura, tem maior associação com comorbidades e com a síndrome da fragilidade no idoso (SILVA; PUREZA; LANDRE, 2015).

No Brasil, a estimativa de casos de DM para pessoas idosas foi de 4,3 milhões em 2017, com projeção para mais de 11,9 milhões em 2045 (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017).

A convivência por muito tempo com DM2 está relacionada a diversas complicações em vários órgãos, tais como olhos, rins, cérebro, nervos, coração e vasos sanguíneos. As complicações do diabetes incluem: cetoacidose; hipoglicemia; retinopatia com potencial perda de visão; nefropatia que pode levar à insuficiência renal; neuropatia periférica com risco de úlceras nos pés, pé diabético, amputações e articulações Charcot; e neuropatia autonômica que causa sintomas gastrointestinais, genitourinários e cardiovasculares e disfunção sexual. Pode ter incidência aumentada de doença aterosclerótica cardiovascular, periférica arterial e cerebrovascular (BRASIL, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Estudo realizado com idosos em Campina Grande-PB evidenciou que os idosos diabéticos em geral não praticavam atividade física (mulheres 77,6% e homens 86,7%). A maioria das mulheres nunca fumou (49,4%) ou ingeriu bebida alcoólica (61,2%), e estavam com sobrepeso/ obesidade (48,8%). Já os homens eram eutróficos (48,1%), relataram serem ex-fumantes (66,7%) e que já ingeriram bebida alcoólica, mas não atualmente (73,3%) (MENEZES et al., 2014).

1.6 CONHECIMENTO E ATITUDE RELACIONADOS AO DIABETES MELLITUS

A atitude é um conceito utilizado para compreender a tendência das pessoas a aderir e conservar alguns comportamentos. No DM o indivíduo pode apresentar atitudes psicológicas e emocionais negativas ou positivas frente à doença (RODRIGUES et al., 2012; TORRES; HORTALE; SCHALL, 2005).

O conhecimento é considerado como um grupo de informações que o indivíduo precisa entender para poder gerenciar sua condição de saúde. No entanto, para promover a mudança no comportamento das pessoas, somente o conhecimento não é o bastante, são necessários outros fatores, como apoio familiar, facilidade de acesso aos serviços de saúde e ao tratamento, entre outras dimensões (RODRIGUES et al., 2012).

Acredita-se que quanto mais vasto seja o conhecimento que o indivíduo tenha em relação à doença e ao seu tratamento, maior será a possibilidade de adesão a atitudes positivas no autocuidado da sua saúde (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

1.7 AUTOEFICÁCIA

Autoeficácia é conceituada como uma crença do indivíduo sobre a sua capacidade de desempenhar atividades específicas ou lidar com situações necessárias para alcançar os resultados esperados (BANDURA, 1977). Quando levado para o contexto do DM2, essas atividades estão relacionadas aos comportamentos de autocuidado, incluindo monitoramento da glicemia, controle dietético, atividade física, cuidados com os pés e ingestão de medicamentos conforme recomendado (THAREK et al., 2018).

Um forte senso de segurança em suas capacidades faz com que as pessoas enfrentem as tarefas difíceis como desafios e não como ameaças, estabelecendo metas e compromissos. Essas pessoas conseguem lidar melhor com os fracassos, conseguindo se reerguer após as falhas, o que reduz o estresse e diminui a vulnerabilidade à depressão (BANDURA, 1994).

Em contrapartida, as pessoas com baixa autoeficácia, que não acreditam em suas capacidades, evitam as tarefas difíceis, pois estas são consideradas ameaçadoras. Esses indivíduos não projetam muitas metas, e tem pouco compromisso com as que propõem, além de desistirem rapidamente diante das dificuldades. Demoram a se recuperar após falhas e fracassos, e são vulneráveis ao estresse e depressão (BANDURA, 1994)

À medida que a pessoa adquire conhecimentos sobre a doença, novas experiências e habilidades, a autoeficácia melhora. Assim sendo, um alto grau de autoeficácia em pessoas com DM pode resultar em progressos no autocuidado, controle glicêmico, saúde geral, saúde mental e fatores sociais (MORRISON; WESTON, 2013).

1.8 ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adesão ao tratamento é definida como o grau de seguimento das recomendações do profissional de saúde em relação ao comportamento do indivíduo – tomar medicamentos, seguir a dieta alimentar ou mudar o estilo de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

A adesão ao tratamento medicamentoso não está relacionada somente ao ato de tomar adequadamente os medicamentos, mas, também, à maneira como o indivíduo conduz o seu tratamento - não abandonar o tratamento, tomar na dose correta, nos horários prescritos e com a duração correta (BARRETO et al., 2015).

A adesão ao tratamento não é responsabilidade somente dos pacientes, mas também da família e dos profissionais de saúde. É um trabalho conjunto, onde os profissionais auxiliam e orientam os usuários e os familiares nos cuidados e na administração dos medicamentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Estudo realizado com pessoas diabéticas em Ribeirão Preto-SP evidenciou que a média para a adesão ao tratamento medicamentoso foi 5,66 (DP=0,42), sugerindo alta adesão. Observou também que 95,7% dos participantes foram classificados na categoria “adesão” e 4,3% na “não adesão” (GOMES-VILLAS BOAS; FOSS-FREITAS; PACE, 2014).

2 JUSTIFICATIVA

Com o envelhecimento da população brasileira e aumento do número de DCNT, dentre elas o DM, vê-se a necessidade de conhecer melhor essa população. Diante disso, percebe-se que avaliar o conhecimento e a atitude relacionada à saúde de idosos com DM, pode proporcionar aos profissionais de saúde conhecer quais as dificuldades encontradas pelos usuários no controle e convívio com a doença e, assim, poder auxiliar no melhor controle metabólico, e melhor preparo e direcionamento na condução dos grupos de educação em saúde.

Percebe-se, de acordo com os estudos referentes à temática, que o baixo conhecimento e atitudes negativas frente à doença são fatores que podem interferir na adesão ao tratamento medicamentoso, dificultando que o indivíduo compreenda a importância do tratamento e da regulação da glicemia; e até mesmo na autoeficácia relacionada ao DM, não permitindo que o idoso tenha capacidade de se autocuidar (MAZZUCHELLO et al., 2016; RODRIGUES et al., 2012).

Além disso, será possível perceber se os idosos com DM que têm melhor conhecimento e atitude positiva frente à doença têm melhor autoeficácia e melhor adesão ao tratamento medicamentoso, e refletir como essa influência pode afetar a vida e a saúde do idoso.

Estudos que mostram a relação entre o conhecimento e atitude frente ao DM e a adesão ao tratamento medicamentoso e a autoeficácia ainda são escassos na literatura, e são realizadas com a população adulta e idosa (BOBAN et al., 2017; FIGUEIRA et al., 2017; MAZZUCHELLO et al., 2016; MEHTA et al., 2016; VICENTE, 2014). Isso reflete a demanda de estudar somente a população idosa, que traz consigo especificidades e carências que devem ser levadas em consideração. A população idosa geralmente apresenta alta taxa de analfabetismo ou baixa escolaridade, o que dificulta o entendimento de prescrições médicas e orientações por escrito; o próprio processo de envelhecimento traz consigo algumas alterações fisiológicas, psicológicas e cognitivas que podem dificultar o idoso no autocuidado e na execução das atividades da vida diária, como redução da acuidade auditiva e visual, alterações cognitivas, alterações na mobilidade (BRASIL, 2007), entre outros; todos esses aspectos refletem a individualidade da pessoa idosa em relação às outras faixas etárias.

Assim sendo, percebe-se a necessidade de novos estudos que evidenciem essa relação nessa população específica, para que a partir dos resultados possam ser propostas melhorias na atenção à saúde do idoso e direcionar a assistência para as carências levantadas.

Além disso, a pesquisa subsidiará novas lacunas para próximos estudos e aspectos importantes para serem trabalhados em atividades de educação em saúde nos serviços pelos profissionais de saúde.

Portanto a questão do nosso estudo consiste em: Existe relação entre as características sociodemográficas e clínicas, conhecimento e atitude frente ao DM em comparação com autoeficácia e adesão ao tratamento medicamentoso dos idosos diabéticos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Uberaba-MG?

3 OBJETIVOS

Neste trabalho os objetivos estão subdivididos em objetivo geral e objetivos específicos.

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a influência de preditores demográficos, clínicos, conhecimento e atitude frente ao DM sobre a autoeficácia e adesão medicamentosa de idosos diabéticos cadastrados nas ESF do município de Uberaba - MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os idosos diabéticos cadastrados nas ESF segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas;
2. Determinar os escores de conhecimento e de atitudes de idosos diabéticos;
3. Determinar os escores de autoeficácia dos idosos diabéticos;
4. Determinar os escores de adesão ao tratamento medicamentoso dos idosos diabéticos;
5. Analisar a relação de variáveis sociodemográficas, clínicas, do conhecimento e da atitude dos idosos diabéticos com a autoeficácia;
6. Analisar a relação de variáveis sociodemográficas, clínicas, do conhecimento, da atitude e da autoeficácia dos idosos diabéticos com a adesão ao tratamento medicamentoso.

4 MÉTODO

Para a realização deste estudo foram utilizados os seguintes materiais e métodos:

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa caracteriza-se como estudo observacional, transversal e com abordagem quantitativa.

A pesquisa quantitativa adota estratégia sistemática, objetiva e rigorosa para gerar e refinar o conhecimento. A pesquisa quantitativa frequentemente quantifica relações entre variáveis (GIL, 2014). Nas pesquisas com método observacional o pesquisador simplesmente observa o paciente, as características da doença ou transtorno, e sua evolução, sem intervir ou modificar qualquer aspecto que esteja estudando. Os estudos transversais são estudos em que a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado. Não há necessidade de saber o tempo de exposição de uma causa para gerar o efeito, o modelo transversal é utilizado quando a exposição é relativamente constante no tempo e o efeito (ou doença) é crônico (CAMPANA et al., 2001).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Uberaba - Minas Gerais, e desenvolvida no domicílio dos idosos diabéticos cadastrados nas ESF.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são unidades para realização de atendimento de atenção primária e integral, a uma população adstrita ao território, de forma programada ou não nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica, médica, enfermagem e de outros profissionais de nível superior. As ações destinam-se exclusivamente à prevenção e promoção dos agravos a saúde (BRASIL, 2012; NATAL, 2014).

Já a ESF surge como uma proposta para a reestruturação do sistema de saúde, organizando a atenção primária e substituindo os modelos tradicionais existentes. A atenção é centrada na família, sendo assistida em seu ambiente físico e social, que abrange o território atendido pela ESF. A composição das equipes da ESF consiste em, no mínimo, um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários. Outros profissionais podem ser incluídos na equipe de acordo com as demandas e necessidades do território (BRASIL, 2012).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o município de Uberaba possui 47 ESF na zona Urbana, distribuídas em três distritos sanitários, com o objetivo de organização e delimitação geográfica do município (UBERABA, 2017).

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram pessoas com DM2, cadastrados nas ESF, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes na zona urbana do município de Uberaba, Minas Gerais.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram considerados critérios de inclusão: idade igual ou maior que 60 anos; diagnóstico médico de DM2; estar em tratamento medicamentoso; estar cadastrado na ESF da zona urbana do município de Uberaba – MG; pessoas com capacidade cognitiva e intelectual para responder ao questionário, iniciando pelo Mini-Exame Estado Mental (MEEM); nos casos de pessoas com rebaixamento auditivo e com capacidade razoável para comunicação, foi realizado a leitura pausada em tom de voz apropriado; para pessoas com baixa acuidade visual/cegueira foi realizado a condução da entrevista de forma apropriada.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os idosos que: não atingiram o escore mínimo no MEEM, de acordo com a escolaridade; apresentaram algum problema na fala ou audição severa, incapacitando a comunicação durante a entrevista; idosos residentes em instituições de longa permanência, e/ou, os idosos que não estavam no domicílio no dia e horário da visita, após 3 tentativas.

4.4 SELEÇÃO DA AMOSTRA

O cálculo do tamanho amostral considerou uma prevalência de adesão de 78,0%, uma precisão de 5% e um intervalo de confiança de 95%, para uma população finita de 8.000 idosos diabéticos, chegando-se a uma amostra de 256 sujeitos. Considerando uma perda de amostragem de 20%, o número de tentativas de entrevistas máximo foi de 320.

O processo de recrutamento dos participantes empregou uma amostragem aleatória simples da grade populacional. Foi obtida uma lista com nomes e endereços dos idosos com DM2 acompanhados pelas ESF's do município, sendo realizado o sorteio aleatório destes, de acordo com a proporção de idosos diabéticos em cada ESF.

Para a obtenção da amostra, foi realizado um sorteio aleatório simples no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 21, com amostra variável/proporcional para cada ESF, de acordo com a quantidade de idosos diabéticos em cada equipe, até atingir o valor total calculado.

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta dos dados somente foi iniciada após a aprovação em exame de Qualificação pelo programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, do aceite por parte da Secretaria Municipal de Saúde e do parecer favorável do CEP da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), em respeito às questões éticas de pesquisas que envolvam seres humanos definidas pelo Conselho Nacional de Saúde (Lei 466/12).

A fase de coleta de dados foi realizada por um período de 4 meses, março a junho de 2018. Os dados foram coletados no domicílio do idoso cadastrado na ESF do município de Uberaba, de forma privativa, protegendo a individualidade de cada participante. Os dias e horários da coleta foram organizados de acordo com a disponibilidade do pesquisador e do sujeito, quando necessário foi agendado o dia para realização da pesquisa.

A seleção dos participantes da pesquisa foi de forma aleatória, através de lista oferecida pelo serviço, com endereços, onde os pesquisadores foram entrevistar os indivíduos por ordem de sorteio até atingir a amostra pré-estabelecida para aquela unidade.

Todos os pesquisadores que compõe o grupo de trabalho foram capacitados pelos pesquisadores responsáveis, onde foram instruídos em relação à abordagem e comunicação com os idosos, instrumentos de coleta de dados, condução da entrevista e aspectos éticos.

Durante a abordagem no domicílio, o pesquisador se identificou, realizou o esclarecimento a respeito da pesquisa e deu a liberdade em participar ou não do estudo. Foi realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Como primeiro instrumento foi aplicado o MEEM (Anexo 1), que possui caráter eliminatório e tem o objetivo de rastrear de forma rápida e objetiva as funções cognitivas dos participantes.

Após a avaliação e obtenção de pontuação mínima no MEEM, o idoso foi apresentado a seis outros instrumentos, questionário estruturado sociodemográfico e clínico (Apêndice B); versão brasileira da Escala de Conhecimentos de Diabetes (DNK-A) (Anexo 2); versão brasileira do questionário de Atitudes (ATT-19) (Anexo 3); questionário de Medida de Adesão ao Tratamento Medicamentoso no Diabetes Mellitus – Antidiabéticos Orais (MAT-ADO) (Anexo 4); questionário de Medida de Adesão ao Tratamento Medicamentoso no Diabetes Mellitus – Insulinoterapia (MAT-Insulina) (Anexo 5); Escala de Autoeficácia no Controle do Diabetes para Pacientes com Diabetes Tipo 2 (DMSES) (Anexo 6).

4.5.1 Aplicação do teste piloto

Foi realizado primeiramente um teste piloto, onde foram entrevistados 17 idosos de uma única UBS. Os idosos foram sorteados respeitando os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Cabe ressaltar que os idosos que participaram desta etapa foram automaticamente excluídos do processo de seleção final dos participantes.

O teste piloto teve como objetivos, consolidar o processo de validação de conteúdo do questionário sociodemográfico e clínico, e auxiliar no planejamento das demais etapas do projeto, com o intuito de diminuir possíveis vieses de seleção, recrutamento e coleta de dados.

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A avaliação pelo MEEM (anexo 1), versão traduzida e validada no Brasil (BERTOLUCCI et al., 1994) é de caráter eliminatório. O MEEM fornece informações sobre diversos parâmetros cognitivos, as questões são divididas em sete categorias, avaliando funções como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero ponto, o qual indica maior declínio cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, que corresponde à melhor capacidade cognitiva. São sugeridos os seguintes pontos de corte: 13 a 17 para analfabetos, 18 a 25 para escolaridade baixa e média (de 1 a 8 anos) e acima de 26 para alta escolaridade (superior a 8 anos) (BERTOLUCCI et al., 1994).

O questionário sociodemográfico e de saúde (apêndice B) foi elaborado pelos próprios autores e baseado em estudos anteriores (SANTOS et al., 2012; SANTOS et al., 2014).

Contém questões como idade, sexo, estado civil, raça, religião, escolaridade, ocupação, renda, com quem mora, tempo de diabetes, comorbidades, complicações do DM, medicações em uso, serviços de saúde que frequenta, hábitos de vida (tabagismo, bebida alcoólica, atividade física).

O DKN-A (anexo 2) possui 15 itens de múltipla escolha sobre diferentes aspectos relacionados ao conhecimento geral de DM. Apresenta cinco categorias: a) fisiologia básica, b) hipoglicemia, c) grupos de alimentos e suas substituições, d) gerenciamento de DM na intercorrência de alguma outra doença, e) princípios gerais dos cuidados da doença. A escala de medida é de 0-15 e cada item é medido com escore um (1) para resposta correta e zero (0) para incorreta. Os itens de 1 a 12 requerem uma única resposta correta. Para os itens de 13 a 15 algumas respostas são corretas e todas devem ser conferidas para obter o escore um (1). Um alto escore indica maior conhecimento sobre DM. Escore maior que 8 indica maior conhecimento sobre o diabetes (BEENEY; DUNN; WELCH, 2001).

O ATT-19 (anexo 3) é um questionário sobre a medida de ajustamento psicológico para DM. Consiste de 19 itens que incluem seis fatores: a) estresse associado a DM, b) receptividade ao tratamento, c) confiança no tratamento, d) eficácia pessoal, e) percepção sobre a saúde, f) aceitação social. As questões 11, 15 e 18 começam com o escore reverso. Cada resposta é medida pela escala de Likert de cinco pontos (não concordo de jeito nenhum - escore 5; até concordo totalmente - escore 1). O total da taxa-escore varia entre 19 a 95 pontos. Um alto escore indica a atitude positiva sobre a doença. Escore maior que 70 pontos indica atitude positiva acerca da doença (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2005).

O DMSES (anexo 6) avalia a autoeficácia de pessoas com DM2 para desempenhar comportamentos de autocuidado em relação à doença. Foi adaptado e validado para o Brasil por Pace e colaboradores (2017). É uma escala tipo Likert, com 20 itens distribuídos em quatro domínios (1-Nutrição específica e peso; 2-Nutrição geral e tratamento medicamentoso; 3-Exercício físico; 4-Glicose sanguínea). Todos os itens apresentam uma resposta padrão que vai de “com certeza sim” até “com certeza não”, com escores variando, respectivamente, de cinco a um. A AE é determinada pela média global do instrumento, ou seja, somam-se os escores de cada item e divide-se por 20, que é o número de itens. Médias mais altas indicam maior AE (VAN DER BIJL, VAN POELGEEST-EELTINK, SHORTRIDGE- BAGGET, 1999).

Foram utilizados os instrumentos MAT-ADO (anexo 4) e MAT-Insulina (anexo 5) adaptados por Gomes-Villas Boas, Lima e Pace (2014). A MAT é uma escala composta por sete itens e se destina a avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito. A MAT-

ADO avalia a adesão ao tratamento medicamentoso com ADO e a MAT-insulina avalia a adesão à insulinoterapia (GOMES-VILLAS BOAS; LIMA; PACE, 2014). Todos os itens apresentam uma resposta que vai de “sempre” até “nunca”, com escores variando, respectivamente, de um a seis. A adesão é verificada pela média global do instrumento, ou seja, soma-se os escores de cada item e divide-se por sete, que é o número de itens. Médias mais altas ($\geq 5,0$) indicam maior adesão ao tratamento (DELGADO; LIMA, 2001).

4.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.7.1 Variáveis sociodemográficas

Sexo (feminino e masculino), faixa etária (60-69, 70-79 e 80 anos ou mais), escolaridade (analfabeto, 1-3, 4-7, 8 anos ou mais), estado civil (nunca morou com companheiro, mora com companheiro, viúvo, separado/desquitado/divorciado), cor da pele (branca, preta, parda, amarela, indígena), religião (católica, evangélica, espírita, outras), com quem mora (só; somente com cuidador profissional (um ou mais); somente com o cônjuge; com outros de sua geração (com ou sem cônjuge); com filhos (com ou sem cônjuge); com netos (com ou sem cônjuge); outros arranjos), aposentadoria (sim, não), ocupação profissional (sim, não), renda individual em salários mínimos (sem renda; <1 salário mínimo; 1 salário mínimo; 1-3 salários mínimos; 3-5 salários mínimos, > que 5 salários mínimos), renda familiar em salários mínimos (<1 salário mínimo; 1 salário mínimo; 1-3 salários mínimos; 3-5 salários mínimos, > que 5 salários mínimos).

4.7.2 Variáveis clínicas

Tempo de diagnóstico do DM (até 5 anos, 6-15 anos, 16-25 anos, 26 anos ou mais), complicações do DM (não tem, retinopatia diabética, pé diabético, nefropatia diabética, neuropatia diabética, úlcera, amputação), tabagismo (sim, não, ex-tabagista), bebida alcoólica (sim, não, ex-alcoólatra), atividade física (sim, não).

4.7.3 Variáveis para Farmacoterapia

Classificação dos medicamentos para DM2: biguanida, sulfoniluréias, gliptinas (inibidor da DPP-4), inibidores da SGLT2, glitazonas, miméticos e análogos do GLP-1,

insulina de ação intermediária, insulina de ação rápida, insulina de ação ultrarrápida, insulina de ação longa, número de medicamentos (0-4, 5 ou mais).

4. 7. 4 Comorbidades autorreferidas

Não tem comorbidades, hipertensão arterial (HA), problemas visuais, dislipidemia, problemas de coluna, artrite/artrose, má circulação (varizes), problemas cardíacos, hipotireoidismo, depressão, obesidade, problema renal, incontinência urinária, osteoporose, asma ou bronquite, Acidente Vascular Cerebral (AVC), outros, número de comorbidades (0-4, 5 ou mais).

4. 7. 5 Variáveis para procura de serviços de saúde

Serviços de saúde (unidade de saúde/UBS/UMS/ESF, ambulatório UFTM/URS, hospital público, consultórios particulares, hospital particular), frequência UBS (não frequente, mais de uma vez na semana, semanal, quinzenal, mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual, somente em último caso).

4. 7. 6 Variáveis para Conhecimento

Baixo conhecimento (≤ 8 pontos), alto conhecimento (> 8 pontos).

4. 7. 7 Variáveis para atitude

Atitude negativa (≤ 70 pontos), atitude positiva (> 70 pontos).

4. 7. 8 Variáveis para autoeficácia

Autoeficácia – domínios: nutrição específica e peso, nutrição geral e tratamento, exercício físico, glicose sanguínea.

4. 7. 9 Variáveis para Adesão ao tratamento com antidiabéticos orais

Não (< 5 pontos), sim (≥ 5 pontos).

4. 7. 10 Variáveis para Adesão ao tratamento com insulina

Não (<5 pontos), sim (\geq 5 pontos).

4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados dos questionários foram digitados, tabulados e consolidados no programa Microsoft Excel®, por dupla entrada (digitação) e digitadores independentes para minimizar falhas na entrada do banco de dados. O banco foi transportado para o programa SPSS versão 21.0, para realizar as análises exploratórias e inferenciais. Os resultados foram apresentados na forma de gráficos e tabelas, para facilitar a interpretação e análise dos mesmos.

4.8.1 Objetivos específico 1

Para o objetivo 1 foram realizadas análises exploratórias (descritivas) dos dados a partir da apuração de frequências simples absolutas e relativas para as variáveis categóricas e medidas de centralidade (média, mediana e moda) e de variabilidade (amplitudes, desvio padrão, coeficiente de variação, mínimo e máximo) para variáveis quantitativas.

4.8.2 Objetivo específico 2

Já o objetivo 2 incluiu medidas resumo de tendência central, variabilidade, para os valores brutos do escore e distribuição de frequência absoluta e relativa para o escore dicotomizado; bem como a medida de consistência interna das escalas utilizadas (α de Cronbach).

4.8.3 Objetivo específico 3

Para o objetivo 3 foi realizado as medidas resumo de tendência central, variabilidade, bem como a medida de consistência interna das escalas utilizadas (α de Cronbach).

4.8.4 Objetivo específico 4

No objetivo 4, para determinar a prevalência de adesão medicamentosa, foi apresentada por distribuição de frequência absoluta e relativa.

4.8.5 Objetivo específico 5

Já para o objetivo 5 a análise bivariada para preditores dicotômicos incluiu o teste t-student para amostras independentes e correlações de Pearson para preditores quantitativos. A contribuição simultânea e independente de preditores sociodemográficos e clínicos, conhecimento e atitudes em relação ao DM sobre a autoeficácia, empregou a análise de regressão linear múltipla. Os preditores foram escolhidos levando-se em consideração a relevância conceitual das variáveis apresentadas na literatura.

4.8.6 Objetivo específico 6

Para atender ao objetivo 6, análise bivariada para variáveis dicotômicas incluiu medidas de associação (qui-quadrado, razão de prevalência, e razão de chances de prevalência), em tabelas de contingência. Foi realizada uma regressão logística binária para verificar se a autoeficácia (variável quantitativa) é preditor significativo da adesão ao tratamento medicamentoso.

Já a contribuição de variáveis demográficas e clínicas, conhecimento, atitude e autoeficácia sobre adesão medicamentosa incluiu análise de regressão logística binomial múltipla. Os preditores foram escolhidos levando-se em consideração a relevância conceitual das variáveis apresentadas na literatura. Esse trabalho considerou um nível de significância $\alpha=0,05$.

4.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Saúde do município de Uberaba/MG e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFTM, sob o nº 2.410.512 (anexo 7), respeitando as questões éticas de pesquisas que envolvam seres humanos definidas pelo Conselho Nacional de Saúde (Lei 466/12).

A assinatura do TCLE (Apêndice A) foi realizada após leitura e explicação minuciosa pelos pesquisadores, explicando o tema, objetivos e finalidade do trabalho, bem como a garantia do anonimato, sigilo e privacidade, além de ser realizada em duas vias, uma permanecendo com o respondente. A entrevista ocorreu somente após a anuência do entrevistado e a assinatura do referido Termo.

As entrevistas ocorreram em ambiente calmo e reservado, levando em consideração a estrutura física do domicílio do idoso, preservando ao máximo a privacidade do respondente. Os instrumentos foram codificados de maneira a impossibilitar o rastreamento dos participantes. A análise dos dados foi realizada de maneira agrupada, não sendo mencionadas as características individuais de cada participante.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS COM DM2

Do total de idosos entrevistados (256) verificou-se que a maioria era do sexo feminino (61,7%); com 60 a 69 anos (54,7%, média de 69,95 anos, DP: 7,02); tinha 4 a 7 anos de escolaridade (40,6%); morava com companheiro (a) (59,0%); cor da pele branca (51,2%); religião católica (64,5%). Prevaleceram idosos que moravam com filhos (com ou sem cônjuge) (34,0%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas de idosos com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	Categorias	N	%
Sexo	Masculino	98	38,3
	Feminino	158	61,7
Faixa etária	60-69 anos	140	54,7
	70-79 anos	88	34,4
	80 ou mais	28	10,9
Escolaridade	Analfabeto	34	13,3
	1 a 3 anos	65	25,4
	4 a 7 anos	104	40,6
	8 anos ou mais	53	20,7
Estado Civil	Nunca morou com companheiro	11	4,3
	Mora com companheiro	151	59,0
	Viúvo	58	22,7
	Separado, desquitado ou divorciado	30	11,7
Cor da pele	Ignorado	6	2,3
	Branca	131	51,2
	Preta	48	18,8
	Parda	69	27,0
	Amarela	7	2,7
Religião	Índigena	1	0,4
	Católica	165	64,5
	Evangélica	45	17,6
	Espírita	36	14,1
Com quem mora	Outra	10	3,9
	Só	26	10,2
	Somente com cuidador profissional (1ou+)	2	0,8
	Somente com o cônjuge	69	27,0
	Com outros de sua geração (com ou sem cônjuge)	19	7,4
	Com filhos (com ou sem cônjuge)	87	34,0
	Com netos (com ou sem cônjuge)	46	18,0
Outros arranjos	5	2,0	
	Não respondeu	2	0,8

Fonte: a autora, 2018.

Quanto à renda mensal individual, verificou-se que 57,4% dos idosos referiram receber um salário mínimo. Sobre a renda mensal familiar, 60,5% dos entrevistados possuíam renda entre um a três salários mínimos. Houve predomínio de idosos aposentados (79,7%) e que não tinham ocupação profissional (81,3%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de frequência das variáveis econômicas de idosos com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	Categorias	N	%
Aposentadoria	Sim	204	79,7
	Não	52	20,3
Ocupação profissional	Sim	48	18,8
	Não	208	81,3
Renda Individual*	Não tem renda	18	7,0
	Menos que 1 salário mínimo	16	6,3
	1 salário mínimo	147	57,4
	De 1 a 3 salários mínimos	60	23,4
	De 3 a 5 salários mínimos	8	3,1
Renda familiar*	mais de 5 salários mínimos	7	2,7
	Menos que 1 salário mínimo	3	1,2
	1 salário mínimo	45	17,6
	De 1 a 3 salários mínimos	155	60,5
	De 3 a 5 salários mínimos	44	17,2
	mais de 5 salários mínimos	9	3,5

Fonte: a autora, 2018.

Nota: *Salário mínimo, no Brasil, no momento da pesquisa de R\$954,00.

5.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS IDOSOS COM DM2

Referente às variáveis clínicas, 41,8% dos idosos tinham 6 a 15 anos de diagnóstico de DM2 (média de 13,87 anos, DP: 9,51); a maioria não apresentava complicações decorrentes da doença (73%), sendo que, dos que apresentavam, a complicação mais frequente foi a retinopatia diabética (16%). Destaca-se que 56,3% possuíam cinco ou mais comorbidades e 55,9% utilizavam cinco ou mais medicamentos. (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição de frequência das variáveis clínicas de idosos com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	Categorias	N	%
Tempo de diabetes	Até 5 anos	59	23,1
	6 a 15 anos	107	41,8
	16 a 25 anos	61	23,8
	26 anos ou mais	29	11,3
Complicações do DM*	Não	187	73,0
	Retinopatia Diabética	41	16,0
	Pé diabético	12	4,7
	Nefropatia Diabética	19	7,4
	Neuropatia Diabética	4	1,6
	Úlcera	7	2,7
	Amputação	5	2,0
Número de comorbidades autorreferidas	0 a 4	112	43,7
	5 ou mais	144	56,3
Número de medicamentos	0 a 4	113	44,1
	5 ou mais	143	55,9

Fonte: a autora, 2018.

Nota: * Item de múltipla escolha (um idoso pode apresentar mais de uma complicação).

A maioria dos idosos referiu utilizar somente medicamentos orais para o tratamento do DM2 (74,6%), enquanto que 17,6% faziam associação do medicamento oral com insulina (tabela 4).

Tabela 4. Distribuição de frequência do tipo de tratamento medicamentoso para o diabetes mellitus tipo 2 utilizado pelos idosos, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Tipo de tratamento medicamentoso	N	%
Utiliza somente medicamento oral	191	74,6
Utiliza somente insulina	20	7,8
Associa medicamento oral e insulina	45	17,6

Fonte: a autora, 2018.

O medicamento oral mais utilizado pelos idosos com DM2 foi o Cloridrato de Metformina (81,3%), seguido pelos medicamentos da classe das sulfoniluréias (30,1%). Em relação à insulina, a de ação intermediária, NPH (23,8%) foi a mais citada pelos idosos. A Tabela 5 apresenta as classes de medicamentos utilizadas no tratamento do DM2.

Tabela 5. Distribuição de frequência das classes de medicações utilizadas por idosos para tratamento do diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Medicações*	N	%
Biguanida (Metformina)	208	81,3
Sulfoniluréias	77	30,1
Gliptinas (inibidor da DPP-4)	23	9
Inibidores da SGLT2	8	3,2
Glitazonas	4	1,6
Miméticos e análogos do GLP-1	1	0,4
Insulina de Ação Intermediária (NPH)	61	23,8
Insulina de Ação Rápida (Regular)	9	3,5
Insulina de Ação Ultrarrápida	3	1,2
Insulina de Ação Longa	2	0,8

Fonte: a autora, 2018.

Nota: * Item de múltipla escolha (um idoso pode utilizar mais de um medicamento).

As comorbidades mais frequentes referidas pelos idosos foram: HA (85,9%), problemas visuais (58,6%) e dislipidemia (46,9%). Somente 1,2% dos idosos com DM2 não apresentavam comorbidades (tabela 6).

Tabela 6. Distribuição de frequência das comorbidades referidas pelos idosos com diabetes mellitus tipo 2, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.

Comorbidades*	N	%
Não tem comorbidades	3	1,2
Hipertensão arterial	220	85,9
Problemas visuais	150	58,6
Dislipidemia	120	46,9
Problema de coluna	112	43,8
Artrite e/ou artrose	99	38,7
Má circulação (varizes)	90	35,2
Problemas Cardíacos	89	34,8
Hipotireoidismo	65	25,4
Depressão	60	23,4
Obesidade	48	18,8
Problema renal	48	18,8
Incontinência urinária	36	14,1
Osteoporose	34	13,3
Asma e/ou bronquite	30	11,7
AVC	29	11,3
Outras	97	38,1

Fonte: a autora, 2018.

Nota: * Item de múltipla escolha (um idoso pode referir mais de uma comorbidade).

De acordo com os hábitos de vida, 27% eram ex-tabagistas e 7,4% tabagistas, 18,4% consumiam bebida alcoólica e 8,6% eram ex-alcoólatras, e 68,4 % não praticavam atividade física (tabela 7).

Tabela 7. Distribuição de frequência das variáveis de hábitos de vida de idosos com diabetes mellitus, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	Categorias	N	%
Tabagismo	Sim	19	7,4
	Não	168	65,6
	Ex-tabagista	69	27,0
Bebida Alcoólica	Sim	47	18,4
	Não	187	73,0
	Ex-alcoólatra	22	8,6
Atividade Física	Sim	81	31,6
	Não	175	68,4

Fonte: a autora, 2018.

Quanto à procura por serviços de saúde, todos os idosos referiram utilizar algum tipo, sendo a Unidade de Saúde/UBS/UMS/ESF a mais procurada (92,6%) e frequentada mensalmente por 42,6% dos idosos (tabela 8).

Tabela 8. Distribuição de frequência das variáveis de procura por serviços de saúde de idosos com diabetes mellitus, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	Categorias	N	%
Serviços de Saúde*	Unidade de Saúde/UBS/UMS/ESF	237	92,6
	Ambulatório UFTM/URS	92	35,9
	Hospital Público	93	36,3
	Consultórios particulares	58	22,7
	Hospital Particular	45	17,6
	Frequência UBS	Não frequenta	19
Mais de uma vez na semana		2	0,8
Semanal		14	5,5
Quinzenal		18	7,0
Mensal		109	42,6
Bimestral		20	7,8
Trimestral		27	10,5
Semestral		18	7,0
Anual		5	2,0
Somente em último caso (uma vez ou outra)		24	9,4

Fonte: a autora, 2018.

Nota: * Item de múltipla escolha (um idoso pode frequentar mais de um serviço de saúde)

5.3 CONHECIMENTO E ATITUDE DOS IDOSOS COM DM2

Quanto ao escore total de conhecimento, verificou-se que 60,9% dos entrevistados apresentaram baixo conhecimento sobre o DM (≤ 8 pontos). Na análise do escore verificou-se uma variação entre 0 a 14 pontos (do total de 0 a 15), sendo a média 7,62 pontos (DP: 2,74).

Sobre o escore total de atitude, foi observada atitude negativa (≤ 70 pontos) na maioria dos entrevistados (75,8%). Verificou-se uma variação entre 43 e 89 pontos (do total de 19 a 95 pontos), sendo a média 64,43 pontos (DP: 8,81).

A tabela 9 apresenta a distribuição dos escores de conhecimento e atitude.

Tabela 9. Distribuição das medidas de tendência central das variáveis de conhecimento e atitude de idosos com diabetes mellitus, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	N (%)	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mediana	α de Cronbach
Escore total Conhecimento (DKN-A)		0	14	7,62	2,74	8	0,62
Baixo conhecimento	156 (60,9)						
Alto Conhecimento	100 (39,1)						
Escore total de Atitude (ATT-19)		43	89	64,43	8,81	65	0,75
Atitude negativa	194 (75,8)						
Atitude positiva	62 (24,2)						

Fonte: a autora, 2018.

5.4 AUTOEFICÁCIA E ADESÃO MEDICAMENTOSA

Na análise da escala de autoeficácia por domínios, observou-se a maior média (4,11 e DP=0,58) para o domínio “Nutrição Geral e Tratamento medicamentoso” e o domínio com menor média (2,83 e DP=1,38) foi o domínio “Exercício Físico”. O valor médio obtido para a escala total foi de 3,75 (DP=0,59) (Tabela 10).

Tabela 10. Distribuição das medidas de tendência central dos escores dos domínios de autoeficácia de idosos com diabetes mellitus, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Autoeficácia	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mediana	α de Cronbach
Escore total médio de Autoeficácia	1,45	5,00	3,75	0,59	3,75	0,82
Nutrição Específica e peso	1,00	5,00	3,77	0,93	4,00	0,81
Nutrição Geral e Tratamento	1,89	5,00	4,11	0,58	4,11	0,68
Exercício Físico	1,00	5,00	2,83	1,38	3,00	0,87
Glicose Sanguínea	1,00	5,00	3,53	1,08	3,67	0,76

Fonte: a autora, 2018.

Do total de entrevistados (256), 236 relataram tomar ADO e 65 usavam insulina. Quanto à adesão ao tratamento medicamentoso, 89,8% aderem ao tratamento oral e 96,9% ao tratamento com insulina (tabela 11).

Tabela 11. Distribuição das medidas de tendência central das variáveis de adesão ao tratamento medicamentoso de idosos com diabetes mellitus, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	N (%)	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mediana	α de Cronbach
Escore médio de Adesão (MAT-ADO)		2,57	6	5,55	0,57	5,71	0,78
Não	24 (10,2)						
Sim	212 (89,8)						
Escore médio de Adesão (MAT-Insulina)		3,86	6	5,72	0,37	5,86	0,66
Não	2 (3,1)						
Sim	63 (96,9)						

Fonte: a autora, 2018.

5.5 FATORES ASSOCIADOS À AUTOEFICÁCIA NO DM

Na análise bivariada dos fatores associados à autoeficácia, houve associação estatisticamente significativa somente entre as variáveis idade e domínio “Glicose Sanguínea” ($p=0,020$), quanto maior a idade pior a autoeficácia neste domínio (Tabela 12).

Tabela 12. Análise bivariável por domínio de autoeficácia dos idosos com diabetes mellitus, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	Auto eficácia					p*
	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mediana	
ESCORE TOTAL DE AUTOEFICÁCIA						
Sexo						0,235
Masculino	2,50	5,00	3,80	0,55	3,85	
Feminino	1,45	5,00	3,71	0,62	3,70	
Idade						0,165
60-79 anos	1,45	5,00	3,77	0,59	3,80	
80 anos ou mais	2,50	4,70	3,60	0,63	3,63	
Estado Civil						0,761
Com companheiro	2,35	5,00	3,76	0,58	3,80	
Sem companheiro	1,45	5,00	3,74	0,63	3,75	
NUTRIÇÃO ESPECÍFICA E PESO						
Sexo						0,781
Masculino	1,20	5,00	3,75	0,93	4,00	
Feminino	1,00	5,00	3,78	0,93	4,00	
Idade						0,134
60-79 anos	1,00	5,00	3,80	0,91	4,00	
80 anos ou mais	1,80	5,00	3,52	1,05	3,70	
Estado Civil						0,101
Com companheiro	1,20	5,00	3,70	0,98	4,00	
Sem companheiro	1,00	5,00	3,89	0,85	4,00	
NUTRIÇÃO GERAL E TRATAMENTO MEDICAMENTOSO						
Sexo						0,324
Masculino	2,67	5,00	4,16	0,51	4,22	
Feminino	1,89	5,00	4,09	0,62	4,11	
Idade						0,835
60-79 anos	1,89	5,00	4,11	0,58	4,11	
80 anos ou mais	2,89	5,00	4,13	0,60	4,17	
Estado Civil						0,999
Com companheiro	2,67	5,00	4,12	0,56	4,11	
Sem companheiro	1,89	5,00	4,12	0,61	4,11	
EXERCÍCIO FÍSICO						
Sexo						0,166
Masculino	1,00	5,00	2,98	1,41	3,00	
Feminino	1,00	5,00	2,74	1,36	2,67	
Idade						0,447
60-79 anos	1,00	5,00	2,85	1,38	3,00	
80 anos ou mais	1,00	5,00	2,64	1,43	2,33	
Estado Civil						0,088
Com companheiro	1,00	5,00	2,96	1,40	3,00	
Sem companheiro	1,00	5,00	2,66	1,35	2,67	
GLICOSE SANGUÍNEA						
Sexo						0,164
Masculino	1,00	5,00	3,65	1,03	3,67	
Feminino	1,00	5,00	3,45	1,10	3,67	
Idade						0,020
60-79 anos	1,00	5,00	3,58	1,04	3,67	
80 anos ou mais	1,00	5,00	3,08	1,26	3,00	
Estado Civil						0,218
Com companheiro	1,00	5,00	3,60	1,11	3,67	
Sem companheiro	1,00	5,00	3,43	1,04	3,67	

Fonte: a autora, 2018.

Nota: *p <0,05.

Ao correlacionar as variáveis renda familiar, escolaridade, tempo de diagnóstico do DM, conhecimento, atitude, número de comorbidades e medicamentos com os domínios da autoeficácia, verificou-se correlações estatisticamente significativas para domínio “Nutrição específica e peso” e conhecimento ($p=0,023$), atitude ($p<0,001$); para domínio “Nutrição geral e tratamento medicamentoso” e renda familiar ($p=0,035$), escolaridade ($p=0,011$), conhecimento ($p<0,001$), atitude ($p=0,002$); para domínio “Exercício físico” e escolaridade ($p=0,005$), atitude ($p<0,001$), número de comorbidades ($p=0,005$); para domínio “Glicose sanguínea” e escolaridade ($p=0,006$), tempo de diagnóstico de DM ($p=0,050$), conhecimento ($p<0,001$) (tabela 13).

A correlação entre o domínio “Nutrição específica e peso” e as variáveis conhecimento e atitude é fraca e positiva, ou seja, à medida que aumenta o conhecimento e a atitude melhora a autoeficácia neste domínio; entre o domínio “Nutrição geral e tratamento medicamentoso” e as variáveis renda familiar, escolaridade e atitude é uma correlação fraca e positiva, entre este domínio e o conhecimento, a correlação é moderada e positiva, inferindo que quanto maior os rendimentos da família, os anos de estudo, atitude e o conhecimento melhor é a autoeficácia neste domínio; entre o domínio “Exercício físico” e as variáveis escolaridade e atitude é uma correlação fraca e positiva, indicando que quanto maior os anos de estudo e atitude positiva melhor é a autoeficácia neste domínio; já entre o domínio “exercício físico” e o número de comorbidades, é uma correlação fraca e negativa, ou seja, quanto mais comorbidades pior é a autoeficácia neste domínio; entre o “domínio glicose sanguínea” e as variáveis escolaridade e tempo de diagnóstico de DM é uma correlação fraca e positiva, entre este domínio e o conhecimento é moderada e positiva, indicando que quanto maior os anos de estudo, o tempo de DM e conhecimento melhor é a autoeficácia neste domínio (tabela 13).

Tabela 13. Correlação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e de conhecimento e atitude com os domínios de autoeficácia dos idosos com diabetes mellitus, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	Auto eficácia									
	Nutrição específica e peso		Nutrição geral e trat. medicamentoso		Exercício físico		Glicose sanguínea		Escore total	
	R	p*	R	p*	R	p*	R	p*	r	p*
Renda familiar**	0,106	0,090	0,132	0,035	0,019	0,760	-0,005	0,942	0,123	0,049
Escolaridade (anos)	0,058	0,357	0,159	0,011	0,173	0,005	0,173	0,006	0,200	0,001
Tempo de diagnóstico DM	-0,014	0,818	0,036	0,562	-0,023	0,709	0,123	0,050	0,036	0,571
Conhecimento	0,142	0,023	0,306	<0,001	0,100	0,112	0,339	<0,001	0,317	<0,001
Atitude	0,224	<0,001	0,195	0,002	0,242	<0,001	0,105	0,094	0,286	<0,001
Número de comorbidades	-0,066	0,291	-0,069	0,272	-0,174	0,005	0,051	0,413	-0,103	0,101
Número de medicamentos	0,040	0,526	-0,027	0,670	-0,091	0,147	0,025	0,687	-0,021	0,737

Fonte: a autora, 2018.

Nota: *p <0,05; **Correlação de Spearman

A Tabela 14 apresenta o modelo de regressão linear múltipla para o escore total e domínios de autoeficácia para o DM.

O escore total de autoeficácia permaneceu associado à atitude ($p=<0,001$) e conhecimento ($p=<0,001$). O domínio “Nutrição específica e peso” continuou associado à atitude ($p=0,0006$). O domínio “Nutrição geral e tratamento medicamentoso” permaneceu associado à atitude ($p=0,032$) e conhecimento ($p=<0,001$). O domínio “Exercício Físico” esteve associado à renda familiar ($p=0,020$), à escolaridade ($p=0,010$) e à atitude ($p=<0,001$). O domínio “Glicose sanguínea” continuou associada ao tempo de diabetes ($p=0,029$) e ao conhecimento ($p=<0,001$).

Tabela 14. Coeficientes de regressão linear múltipla para o escore total e domínios de autoeficácia de idosos com diabetes mellitus, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	Auto eficácia									
	Nutrição específica e peso		Nutrição geral e trat. medicamentoso		Exercício físico		Glicose sanguínea		Escore total	
	β	p*	β	p*	β	p*	B	p*	β	p*
Sexo	-0,013	0,833	0,055	0,365	0,121	0,051	0,089	0,138	0,085	0,151
Faixa etária	0,071	0,257	-0,061	0,319	0,011	0,854	0,114	0,058	0,036	0,544
Renda familiar	0,117	0,072	0,066	0,297	-0,149	0,020	-0,051	0,413	0,009	0,884
Escolaridade	-0,028	0,680	0,042	0,524	0,170	0,010	0,057	0,380	0,082	0,197
Tempo de diabetes	-0,005	0,941	0,018	0,766	-0,005	0,935	0,131	0,029	0,040	0,498
Conhecimento	0,098	0,141	0,268	<0,001	-0,006	0,922	0,289	<0,001	0,233	<0,001
Atitude	0,177	0,006	0,135	0,032	0,269	<0,001	0,060	0,331	0,238	<0,001

Fonte: a autora, 2018.

Nota: *p <0,05.

5.6 FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO MEDICAMENTOSA NO DM

Na análise bivariada, o maior percentual de adesão ao tratamento com ADO esteve presente nos idosos do sexo feminino (92,0%), do grupo etário de 80 anos ou mais (92,3%), sem companheiro (91,2%), com quatro anos ou mais de escolaridade (91,0%), tempo de diagnóstico de DM2 de um a dez anos (92,7%), com baixo conhecimento (90,9%), atitude positiva (94,7%), com maior número de comorbidades (91,7%) e polifarmácia (91,7%). Não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis (Tabela 15).

Quanto à autoeficácia, percebeu-se que ela foi um preditor relevante para a adesão ao tratamento com ADO (RCP ajustado = 2,414; IC 95% = 1,197- 4,870; $p = 0,014$).

Tabela 15. Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas de idosos com diabetes mellitus, de acordo com a adesão ao tratamento medicamentoso oral, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	Adesão Antidiabéticos Orais						
	SIM		NÃO		RP* (IC**)	RCP*** (IC**)	p****
	n	%	n	%			
Sexo					1,07 (0,97- 1,18)	1,87 (0,80- 4,36)	0,145
Feminino	138	92,0	12	8,0			
Masculino	74	86,0	12	14,0			
Faixa Etária					1,03 (0,91- 1,16)	1,40 (0,31- 6,35)	0,658
60-79 anos	188	89,5	22	10,5			
80 anos ou mais	24	92,3	2	7,7			
Estado Civil					1,02 (0,94- 1,11)	1,26 (0,51- 3,09)	0,621
Com companheiro	124	89,2	15	10,8			
Sem companheiro	83	91,2	8	8,8			
Escolaridade					1,04 (0,95- 1,14)	1,40 (0,60- 3,27)	0,440
0 a 3 anos	80	87,9	11	12,1			
4 anos ou mais	132	91,0	13	9,0			
Renda familiar					1,00 (0,90- 1,11)	1,01 (0,36- 2,84)	0,993
Até 3 salários mínimos	168	89,8	19	10,2			
3 salários mínimos ou mais	44	89,8	5	10,2			
Tempo de diagnóstico DM					1,07 (0,98- 1,17)	1,94 (0,81- 4,63)	0,130
1 a 10 anos	114	92,7	9	7,3			
11 anos ou mais	98	86,7	15	13,3			
Conhecimento (DKN-A)					1,03 (0,94- 1,13)	1,34 (0,57- 3,14)	0,497
Baixo conhecimento	130	90,9	13	9,1			
Alto conhecimento	82	88,2	11	11,8			
Atitude (ATT-19)					1,07 (0,99- 1,16)	2,39 (0,69- 8,34)	0,159
Atitude negativa	158	88,3	21	11,7			
Atitude positiva	54	94,7	3	5,3			
Número de comorbidades					1,05 (0,96- 1,15)	1,60 (0,69- 3,74)	0,273
0 a 4 comorbidades	90	87,4	13	12,6			
5 comorbidades ou mais	122	91,7	11	8,3			
Número de medicamentos					1,05 (0,96- 1,15)	1,60 (0,69- 3,74)	0,273
0 a 4 medicamentos	90	87,4	13	12,6			
5 medicamentos ou mais	122	91,7	11	8,3			

Fonte: a autora, 2018

Nota: *RP: Razão de prevalência; **IC: Intervalo de confiança; ***RCP: Odds Ratio; ****p <0,05.

Na análise bivariada, o maior percentual de adesão ao tratamento com insulina esteve presente nos idosos do sexo masculino (97,1%), do grupo etário de 80 anos ou mais (100,0%), com companheiro (97,2%), com até três anos de escolaridade (100,0%), renda familiar de três salários mínimos ou mais (100,0%), tempo de diagnóstico de DM2 de um a dez anos (100,0%), com baixo conhecimento (97,1%), atitude positiva (100,0%), com maior número de comorbidades (100,0%) e polifarmácia (100,0%). Houve relação estatisticamente significativa da adesão à insulina com as variáveis número de comorbidades ($p=0,038$) e número de medicamentos ($p=0,012$) (Tabela 16).

Quanto à autoeficácia, percebeu-se que ela não foi um preditor para a adesão ao tratamento com insulina (RCP ajustado = 1,798; IC 95% = 0,127 - 25,371; p = 0,664).

Tabela 16. Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas de idosos com diabetes mellitus, de acordo com a adesão ao tratamento com insulina, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.

Variáveis	Adesão Insulina						
	SIM		NÃO		RP* (IC**)	RCP*** (IC**)	p****
	n	%	n	%			
Sexo					1,00 (0,92- 1,09)	1,10 (0,07- 18,37)	0,947
Feminino	30	96,8	1	3,2			
Masculino	33	97,1	1	2,9			
Faixa Etária					1,03 (0,99- 1,08)		0,678
60-79 anos	58	96,7	2	3,3			
80 anos ou mais	5	100,0	0	0,0			
Estado Civil					1,01 (0,92- 1,10)	1,25 (0,08- 20,89)	0,876
Com companheiro	35	97,2	1	2,8			
Sem companheiro	28	96,6	1	3,4			
Escolaridade					1,05 (0,98- 1,13)		0,272
0 a 3 anos	24	100,0	0	0,0			
4 anos ou mais	39	95,1	2	4,9			
Renda familiar					1,04 (0,99- 1,10)		0,452
Até 3 salários mínimos	49	96,1	2	3,9			
3 salários mínimos ou mais	14	100,0	0	0,0			
Tempo de diagnóstico DM					1,04 (0,99- 1,09)		0,540
1 a 10 anos	10	100,0	0	0,0			
11 anos ou mais	53	96,4	2	3,6			
Conhecimento (DKN-A)					1,00 (0,92- 1,09)	1,10 (0,07- 18,37)	0,947
Baixo conhecimento	33	97,1	1	2,9			
Alto conhecimento	30	96,8	1	3,2			
Atitude (ATT-19)					1,04 (0,98- 1,11)		0,412
Atitude negativa	47	95,9	2	4,1			
Atitude positiva	16	100,0	0	0,0			
Número de comorbidades					1,11 (0,96- 1,27)		0,038
0 a 4 comorbidades	19	90,5	2	9,5			
5 comorbidades ou mais	44	100,0	0	0,0			
Número de medicamentos					1,14 (0,95- 1,38)		0,012
0 a 4 medicamentos	14	87,5	2	12,5			
5 medicamentos ou mais	49	100,0	0	0,0			

Fonte: a autora, 2018

Nota: *RP: Razão de prevalência; **IC: Intervalo de confiança; ***RCP: Odds Ratio; ****p <0,05.

A análise multivariada dos possíveis fatores que interferem com a adesão ao tratamento com ADO, revelou que não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis, excetuando-se para a autoeficácia (p = 0,012), que se apresentou como fator protetor para a adesão, ou seja, os indivíduos com autoeficácia elevada apresentavam quase 3 vezes mais chances de aderir ao tratamento medicamentoso oral para DM2 (tabela 17).

Tabela 17. Coeficientes de regressão logística múltipla para as variáveis associadas à adesão ao tratamento medicamentoso oral de idosos com diabetes mellitus, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	RCP*	(IC)**	p***
Sexo	2,03	(0,83- 5,01)	0,123
Escolaridade	0,94	(0,83- 1,07)	0,330
Renda familiar	0,96	(0,30- 3,05)	0,940
Tempo de diabetes	2,05	(0,84- 5,03)	0,117
Conhecimento	1,02	(0,86- 1,20)	0,866
Atitude	1,01	(0,96- 1,07)	0,770
Autoeficácia	2,72	(1,25- 5,93)	0,012

Fonte: a autora, 2018.

Nota: *RCP: Odds Ratio ajustado;**IC: Intervalo de confiança;***p <0,05.

O número de entrevistados que utilizavam insulina como tratamento para o DM2 foi reduzido. Isso pode ter impactado nos resultados da análise multivariada, os quais não foram estatisticamente significativos entre a adesão ao tratamento com insulina e os possíveis fatores associados.

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS COM DM2

No presente estudo, o maior percentual de idosos do sexo feminino é condizente com outras pesquisas nacionais, como o estudo realizado com idosos com DM2 atendidos pela Atenção Primária à Saúde, na cidade Montes Claros, Minas Gerais, no qual 73,7% eram mulheres (ALVES et al., 2014) e entre idosos residentes em Campina Grande, Paraíba, a porcentagem atingiu 73,9% (MENEZES et al., 2014). Estudo realizado na Tailândia evidenciou que 69,4% dos pacientes diabéticos eram do sexo feminino (EKNITHISET; SAMRONGTHONG; KUMAR, 2018). O predomínio de mulheres nos estudos pode estar relacionado ao fato delas serem mais cuidadosas e procurarem mais os serviços de saúde do que os homens (LEVORATO et al., 2014), assim elas possuem mais chances de terem o diagnóstico médico de DM.

Quanto à faixa etária, os achados foram semelhantes às investigações realizadas com idosos diabéticos em Recife-PE e Macapá -AP, nas quais a maioria dos entrevistados tinha entre 60 a 69 anos (54,7% e 56,7%, respectivamente) (BORBA et al., 2018; SILVA; PUREZA; LANDRE, 2015).

Na presente pesquisa, maiores percentuais para escolaridade de quatro a sete anos foi divergente de inquéritos nacionais entre idosos com DM realizados no município de Macapá, AP, no qual encontrou que 50% dos entrevistados estudaram da 1ª à 4ª série (SILVA; PUREZA; LANDRE, 2015), e no serviço de atenção primária à saúde de Montes Claros, MG, 41,5% dos idosos eram analfabetos (ALVES et al., 2014). Estudo realizado com idosos diabéticos de Recife-PE evidenciou que 58,7% dos indivíduos estudaram até 8 anos (BORBA et al., 2018).

A escolaridade pode interferir no acesso aos serviços de saúde, no entendimento das informações relacionadas à saúde, na adesão às condutas terapêuticas, no autocuidado, principalmente relacionado à utilização de medicamentos, seguimento de dietas, verificação de glicemia, entre outros (ASSUNÇÃO et al., 2017; LUZ et al., 2014). Mesmo os idosos com escolaridade média, é preciso que os profissionais estejam atentos à eles, para verificar se estão compreendendo as orientações e conseguindo segui-las. E se for preciso, adequar as recomendações de acordo com as limitações de cada um.

Em relação ao estado conjugal, dados semelhantes foram encontrados na pesquisa realizada com idosos assistidos no Núcleo de Atenção ao Idoso em Recife – PE, na qual, entre

os idosos com DM, 52,8% eram casados (RAMOS et al., 2017). Outro estudo realizado com idosos de Campina Grande-PB, comparou a situação conjugal de homens e mulheres com DM, e verificou que 51,8% das mulheres não tinham companheiro, enquanto 90% dos homens tinham companheira (MENEZES, 2014). Diante disso, salienta-se a importância do envolvimento do parceiro no cuidado à saúde, pois pode auxiliar na adesão ao tratamento, incentivando no seguimento das recomendações, na prática de atividade física, na mudança de hábitos de vida e na tomada de medicamentos, além de ajudar na melhora do autocuidado e no bem-estar físico e psicológico (FERRARI et al., 2014; MARCHIORI; DIAS; TAVARES, 2013).

Concernente ao arranjo domiciliar, dados semelhantes foram evidenciados em estudos nacionais. Sendo que em Recife-PE, 60% dos idosos com DM moravam com cônjuge e familiares, e 18% moravam sozinhos (BORBA et al., 2018). E em Uberaba-MG 43,2% dos idosos com DM moravam com os filhos (SOUSA et al, 2016). A família é um suporte para os idosos, podendo auxiliar na continuidade do tratamento, no cuidado com a saúde e na manutenção da vida social.

Sendo assim, é necessário que o enfermeiro inclua os companheiros dos idosos em suas consultas, grupos de educação em saúde e orientações, para que esse possa auxiliá-lo na adesão ao tratamento. Para os idosos que não tem parceiro, estes devem ser incentivados a participarem dos grupos de educação em saúde e, se possível, trazer para junto deles outras pessoas da família. Precisa-se também estimular a procura por atividades na comunidade, para reforçar o apoio social que poderão lhes dar suporte, e evitar o isolamento social.

Quanto à cor da pele, divergente a essa pesquisa, a maioria era de cor parda (55,3%) em investigação entre idosos assistidos em serviço geronto-geriátrico de Recife-PE (RAMOS et al., 2017). Outro estudo realizado em Macapá-AP verificou que 46,7% dos idosos entrevistados eram brancos (SILVA; PUREZA; LANDRE, 2015), resultado que corrobora com a presente pesquisa. Em relação à associação da cor da pele com presença do DM, estudo mostrou que nos homens, a frequência de diabetes não variou de acordo com a cor da pele, enquanto que nas mulheres, a presença dessa enfermidade foi mais relevante entre as pretas e pardas, em comparação às brancas ($X^2(2) = 15,40$; $p < 0,001$) (MORETTO et al., 2016).

Em relação religião, estudo realizado com adultos e idosos diabéticos de João Pessoa-PB evidenciou que a religião católica predominou (55%), seguida dos evangélicos (40%), estes dados corroboram com a presente pesquisa. As influências da espiritualidade e religiosidade na vida das pessoas têm demonstrado importante impacto sobre a saúde física, estabelecendo-se como possível fator de prevenção ao aparecimento de doenças na população

sadia, e de redução de agravos ou óbito de diversas doenças (LUENGO; MENDONÇA, 2014).

Concernente à renda, estudo realizado no município de Uberaba-MG corroborou com a presente pesquisa, no qual 52,4% dos idosos diabéticos entrevistados apresentavam renda individual de um salário mínimo (SOUSA et al., 2016). Outro estudo realizado em Recife-PE verificou que 52,7% dos idosos tinham renda mensal de um a dois salários mínimos, sendo que 66,0% contribuía totalmente para o sustento da casa (BORBA et al., 2018). Os idosos além de apresentarem baixa renda, muitas vezes são a principal fonte financeira na residência, o que pode fazer com que seu salário não dê para suprir todas as necessidades, pois tem que arcar com as despesas de alimentação, água, luz, aluguel, além dos medicamentos que utiliza diariamente.

Quanto à aposentadoria, estudo realizado com idosos diabéticos em Recife-PE verificou que 73,3% dos entrevistados eram aposentados, corroborando com a presente pesquisa (BORBA et al., 2018). A aposentadoria é a única fonte de renda para muitos idosos, sendo que estes deixam o mercado de trabalho por não terem oportunidade para continuarem trabalhando, por apresentarem algum problema de saúde que impeça a continuação na atividade ou até mesmo por opção.

6.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS IDOSOS COM DM2

Relacionado ao tempo de diagnóstico de DM2, muitos estudos nacionais divergiram da presente pesquisa, sendo o tempo de diagnóstico menor que cinco anos (AMORIM; BURGOS; CABRAL, 2017; SOUSA et al., 2016; SILVA; PUREZA; LANDRE, 2015). Com exceção dos estudos realizados em Montes Claros-MG, no qual foi evidenciado que 38,4% dos entrevistados tinham de 8 a 15 anos de diagnóstico de DM (ALVES et al., 2014), e em Curitiba-PR, que observou média de 12,8 anos (ROOS; BAPTISTA; MIRANDA, 2015). Os pacientes diabéticos com maior tempo de diagnóstico são mais propensos a terem pior controle glicêmico e pior qualidade de vida; a apresentarem maiores taxas de prevalência de complicações decorrentes da doença; e usarem insulina para controlar a glicemia (HUANG et al., 2014).

O surgimento de complicações é decorrente de diversos fatores, entre eles a idade, o tempo de diagnóstico do DM e hábitos de vida. Estudo de coorte realizado na Califórnia, Estados Unidos, verificou que dentre as complicações mais prevalentes entre idosos diabéticos estavam a doença ocular, a doença arterial coronariana e a insuficiência cardíaca

congestiva, sendo essas mais evidentes no grupo com maior duração de diabetes (HUANG et al., 2014). Resultados do estudo realizado em Montes Claros-MG corroboram com a presente pesquisa, no qual evidenciou que em relação às complicações geradas pelo DM, 54,5% dos idosos afirmaram ter desenvolvido algum problema, sendo a retinopatia diabética a mais frequente (38,4%) (ALVES et al., 2014).

O número de comorbidades e a presença de outras doenças crônicas foi bastante expressivo neste estudo. Pesquisa realizada em Campinas-SP, dentre os idosos com DM, 52,5% tinham uma ou duas doenças crônicas além do diabetes, dentre as mais prevalentes estava a HA (74,8%) (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2016). Outro estudo realizado em Recife-PE com idosos com DM2 evidenciou que 75% apresentavam HA e 47,1% dislipidemia (AMORIM; BURGOS; CABRAL, 2017).

Dentre outros fatores, o aumento da expectativa de vida está intimamente ligado à alta prevalência de doenças crônicas na população idosa, pois as mudanças ocorridas no processo de envelhecimento podem predispor o idoso ao acometimento por essas morbidades (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Com isso, aumentam-se as demandas por atenção à saúde, o que exige do sistema de saúde uma organização da sua assistência, de forma a atender às necessidades específicas geradas por essa população (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

O aumento da prevalência de doenças crônicas na população idosa culminou no consumo de várias classes de medicamentos. A polifarmácia, definida como o uso de cinco ou mais medicamentos é uma situação muito comum nos dias atuais, principalmente nessa faixa etária. Estudo realizado em Campinas-SP verificou que 66,3% dos idosos com DM tomavam medicamento oral de rotina para controlar a glicemia (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2016). A média de medicamentos utilizados por dia foi de 3,9, sendo que 41,6% referiram uso de ao menos cinco medicamentos. Os medicamentos mais utilizados foram os que atuam no Sistema Cardiovascular (40,7%), como anti-hipertensivos, antiarrítmicos e hipolipemiantes; em seguida estão os que atuam no Aparelho Digestivo e Metabolismo (32,1%), dentre eles estão os específicos para o DM, sendo os mais frequentes a metformina, a glibenclamida e as insulinas (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2016). Estes resultados corroboram com a presente pesquisa.

A polifarmácia tem sido relacionada a acontecimentos negativos em saúde, redução da qualidade de vida dos idosos, aumento da morbimortalidade, e aumento dos custos na assistência, com repercussão para as pessoas e o sistema de saúde (CADOGAN; RYAN; HUGHES, 2016). Diante disso, é importante que os enfermeiros estejam atentos aos usuários

que frequentam as unidades de saúde, principalmente os idosos e os que participam do grupo Hiperdia, programa voltado para pacientes hipertensos e diabéticos, orientando quanto ao uso das medicações, verificando junto ao médico se alguma medicação não é necessária ou está interagindo com outra, e auxiliando os pacientes a organizar as medicações, evitando o esquecimento ou o consumo errado.

Quanto aos hábitos de vida, estudos nacionais apresentaram resultados semelhantes a presente pesquisa. Pesquisa realizada em Campinas-SP evidenciou que 65,6% dos idosos diabéticos não eram tabagistas e 78,8% não ingeriam bebida alcoólica (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2016). Estudo realizado em Criciúma-SC com adultos e idosos com HA e DM observou que 79,4% dos pesquisados não praticavam atividade física (MAZZUCHELLO et al., 2016). Outro estudo verificou que apenas 38,7% dos idosos diabéticos praticavam atividade física regularmente (BORBA et al., 2018).

As mudanças no estilo de vida devem fazer parte do tratamento para as doenças crônicas, porém os hábitos são costumes sociais e culturais, que foram incorporados ao longo da vida, e abrangem questões simbólicas que podem fazer a diferença na vida da pessoa, por isso, muitas vezes, são difíceis de serem modificados (BORBA et al., 2018). Os profissionais de saúde precisam estimular os idosos a praticarem atividade física, pois esta ação ajuda a promover saúde psicológica, emocional e social, além de apresentar alto impacto no tratamento de DM2 e ter baixo custo para os pacientes e para o sistema público (CAMBOIM et al, 2017; BUENO et al, 2016).

Em relação à procura por serviços de saúde, pesquisa realizada com idosos diabéticos em Campinas-SP corroborou com os resultados do presente estudo, na qual evidenciou que 90,5% dos idosos visitavam periodicamente o médico ou serviço de saúde devido ao diabetes, sendo que a última vez que frequentou foi no último mês (38,9%) e nos últimos seis meses (54,4%) (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2016). A utilização dos serviços de saúde pelos indivíduos com DM deve ser frequente, pois estes precisam fazer acompanhamento dos níveis de glicemia, verificar a necessidade de mudanças nas medicações, participar de grupos de educação em saúde, realizar os exames de rotina, além de serem acompanhados pelos profissionais de saúde, evitando assim as internações de urgência e surgimento de complicações.

6.3 CONHECIMENTO E ATITUDE DOS IDOSOS COM DM2

Quanto ao conhecimento dos idosos sobre o DM, estudos nacionais corroboram com a presente pesquisa, na qual o baixo conhecimento foi prevalente. Estudo realizado com idosos diabéticos em Uberaba-MG observou uma variação de 0 a 15 pontos, sendo que a pontuação média foi de 6,35 pontos, indicando pouco conhecimento sobre o DM (SOUSA et al., 2016). Em estudo realizado em Jandaia do Sul, PR, com adultos e idosos diabéticos, predominou o conhecimento insatisfatório (67,4%) (TESTON et al., 2017).

O conhecimento é fundamental para a eficácia no controle do DM, pois permite que o indivíduo tenha um papel ativo e cooperativo no planejamento e seguimento do regime terapêutico, empoderando-o na tomada de decisões conscientes e saudáveis (SOUSA et al., 2015). A avaliação do conhecimento da pessoa acerca da sua doença é importante para identificar quais crenças e recursos estão envolvidos, possibilitando um plano de tratamento individual e eficaz (SOUSA et al., 2015), além de orientar os profissionais quanto às abordagens a serem tomadas na educação em saúde e nas consultas, enfatizando os conhecimentos já existentes e oferecendo informações novas aos pacientes.

Concernente à atitude, na presente pesquisa prevaleceu a atitude negativa, resultado semelhante à outros estudos nacionais. Pesquisa realizada com idosos diabéticos verificou que o escore de atitude variou de 35 a 85 pontos, com escore médio de 63,23, indicando atitude negativa em relação ao DM (SOUSA et al., 2016). Em estudo realizado com adultos e idosos com DM2 em Campos Gerais-MG, evidenciou que 99,4% dos entrevistados apresentaram atitude negativa em relação à doença, sendo que o escore variou de 31 a 78, com uma média de 55,5 pontos (DP=8,0) (SANTOS et al., 2016).

A atitude é um conceito entendido como a probabilidade do indivíduo aderir e manter certos padrões de comportamento. Ela pode ser ensinada e apreendida, do mesmo modo é influenciada por componentes cognitivos, motivacionais e emocionais (RODRIGUES et al., 2012). Dessa forma, para os profissionais conseguirem desenvolver uma atitude positiva nos usuários com DM, é preciso avaliar como está a motivação e o emocional deles. Para assim saber onde intervir, estimulando a mudança de comportamento, pensamento e atitude.

Diversos fatores podem estar associados com o conhecimento e a atitude em relação ao DM. Estudo realizado em Jandaia do Sul, PR, verificou associação entre o baixo conhecimento e sexo feminino, baixa escolaridade e ausência de complicações decorrentes do DM. Este último resultado pode ter ocorrido devido ao fato das pessoas que não apresentam sintomas relacionados à presença de complicações, não terem interesse em buscar

informações sobre a doença. A atitude negativa apresentou associação apenas com renda maior que dois salários mínimos (TESTON et al., 2017).

Neste mesmo estudo, na análise multivariada, as variáveis sexo feminino, baixa escolaridade, ausência de consulta com endocrinologista no último ano e de complicações relacionadas ao DM2 permaneceram associadas ao conhecimento insatisfatório. Já os indivíduos com renda maior que dois salários mínimos, que não realizaram exames nos últimos seis meses e que possuíam a circunferência abdominal alterada tiveram maiores possibilidades de terem atitude negativa em relação à doença (TESTON et al., 2017).

Quanto à relação entre conhecimento e atitude, o conhecimento se mostrou como uma das variáveis que podem influenciar as atitudes do indivíduo frente ao manejo do diabetes. Mas nem sempre o conhecimento é suficiente para promover as mudanças necessárias na atitude do paciente, outros componentes podem ser essenciais para esse processo, como aspectos cognitivos, motivacionais, emocionais e sociais (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011). Atitudes positivas estão intimamente relacionadas à melhora no autocuidado e melhor enfrentamento da doença (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

6.4 AUTOEFICÁCIA E ADESÃO MEDICAMENTOSA

A autoeficácia pode ser definida como a crença de um indivíduo sobre sua capacidade de desempenhar atividades que influenciam na sua vida, ou seja, capacidade de se autocuidar. Essas crenças determinam como as pessoas se sentem, pensam, se motivam e se comportam (BANDURA, 1994).

Aplicando esta definição ao contexto do DM2, a autoeficácia representa o nível de autoconfiança que os pacientes têm na prática de comportamentos de autocuidado recomendados pelos profissionais de saúde, que incluem adesão ao monitoramento da própria glicemia, controle da dieta, prática de atividade física, cuidados com os pés e utilização de medicamentos conforme recomendado (THAREK et al., 2018).

O presente estudo evidenciou um escore médio de autoeficácia moderadamente alto (3,75) e os entrevistados mostraram-se mais auto-eficazes em atividades relacionadas à ingestão de medicamentos e nutrição geral, e menos auto-eficazes em exercício físico. Estes resultados foram semelhantes ao estudo realizado na Malásia, com adultos e idosos com DM2, que obteve escore médio total para autoeficácia de 7,33 (DP \pm 2,25), sendo que o escore médio máximo é 10. O domínio com escore mais alto foi 'medicações e acompanhamento' (8,78, DP \pm 1,76) e com menor escore foi 'monitoração da glicemia' (6,60,

DP \pm 2,97) (THAREK et al., 2018), este último resultado divergiu da presente pesquisa. A maior autoeficácia para a ingestão de medicamentos pode ser explicada pelo fato desta ser uma tarefa que não requer muito esforço para ser realizada (THAREK et al., 2018), ao contrário do exercício físico que é uma atividade que exige disciplina, esforço físico e persistência.

Estudo realizado em Isfahan, no Irã, apresentou pontuação média total de autoeficácia de 96,6 (DP \pm 34,6), indicando que os pacientes tiveram baixa autoeficácia no autocuidado em diabetes (REISI et al., 2016). Outro estudo realizado em Aq Qala, no norte do Irã, com adultos e idosos com DM2, verificou que o escore médio de autoeficácia foi de 5,49 (DP \pm 1,99) (de 10) (DEHGHAN et al., 2017).

Diante disso, vê-se a importância da autoeficácia em diabetes na adesão ao tratamento. Os indivíduos com baixa autoeficácia tem tendência a deixar o tratamento diante de qualquer obstáculo, pois não acreditam na sua capacidade para o autocuidado. Sendo assim, os enfermeiros devem atuar no empoderamento desses usuários, procurando capacitá-los para o autocuidado, reforçando assim sua autoeficácia. Isso pode ser realizado por meio das atividades de educação em saúde e nas consultas de enfermagem.

A adesão envolve a participação ativa e voluntária do paciente no seu tratamento, e não somente seguir o que o profissional de saúde recomenda, desenvolvendo assim a autonomia e capacidade para aceitar ou não as orientações dos profissionais de saúde (BRASIL, 2016).

O ADO é a terapêutica medicamentosa mais utilizada pelos idosos com DM2 entrevistados nesta pesquisa. Estudo realizado em Ribeirão Preto-SP com adultos e idosos diabéticos verificou que o tipo de tratamento medicamentoso mais utilizado era associações (insulina + ADO) (64,2%) (GOMES-VILLAS BOAS; FOSS-FREITAS; PACE, 2014). Outro estudo realizado no Rio Grande do Sul – RS observou que 57,6% dos entrevistados utilizam medicação por via oral e 41,1% usavam insulina (CARVALHO et al., 2017). Os ADO são a primeira escolha para o tratamento do DM2 não-responsivo a terapia não medicamentosa, pois promovem redução na ocorrência de complicações, têm boa aceitação pelos pacientes e é simples na forma de prescrever e administrar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Na presente pesquisa a grande maioria dos entrevistados apresentou adesão ao tratamento medicamentoso, estudos nacionais corroboram com a presente pesquisa. Pesquisa do sul do Brasil apresentou adesão medicamentosa de 97,6% (CARVALHO, 2017), no sudeste do Brasil a adesão foi de 84,4% (FARIA et al., 2014). Em Ribeirão Preto-SP o escore

médio foi 5,66 (DP=0,42), sugerindo alta adesão ao tratamento medicamentoso, sendo que 95,7% dos participantes foram classificados na categoria “adesão” (GOMES-VILLAS BOAS; FOSS-FREITAS; PACE, 2014). As principais causas de não adesão ao tratamento farmacológico foram o descuido quanto aos horários de tomar o medicamento (39%) e o esquecimento (26%) (BALDONI, 2016).

A alta adesão medicamentosa pode ser atribuída às crenças e percepções dos indivíduos com DM (FARIA et al., 2014), que podem considerar que a medicação controla melhor a glicemia no DM do que outros tipos de tratamento, como a dieta e o exercício físico. Além disso, os medicamentos proporcionam um controle mais rápido e fácil, sem precisar de grandes esforços.

6.5 FATORES ASSOCIADOS À AUTOEFICÁCIA NO DM

A autoeficácia, como uma ferramenta para promover as práticas de autocuidado, é importante aliada para os profissionais de saúde, principalmente na atenção primária auxiliando na adesão ao tratamento, no enfrentamento da doença e no empoderamento para o autocuidado dos usuários com DM2.

Na presente pesquisa houve associação significativa entre o escore total de autoeficácia e do domínio “Nutrição Geral e tratamento medicamentoso” com as variáveis conhecimento ($p < 0,001$) e atitude ($p < 0,001$). O conhecimento relacionado ao DM2 e a atitude positiva frente à doença favorecem a adesão ao tratamento, melhorando assim o autocuidado em relação à alimentação adequada e ao seguimento da terapêutica medicamentosa. Ressalta-se que não foram encontradas pesquisas nas literaturas nacional e internacional que associaram essas variáveis.

Para Bandura a falta de conhecimento impede a mudança no comportamento humano (BANDURA, 2004). Mas além do conhecimento, as crenças de autoeficácia são importantes para que ocorram as mudanças de comportamento na saúde, pois as pessoas que possuem crenças de autoeficácia mais firmes acreditam mais em suas habilidades e competências para alcançar suas metas (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Neste estudo verificou-se que os domínios “Nutrição específica e peso” e “Exercício físico” estiveram associados à atitude, no entanto o conhecimento não foi significativo. Esse resultado nos permite inferir que apesar do indivíduo conhecer a doença, saber sobre o tratamento necessário e as complicações, ele pode não seguir as recomendações relacionadas à dieta específica para o DM2 e exercício físico, e com isso promover a redução do peso e

controle da glicemia. Já as pessoas com atitudes positivas têm mais chances de seguir essas orientações, pois elas conseguem enfrentar a doença e se autocuidar, além de apresentarem motivação para mudar os comportamentos inadequados (ASSUNÇÃO et al., 2017; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Em relação ao sexo, resultados condizentes foram encontrados em estudo realizado com indivíduos com DM2 na Malásia, no qual não houve associação entre sexo e autoeficácia ($p=0,777$) (DEVARAJOOH; CHINNA, 2017).

Referente à faixa etária, dados divergentes foram observados em pesquisa realizada na cidade de Aq Qala, no norte do Irã com indivíduos diabéticos, que evidenciou correlação negativa entre idade e autoeficácia ($-0,239$, $p=0,01$) (DEHGHAN et al., 2017), ou seja, qual maior a idade do indivíduo pior é o seu nível de autoeficácia.

Em relação à renda familiar, não foram encontrados estudos nas literaturas nacional e internacional que associaram a autoeficácia com a renda.

Na presente pesquisa foi encontrada associação entre o domínio “exercício físico” e renda familiar, sendo que quanto menor a renda melhor a autoeficácia para a prática de exercício físico. A caminhada é uma atividade física básica, fácil de ser realizada e que não tem custo nenhum para a pessoa, sendo assim, os indivíduos com menor renda podem aderir a essa prática com melhor frequência (KELLY et al, 2014). Muitas vezes as pessoas com uma renda melhor buscam atividades em academias, o que exige compromisso da pessoa em ir até o local, dedicando tempo na locomoção e na atividade, o que pode dificultar a adesão a este tipo de atividade física. Divergindo da presente investigação, estudo realizado em Ribeirão-Preto-SP evidenciou que quanto maior a aptidão física do indivíduo, maior a renda familiar *per capita* ($p < 0,05$) (TRAPE et al., 2017).

Quanto à escolaridade, em estudo realizado na Malásia, foi evidenciado que o nível de autoeficácia foi significativamente maior entre aqueles com escolaridade secundária quando comparados àqueles com ensino fundamental ($p=0,012$) (DEVARAJOOH; CHINNA, 2017). Outro estudo realizado com indivíduos diabéticos do Irã verificou correlação positiva entre escolaridade e autoeficácia ($F = 6,6$, $p < 0,001$) (REISI et al., 2016).

De acordo com o tempo de diagnóstico de DM, resultados de pesquisas internacionais divergem do presente estudo. Pesquisa realizada no Irã verificou correlação negativa significativa entre a duração da doença e a autoeficácia, ou seja, as pessoas com longa duração do DM apresentaram menor autoeficácia (DEHGHAN et al., 2017). Isso pode ocorrer devido ao fato de que, com o passar do tempo, os pacientes ficam mais cansados e sem

expectativa com o controle da doença, assim sua autoeficácia também diminui (DEHGHAN et al., 2017).

Outro estudo realizado com pessoas com DM2 no Irã revelou correlação positiva significativa entre duração do diabetes ($r = 0,26$, $p < 0,001$) e autoeficácia (REISI et al., 2016). Este último estudo corrobora com a associação do tempo de diagnóstico do DM com o domínio “Glicose Sanguínea”, que sugere que quanto maior o tempo de diagnóstico melhor é a autoeficácia para o controle e monitoramento da glicose sanguínea. O longo tempo de diabetes faz com que o indivíduo adquira conhecimentos e habilidades para verificar a glicemia sanguínea, e perceba que esse comportamento é essencial para a qualidade de vida.

Diante disso, é importante que as atividades de educação em diabetes abranjam alguns fatores psicossociais, como a autoeficácia do usuário, para despertar um efeito significativo na adesão do paciente aos comportamentos de autocuidado e mudanças de hábitos de vida (REISI et al., 2016), pois somente o conhecimento não é suficiente para promover essas modificações.

6.6 FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO MEDICAMENTOSA NO DM

A adesão ao tratamento de doenças crônicas é um problema global e atinge muitas pessoas. Esse fenômeno é influenciado por diversos fatores relacionados à doença, à terapêutica, à relação dos profissionais de saúde com o paciente, às condições sociodemográficas, bem como ao próprio paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). A influência desses fatores determina como o indivíduo irá comportar-se diante das recomendações de tratamento e orientações dos profissionais de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Evidenciou-se neste estudo que os indivíduos com maior autoeficácia apresentavam quase três vezes mais chances de aderirem ao tratamento medicamentoso. Investigação realizada com adultos e idosos diabéticos de Itabaiana (SE) verificou que, os indivíduos com maior percepção de autoeficácia exibiram quase treze vezes mais chances de apresentarem maior adesão ao tratamento do diabetes ($p < 0,001$) (SANTOS; FARO, 2018). Percebe-se que as pessoas que possuem maior autoeficácia estão mais preparadas e susceptíveis às mudanças comportamentais e de hábitos de vida (BANDURA, 2004) e por isso podem realizar com mais facilidade as recomendações de tratamento (SANTOS; FARO, 2018).

A não associação com as variáveis sociodemográficas corrobora com resultados de outras pesquisas, que mostram que as variáveis sociodemográficas podem ser fracas

preditores para adesão ao tratamento (BALDONI et al., 2016; BARRETO; REINERS; MARCON, 2014; MONTERROSO; JOAQUIM; SA, 2015).

Quanto ao sexo, estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, com adultos e idosos com DM2, obteve resultado semelhante ($p=0,571$) (BALDONI et al., 2016). Outro estudo realizado com idosos acompanhados por ESF de São Paulo-SP, identificou valores divergentes ($p=0,00$), no qual as mulheres tenderam a usar mais medicamentos (SANTOS; CUNHA, 2017). Geralmente as mulheres procuram mais os serviços de saúde e são mais cuidadosas e preocupadas com a sua qualidade de vida, por isso utilizam mais medicamentos (SANTOS; CUNHA, 2017) e tendem a aderir mais ao tratamento proposto.

Referente à escolaridade, resultados semelhantes foram obtidos no estudo com adultos e idosos com DM2 em Ribeirão Preto-SP, ($p= 0,907$) (BALDONI et al., 2016) e com hipertensos em Jequié (BA) ($p= 0,775$) (RIBEIRO et al., 2015). Dado divergente foi observado na pesquisa entre adultos e idosos com HA no município de Maringá-PR, no qual verificou que hipertensos que possuíam oito anos ou menos de estudo apresentaram chance 1,3 vezes maior de não aderirem à farmacoterapia ($p=0,01$) (BARRETO et al., 2015).

A baixa escolaridade dificulta o entendimento das recomendações propostas pelos profissionais de saúde, podendo prejudicar a adesão ao tratamento, ter dificuldade em perceber a necessidade de buscar assistência nos serviços de saúde e manter a continuidade do tratamento, tanto medicamentoso ou não (ASSUNÇÃO et al., 2017; LUZ et al., 2014). Diante disso é importante que os profissionais de saúde estejam atentos, para adequar a linguagem e as recomendações de acordo com o conhecimento de cada indivíduo, fazendo o possível para que todos entendam o que está sendo apresentado e assim possam aderir ao tratamento.

De acordo com a renda, dados condizentes foram encontrados em pesquisas realizadas com hipertensos em um município da Bahia ($p= 0,635$) (RIBEIRO et al., 2015) e em Bagé-RS com idosos ($p= 0,372$), esta última avaliou que o nível socioeconômico não esteve associado à adesão ao tratamento (TAVARES et al., 2016). Estudo realizado com hipertensos do sul do Brasil obteve dados divergentes ($p=0,000$), identificando redução na adesão ao tratamento na população com renda familiar mais baixa, sendo que estes apresentaram 4,17 vezes mais chances de ter baixa adesão (GEWEHR et al., 2018). A compra de vários medicamentos compromete a renda dos indivíduos, sendo que a parcela da renda mensal gasta com medicamentos nas classes econômicas A, C e E foram 4,0%, 5,7% e 10,0%, respectivamente (COLET; BORGES; AMADOR, 2016), as classes mais baixas são as que comprometem mais seu rendimento, o que dificulta a adesão à terapêutica proposta.

Em relação ao tempo de diagnóstico, resultados encontrados em estudos com indivíduos com DM2 na região sudeste do Brasil ($p=1,000$) e em Ribeirão Preto-SP ($p=0,32$), corroboram com a presente pesquisa (ARRELIAS et al., 2015; GOMES-VILLAS BOAS; FOSS-FREITAS; PACE, 2014). Segundo a OMS, as pessoas com diabetes mellitus que possuem maior tempo de diagnóstico tendem a apresentar menor taxa de adesão ao tratamento, pois com o decorrer do tempo podem apresentar falta de motivação e de percepção de resultados efetivos, indisponibilidade de tempo, ausência de apoio familiar e comorbidades, que podem leva-las a se descuidarem com a continuidade do tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; TIV et al, 2012).

Quanto ao conhecimento sobre a doença, resultados condizentes foram encontrados em pesquisa realizada com indivíduos diabéticos em Uberaba-MG, na qual evidenciou que não houve associação entre conhecimento e adesão ao tratamento medicamentoso ($p=0,374$) (VICENTE, 2014). Outro estudo verificou que quanto maior o grau de conhecimento do paciente sobre sua doença maior é o comprometimento na adesão ao tratamento ($p= 0,00$) (BARRETO; REINERS; MARCON, 2014).

No entanto, o alto conhecimento sobre a doença não é garantia de que o indivíduo terá uma boa adesão ao tratamento, ou seja, apesar de conhecerem o que deve ser feito, os pacientes podem não agir conforme tal saber (LEAO E SILVA et al., 2013). Percebe-se aí uma distância entre o conhecer e o praticar. Essa relação deve ser trabalhada nos grupos de educação em saúde, não somente enfatizando os conhecimentos teóricos, mas também conscientizando as pessoas para colocar em prática os saberes adquiridos e promover mudanças nos hábitos de vida, objetivando a adesão ao tratamento proposto.

Referente à atitude frente à doença, resultados divergentes foram observados em estudo de Uberaba-MG, no qual evidenciou que atitudes positivas influenciam positivamente na adesão ao tratamento ($p= 0,049$), ou seja, aqueles que têm atitudes positivas possuem mais chances de aderirem ao tratamento medicamentoso (VICENTE, 2014). O indivíduo com DM pode apresentar dificuldade para aceitar a doença e adaptar-se a sua realidade, o que dificulta sua adesão à terapêutica (VICENTE, 2014). A partir do momento que este indivíduo passa a ter atitudes positivas diante da doença, é mais fácil dar continuidade ao tratamento.

O idoso deve ser visto nos serviços de saúde como uma pessoa singular. Os profissionais nos grupos de educação em saúde devem apresentar as informações de modo que sejam apreendidas facilmente pelos idosos, de acordo com as capacidades de cada um, trabalhando ao mesmo tempo as atitudes positivas e o autocuidado, minimizando assim as dificuldades. Por vezes ações individuais, como a consulta de enfermagem, podem ser

importantes, por permitir dar mais atenção ao idoso que apresente dificuldades de compreensão em grupo ou outras especificidades.

A educação em saúde é uma ferramenta fundamental para a promoção à saúde da população diabética. A educação em saúde é entendida como uma prática para a modificação dos hábitos de vida dos indivíduos e da coletividade, e assim promover qualidade de vida e saúde (MALLMANN et al., 2015).

Nesse sentido, nas unidades de saúde da atenção primária é desenvolvido um atendimento mais próximo com os indivíduos hipertensos e diabéticos, por meio de uma atividade em grupo, que geralmente recebe o nome de “Hiperdia”, onde os usuários participam de uma atividade educativa e posteriormente é aferida a pressão arterial e a glicemia, além da distribuição de medicamentos e renovação de receitas (MELO; CAMPOS, 2014). No entanto “Hiperdia” não consiste somente nesse grupo educativo, ele é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, que fornece informação para aquisição, dispensação e distribuição da medicação de forma sistemática e regular a todos os usuários cadastrados (BRASIL, 2017).

7 CONCLUSÃO

Na presente investigação predominou idosos com DM2 do sexo feminino, com 60 a 69 anos, tinham 4 a 7 anos de escolaridade, morava com companheiro (a), cor da pele branca, religião católica, que moravam com filhos (com ou sem cônjuge), com renda mensal individual de um salário mínimo e renda mensal familiar de um a três salários mínimos, aposentados e que não tinham ocupação profissional.

Quanto às variáveis clínicas, houve predomínio de idosos que tinham 6 a 15 anos de diagnóstico de DM2, não apresentavam complicações decorrentes da doença, tinham cinco ou mais comorbidades, utilizavam cinco ou mais medicamentos, não eram tabagistas, não consumiam bebida alcoólica e não praticavam atividade física.

Em relação ao conhecimento e atitude, maior percentual de idosos apresentou baixo conhecimento e atitude negativa. Já para a autoeficácia, o domínio com maior média foi “Nutrição Geral e Tratamento medicamentoso” e o domínio com menor média foi o “Exercício Físico”.

Referente à adesão ao tratamento medicamentoso, a maioria dos idosos aderiu ao tratamento, tanto com ADO como com insulina.

A autoeficácia associou-se à atitude e ao conhecimento. O domínio “Nutrição específica e peso” associou-se somente à atitude. O domínio “Nutrição geral e tratamento medicamentoso” manteve-se associado à atitude e ao conhecimento. O domínio “Exercício Físico” esteve associado à renda familiar, à escolaridade e à atitude. O domínio “Glicose sanguínea” associou-se ao tempo de diabetes e ao conhecimento.

A adesão ao tratamento com ADO associou-se somente à autoeficácia. Não houve relação estatisticamente significativa para a adesão ao tratamento com insulina e as variáveis de estudo.

Portanto, vê-se a relevância da educação em saúde para os indivíduos com DM2, pois muitos ainda não conseguiram mudar seus hábitos de vida, às vezes por falta de incentivo ou até mesmo orientação e conhecimento. A adoção de um estilo de vida saudável e com qualidade é importante para o tratamento do DM, sendo necessário que tantos os idosos, como os indivíduos em geral, estejam cientes da necessidade dessas mudanças para eles.

Nas atividades de educação em saúde é importante que ocorra a combinação de ações grupais e individuais, destacando aqui as visitas domiciliares, que permitem ao profissional atuar junto do usuário, no seu dia-a-dia. Esse envolvimento possibilita ao profissional conhecer a população com quem atua, acompanhar as dificuldades encontradas e atingir o

máximo de idosos possíveis, promovendo assim a melhora do conhecimento, das atitudes, do autocuidado e da adesão ao tratamento, além de proporcionar mudanças nos hábitos de vida.

Ressalta-se que a partir das buscas realizadas na literatura, verificou-se escassez de estudos similares que abordassem a relação entre conhecimento, atitude e autoeficácia, e a associação destes com a adesão ao tratamento medicamentoso de idosos diabéticos no domicílio.

O presente estudo teve como limitações o delineamento transversal, que não permitiu estabelecer associação entre causa e efeito; a escassez de estudos que avaliam a autoeficácia em seus diferentes domínios e suas relações com as variáveis de interesse do presente estudo.

Os achados deste estudo revelam a importância de investigar a autoeficácia no manejo do DM2 nos idosos e fortalecer essas medidas na atenção primária, com o objetivo de incentivar a adesão ao tratamento medicamentoso e melhorar o controle glicêmico. Sugere-se que sejam realizadas pesquisas futuras que investiguem mais sobre a relação do conhecimento, atitude, autoeficácia e adesão ao tratamento do DM2, tanto medicamentoso, como não medicamentoso.

REFERÊNCIAS

- ALVES, E. C. S. et al . Condições de saúde y funcionalidad de ancianos con Diabetes Mellitus tipo 2 en Atención Primaria. **Enferm. glob.**, v. 13, n. 34, p. 1-18, abr. 2014 .
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes care**, v. 33, n. Suppl 1, p. S62–S69, jan. 2010.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of medical care in diabetes-2018. **Diabetes Care**, v. 41, Suppl. 1, p. S1-S159, 2018.
- AMORIM, T. C.; BURGOS, M. G. P. A.; CABRAL, P. C. Perfil clínico e antropométrico de pacientes idosos com diabetes mellitus tipo 2 atendidos em ambulatório. **Sci Med.**, v. 27, n. 3, ID26616, 2017.
- ARRELIAS, C. C. A. et al . Adherence to diabetes mellitus treatment and sociodemographic, clinical and metabolic control variables. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 28, n. 4, p. 315-322, Aug. 2015.
- ASSUNÇÃO, S. C. et al. Knowledge and attitude of patients with diabetes mellitus in Primary Health Care. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20170208, 2017.
- BALDONI, N. R. et al. Adesão ao tratamento farmacológico de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, São Paulo, v.7, n.4, p. 15-19, out./dez. 2016.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological review**, v. 84, n. 2, p. 191–215, 1977.
- BANDURA, A. **Self-efficacy**. In V. S. RAMACHAUDRAN (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* , v. 4, p. 71-8, New York: Academic Press, 1994.
- BANDURA, A. Health promotion by social cognitive means. **Health Education & Behavior**, v. 31, n. 2, p. 143-164, 2004.
- BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva**: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, 176 p., 2008.
- BARRETO, M. S.; REINERS, A. A. O.; MARCON, S. S. Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 491-498, June 2014 .
- BARRETO, M. S. et al . Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 60-67, Feb. 2015 .
- BEENEY, L. J; DUNN, S. M.; WELCH, G. Measurement of diabetes knowledge: the development of the DKN scales. In: BRADLEY, C. (ed.). **Handbook of psychology and diabetes**. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 2001. p. 159-189. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=PAk3KZuG4PIC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 02 out. 2017.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 01–07, mar. 1994.

BOBAN, B. et al. Impact of medication therapy management on knowledge, attitude and practice among diabetic patients. **Clinical epidemiology and global health**, v. 5, n. 2, p. 70–72, 1 jun. 2017.

BORBA, A. K. O. T. et al. Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 953-961, Mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: MS, 2007. (Cadernos de Atenção Básica - Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 19). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012. (Série E: Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: MS, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_diabetes_mellitus.pdf>. Acesso em: 02 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_tratamento_medicamento.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. [Brasília]. 2017. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em: 02 out. 2017.

BRITO, G. M. G. de et al. Quality of life, knowledge and attitude after educational program for Diabetes. **Acta paulista de enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 298–306, 2016.

BUENO, D. R. et al. Os custos da inatividade física no mundo: estudo de revisão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1001-1010, Apr. 2016.

CADOGAN, C. A.; RYAN, C.; HUGHES, C. M. Appropriate polypharmacy and medicine safety: when many is not too many. **Drug Saf.**, v. 39, n.2, p. 109-116, 2016.

CAMBOIM, F. E. F. et al. Benefícios da atividade física na terceira idade para a qualidade de vida. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v, 1, n. 6, p. 2415-2422, jun., 2017.

CAMPANA, A. O. et al. **Investigação científica na área médica**. São Paulo: Manole, 2001.

CARVALHO, C. V. et al. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo II ao tratamento medicamentoso. *Rev enferm UFPE on line.*, v. 11, n. 9, p. 3402-3409, 2017.

COLET, C. F.; BORGES, P. E. M.; AMADOR, T. A. Perfil de gastos com medicamentos entre idosos em diferentes grupos socioeconômicos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 591-601, Aug. 2016.

DEHGHAN, H. et al. General self-efficacy and diabetes management self-efficacy of diabetic patients referred to diabetes clinic of Aq Qala, North of Iran. **Journal of Diabetes and Metabolic Disorders**, v. 16, n. 8, 2017.

DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, saúde & doenças**, p. 81-100, 2001.

DEVARAJOOH, C.; CHINNA, K. Depression, distress and self-efficacy: The impact on diabetes self-care practices. **PLoS ONE**, v. 12, n. 3, e0175096, 2017.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial, condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013.

EKNITHISET, R.; SAMRONGTHONG, R.; KUMAR, R. Factors Associated With Knowledge, Perception, And Practice Toward Self-Care Among Elderly Patients Suffering From Type 2 Diabetes Mellitus In Rural Thailand. **J Ayub Med Coll Abbottabad**. 2018; 30 (1): 107-10.

ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. de P. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 156 p. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2017.

FARIA, H. T. G. et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 257-263, Apr. 2014.

FERRARI R. F. R. et al. Motivos que levam idosos com hipertensão arterial a procurar atendimento na atenção primária. *Rev Rene*, v. 15, n. 4, p. 691-700, 2014.

FIGUEIRA, A. L. G. et al. Educational interventions for knowledge on the disease, treatment adherence and control of diabetes mellitus. **Revista latino-americana de enfermagem (Online)**, v. 25, p. e2863, 2017.

GEWEHR, D. M. et al. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 179-190, Jan. 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C.; LIMA, M. L. S. A. P. de; PACE, A. E. Adherence to treatment for diabetes mellitus: validation of instruments for oral antidiabetics and insulin. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 11-18, jan. 2014.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C.; FOSS-FREITAS, M. C.; PACE, A. E. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 67, n. 2, 2014.

GUARIGUATA, L. et al. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 103, n. 2, p. 137–149, 2014.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**. São Paulo: Artmed, v. 2, 2012.

HUANG, E. S. et al. Rates of complications and mortality in older patients with diabetes mellitus: the diabetes and aging study. **JAMA Intern Med.**, v. 174, n.2, p. 251-258, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde, 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060**. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=downloads>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes Atlas, Eighth Edition**, 2017.

JOCKYMAN, S. **Os votos**. Folha da tarde, 1978.

KELLY, P. et al. Systematic review and meta-analysis of reduction in all-cause mortality from walking and cycling and shape of dose response relationship. **Int J Behav Nutr Phys Act**, v. 11, n.132, 2014.

KUEH, Y. C.; MORRIS, T.; ISMAIL, A.-A.-S. Diabetes Knowledge, Attitudes, Self-management, and Quality of Life among People with Type 2 Diabetes Mellitus-A Comparison between Australia-and Malaysia-Based Samples. **Pertanika journal of science & technology**, v. 25, n. 1, 2017.

LEAO E SILVA, Leonardo Oliveira et al . "Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 227-242, 2013.

LEVORATO, C.D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 19, n. 4, p. 1263-1274, 2014 .

LUENGO, C. M. L.; MENDONÇA, A. R. A. Espiritualidade e qualidade de vida em pacientes com diabetes. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 22, n. 2, p. 380-387, Aug. 2014 .

LUZ, E. P. et al. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 303–314, 2014.

- MALLMANN, D. G. et al. Health education as the main alternative to promote the health of the elderly. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1763–1772, jun. 2015.
- MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014.
- MARCHIORI, G. F.; DIAS, F. A.; TAVARES, D. M. S. Quality of life among the elderly with and without companion. **J Nurs UFPE**, v. 7, n. 4, p. 1098-1106, 2013.
- MAZZUCHELLO, F. R. et al. Knowledge, attitudes and adherence to treatment in individuals with hypertension and diabetes mellitus. **O mundo da saúde**, v. 40, n. 4, p. 418–432, 30 dez. 2016.
- MEHTA, N. V. et al. Diabetes knowledge and self-efficacy among rural women in Gujarat, India. **Rural and remote health (Internet)**, v. 16, n. 1, p. 3629, mar. 2016.
- MELO, L. P. de; CAMPOS, E. A. de. “O grupo facilita tudo”: significados atribuídos por pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 a grupos de educação em saúde. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 980–987, dez. 2014.
- MENDES, A. C. G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de saúde pública**, v. 28, n. 5, p. 955–964, maio 2012
- MENEZES, T. N. et al. Diabetes mellitus referido e fatores associados em idosos residentes em Campina Grande, Paraíba. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 17, n. 4, p. 829–839, dez. 2014.
- MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, June 2016 .
- MONTERROSO, L. E. P.; JOAQUIM, N.; SA, L. O. Adesão do regime terapêutico medicamentoso dos idosos integrados nas equipas domiciliárias de Cuidados Continuados. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 5, p. 9-16, jun. 2015 .
- MORETTO, M. C. et al . Associação entre cor/raça, obesidade e diabetes em idosos da comunidade: dados do Estudo FIBRA. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 10, e00081315, Oct. 2016.
- MORRISON, G.; WESTON, P. Self-efficacy: a tool for people with diabetes managed by continuous subcutaneous insulin infusion. **Journal of diabetes nursing**, v. 17, n. 1, p. 32–37, 2013.
- NATAL (RN). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Básica de Natal**. Natal, 2014. Disponível em: <http://portal.natal.rn.gov.br/salasuacao/anexos/carteiraServicose_201412.pdf>. Acesso em: 01 out. 2017.

- OLIVEIRA, K. C. S.; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 862-868, Aug. 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**: resumo. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2017.
- PACE, A. E. et al. Adaptation and validation of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale to Brazilian Portuguese. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 25, n. 0, 2017.
- PAIVA, M. C. O papel fisiológico da insulina e dos hormônios contrarregulatórios na homeostase glicêmica. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica Funcional**, v. 14, nº 61, 2014.
- PEREIRA, I. F. S.; SPYRIDES, M. H. C.; ANDRADE, L. M. B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. **Cadernos de saúde pública**, v. 32, n. 5, 2016.
- PRADO, M. A. M. B.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. Diabetes em idosos: uso de medicamentos e risco de interação medicamentosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3447-3458, 2016.
- RAMOS, R. S. P. S. et al. Fatores associados ao diabetes em idosos assistidos em serviço ambulatorial especializado geronto-geriátrico. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 364-374, 2017.
- REISI, M. et al. Impact of Health Literacy, Self-efficacy, and Outcome Expectations on Adherence to Self-care Behaviors in Iranians with Type 2 Diabetes. **Oman Medical Journal**, v. 31, n. 1, p. 52–59, 2016.
- RIBEIRO, J. P.; ROCHA, S. A.; POPIM, R. C. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 765–771, dez. 2010.
- RIBEIRO, I. J. S. et al. Prevalência e fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes com hipertensão arterial. **Rev Baiana Enferm**, v. 29, n. 3, p. 250-260, 2015.
- RODRIGUES, F. F. L. et al. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta paulista de enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 284–290, 2012.
- ROOS, A.C.; BAPTISTA, D.R.; MIRANDA, R.C. Adesão ao tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. **Demetra**, v.2, n. 10, p. 329-346, 2015.
- SANTOS, A. S. et al. Perfil de saúde de idosos residentes em um município do interior mineiro. **Revista de enfermagem e atenção à saúde**, v. 1, n. 01, 2012.
- SANTOS, A. S. et al. Atividade Física, Álcool e Tabaco entre Idosos. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 2, n. 1, p. 06-13, 2014.

SANTOS, B. M. O. et al. Conhecimento e atitudes em diabetes mellitus tipo 2: subsídios para autocuidado e promoção de saúde. **Arq. Ciênc. Saúde.**, v. 23, n. 4, p. 31-36, out-dez 2016.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Fatores associados ao consumo de medicamentos entre idosos de uma unidade básica de saúde. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 5, n. 2, p. 191-199, 2017.

SANTOS, C. M. J.; FARO, A. Autoeficácia, locus de controle e adesão ao tratamento em pacientes com diabetes tipo 2. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 74-91, jun. 2018.

SILVA, A. P. da; PUREZA, D. Y. da; LANDRE, C. B. Síndrome da fragilidade em idosos com diabetes mellitus tipo 2. **Acta paulista de enfermagem**, v. 28, n. 6, p. 503–509, dez. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio]. São Paulo: Clannad, 2017. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

SOUSA, M. R. et al. Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD): propriedades psicométricas. **Rev Port Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 33–41, 2015.

SOUSA, M. C. et al. Correlation of quality of life with knowledge and attitude of diabetic elderly. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 34, n. 1, p. 180-188, Apr. 2016.

TAVARES, N. U. L. et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 50, n. supl2, p.10s, 2016.

TESTON, E. F. et al. Fatores associados ao conhecimento e à atitude em relação ao Diabetes mellitus. **Cogitare Enferm.**, v. 22, n. 4, e50850, 2017.

THAREK, Z. et al. Relationship between self-efficacy, self-care behaviour and glycaemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in the Malaysian primary care setting. **BMC Family Practice**, v. 19, n. 39, 2018.

TIV, M. et al. Medication adherence in type 2 diabetes: the ENTRED study 2007, a French Population-Based Study. **PLoS One**, v. 7, n. 3, p. e32412, 2012.

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

TRAPE, A. A. et al. Associação entre condições demográficas e socioeconômicas com a prática de exercícios e aptidão física em participantes de projetos comunitários com idade acima de 50 anos em Ribeirão Preto, São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 355-367, June 2017.

UBERABA (MG). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2018/2021**. Uberaba, 2017. Disponível em:

<<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo//saude/arquivos/2017/Plano%20Municipal%20de%20Saude%202018-2021%20aprovado%20pelo%20CMS.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2017.

VAN DER BIJL, J. J.; VAN POELGEEST-EELTINK, A.; SHORTRIDGE- BAGGET, L. The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabete mellitus. **Journal of advanced nursing**, v. 30, n. 2, p. 352-359, 1999.

VICENTE, N. G. **Fatores relacionados à adesão ao tratamento de pessoas adultas com diabetes mellitus cadastrados no sistema HIPERDIA da atenção primária à saúde**. 2014. 79f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2014. Disponível em: <<http://bdtd.ufm.edu.br/handle/tede/262>>. Acesso em: 02 out. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (Ed.). **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014.

APÊNDICES

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Departamento de enfermagem em educação e saúde coletiva
Av. Getúlio Guaritá, 330 – Nossa Sra. da Abadia, Uberaba – MG, 38025-440

TERMO DE ESCLARECIMENTO

(Idosos com Diabetes Mellitus tipo 2)

TÍTULO DO PROJETO: Conhecimento, atitude, autoeficácia e adesão medicamentosa entre idosos com diabetes mellitus tipo 2

JUSTIFICATIVA E OS OBJETIVOS DA PESQUISA:

O senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa: “Conhecimento, atitude, autoeficácia e adesão medicamentosa entre idosos com diabetes mellitus tipo 2”, por ser idoso (pessoa com idade igual ou superior a 60 anos de idade), com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. O objetivo dessa pesquisa é analisar a influência de fatores demográficos, clínicos, conhecimento e atitude frente ao diabetes mellitus sobre a autoeficácia e adesão medicamentosa. Com o aumento da expectativa de vida e o avanço de doenças crônicas como o diabetes, torna-se necessário a realização de estudos que avaliem as características dos idosos, o quanto eles conhecem da doença e como lidam com a doença, seu tratamento e autocuidado, pois estes trazem consigo especificidades e carências que devem ser levadas em consideração.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS E RISCOS:

Caso você aceite participar da pesquisa será necessário que responda a seis questionários relacionados a aspectos cognitivos, dados sociodemográficos e de saúde (idade, renda, outras doenças, medicamentos em uso, tempo de diabetes, entre outros), conhecimento sobre o Diabetes (tais como cuidados gerais, sinais e sintomas de hipoglicemia), atitudes frente à doença (como aceitação da doença, confiança no tratamento), adesão ao tratamento medicamentoso, e autoeficácia (capacidade para se autocuidar). O questionário sobre os aspectos cognitivos tem 11 questões, estima-se que será utilizado 5 minutos para respondê-lo;

o questionário sociodemográfico e de saúde possui 25 questões e estima-se que serão necessários 10 minutos para respondê-lo; já o questionário de conhecimento sobre diabetes mellitus possui 15 questões, sendo necessário aproximadamente 7 minutos; o de atitudes frente ao diabetes mellitus possui 19 questões, com estimativa para resposta de 7 minutos; no questionário sobre adesão aos medicamentos, com 7 questões para quem usa comprimidos e/ou 7 questões para quem usa insulina, será gasto cerca de 4 minutos para cada um; já o instrumento de autoeficácia contém 20 questões, com tempo de resposta de aproximadamente 9 minutos. Tempo total para aplicação dos questionários será aproximadamente 46 minutos. A aplicação dos questionários será realizada em sua residência, acompanhada por um pesquisador do grupo que realizará a pesquisa e ocorrerá em data e horário combinado entre você e o pesquisador. A pesquisa não apresenta riscos a sua vida ou sua integridade física ou moral. O único risco previsto é o risco de perda de confidencialidade, que um risco comum a todas as pesquisas que utilizam dados ou informações oriundas de uma fonte humana. Para minimizar esse risco, será empregado técnica de codificação de sua identificação no estudo, ou seja, seu nome ou quaisquer dados que possam lhe identificar serão substituídos por um código, que apenas os pesquisadores que manusearão os dados terão conhecimento. Todos os questionários respondidos por você, do momento em que nos entregá-lo até o final da pesquisa serão guardados em arquivo pessoal, resguardado por chave e com inteira responsabilidade do pesquisador responsável desse estudo. Após a análise das respostas dos questionários e a tabulação dos dados, esses serão guardados pelo período de 5 anos, como determina a Resolução 466/12, assim como esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado e rubricado em todas as páginas, pelo pesquisador responsável, e por você.

BENEFÍCIOS DIRETOS PARA O PARTICIPANTE:

Não há previsão de benefícios diretos a você, oriundos de sua participação na pesquisa. Entretanto, acredita-se que por meio de sua participação, você poderá ser beneficiado indiretamente de duas maneiras. A primeira, por estimulá-lo a refletir sobre a conduta diante da sua saúde e sobre a importância de manter sua qualidade de vida. A segunda é conhecer o que você sabe e como você lida com a doença no seu dia-a-dia, o que poderá ajudar a formular medidas para o trabalho dos profissionais de saúde e da equipe multiprofissional, podendo assim melhorar a assistência prestada à pessoa idosa e diabética.

BASES DA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA, CONFIDENCIALIDADE E CUSTOS:

Sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, assim como não trará prejuízo a você no atendimento na unidade de saúde próxima ao seu domicílio e em nenhuma outra instituição de saúde. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo; em momento algum você será identificado, pois seu registro ficará marcado como um número. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Também solicitamos o seu consentimento para que os dados sejam apresentados em eventos científicos e publicados em revistas especializadas.

Contato dos pesquisadores:

Nome: Mariana Campos de Sousa

E-mail: mariana_camposdesousa@hotmail.com

Telefone: (34) 98862-2601

Nome: Álvaro da Silva Santos

E-mail: alvaroenf@hotmail.com

Telefone: (34) 99905-2831

Endereço: Praça Manoel Terra, nº 3330, Centro – 38015-050 – Uberaba – MG



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
 Departamento de enfermagem em educação e saúde coletiva
 Av. Getúlio Guaritá, 330 – Nossa Sra. da Abadia, Uberaba – MG, 38025-440

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DO PROJETO: Conhecimento, atitude, autoeficácia e adesão medicamentosa entre idosos com diabetes mellitus tipo 2

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, “**Conhecimento, atitude, autoeficácia e adesão medicamentosa entre idosos com diabetes mellitus tipo 2**”, e receberei uma via com todas as páginas rubricadas e assinada deste documento.

Uberaba,/...../.....

 Assinatura do voluntário

 Assinatura do pesquisador responsável

 Assinatura do pesquisador assistente

Contato dos pesquisadores:

Nome: Mariana Campos de Sousa

Nome: Álvaro da Silva Santos

Telefone: (34) 98862-2601

Telefone: (34) 99905-2831

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6776.

Apêndice B. Questionário Sociodemográfico e de Saúde

Data da entrevista ___/___/___ Local da entrevista_____

Endereço _____Telefone _____

Entrevistado:_____

A – Características sociodemográficas

1. Data de nasc. ___/___/___ **2. Idade:** _____ anos. **3. Sexo:** 1- () M 2- () F

4. Estado Civil:

- 1- () Nunca se casou ou morou com
companheiro(a)
- 2- () Mora com esposo(a) ou
companheiro(a)
- 3- () Viúvo(a)
- 4- () Separado(a), desquitado(a) ou
divorciado(a)
- 99- () Ignorado

5. Raça:

- 1- () Branca
- 2- () Preta
- 3- () Parda
- 4- () Amarela
- 5- () Indígena

6. Religião:

- 1- () Católica
- 2- () Evangélica
- 3- () Espírita
- 4- () Outra _____

7. Escolaridade: _____ anos.

8. Aposentado: 1- () Sim 2- () Não

9. Ocupação profissional 1- () Sim 2- () Não

Qual?_____

10. Valor da Renda individual

- 1 – () Não tem renda
- 2 - () Menos que 1 salário mínimo
- 3 - () 1 salário mínimo
- 4 - () De 1 a 3 salários mínimo
- 5 - () De 3 a 5 salários mínimo
- 6 – () mais de 5 salários mínimo

11. Renda Familiar

- 1 – () Não tem renda
- 2 - () Menos que 1 salário mínimo
- 3 - () 1 salário mínimo
- 4 - () De 1 a 3 salários mínimo
- 5 - () De 3 a 5 salários mínimo
- 6 – () mais de 5 salários mínimo

12. Número de filhos: _____

13. Quantidade de pessoas que moram em sua residência: _____ pessoas.

14. O Sr(a) mora com:

- 1- () Só (ninguém mais vive permanentemente junto)

- 2- () Somente com cuidador profissional (1 ou +)
 3- () Somente com o cônjuge
 4- () Com outros de sua geração (com ou sem cônjuge)
 5- () Com filhos (com ou sem cônjuge)
 6- () Com netos (com ou sem cônjuge)
 7- () Outros arranjos _____
 8- () Não Sei
 99- () Não Respondeu

B - Características de Saúde

15. Tempo de diabetes: _____ anos.

16. Comorbidades:

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|-------------------------|
| () Alzheimer | () Hipotireoidismo | () Problemas cardíacos |
| () Artrite/artrose | () Incontinência Urinária | () Problemas de coluna |
| () Asma ou bronquite | () Incontinência Fecal | () Problema renal |
| () AVC | () Má circulação | () Problemas visuais |
| () Constipação | (varizes) | () Reumatismo |
| () Depressão | () Obesidade | () Tuberculose |
| () Dislipidemia | () Osteoporose | () Tumores benignos |
| () Hipertensão Arterial | () Parkinson | () Tumores malignos |

Outras: _____

17. Complicações do DM:

- | | | |
|---------------------------|---------------|-------|
| () Retinopatia Diabética | () Úlcera | _____ |
| () Pé Diabético | () Amputação | _____ |
| () Nefropatia Diabética | Outras: | _____ |
| () Neuropatia Diabética | _____ | _____ |

18. Medicações em uso:

19. Quais serviços de saúde frequenta?

- 1 - () Unidade de Saúde/UBS/UMS/ESF
2 - () Ambulatório UFTM/URS
3 - () Hospital Público
4 - () Consultórios particulares
5 - () Hospital Particular
6 - () Não frequenta

20. Se frequentar Unidade de Saúde/UBS/UMS/ESF, qual a frequência?

- 1 - () Mais de uma vez na semana
2 - () Semanal
3 - () Quinzenal
4 - () Mensal
5 - () Bimestral
6 - () Trimestral
7 - () Semestral
8 - () Anual
9 - () Somente em último caso (uma vez ou outra)

21. Tabagismo

- 1 - () Sim 2 - () Não 3 - () Ex-tabagista

22. Consumo bebida alcoólica

- 1 - () Sim 2 - () Não 3 - () Ex-alcoólatra

23. Atividade Física

- 1 - () Sim 2 - () Não

24. Tipo de atividade: _____

25. Tempo/frequência: _____

ANEXOS

Anexo 1: Mini-Exame Do Estado Mental (MEEM)

1) Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

2) Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta)

Em que país estamos? _____

Em que lugar estamos? _____

Em que estado vive? _____

Em que andar estamos? _____

Em que cidade vive? _____

Nota: _____

3) Memória Imediata (1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Carro _____

Vaso _____

Bola _____

Nota: _____

4) Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100 ___ 93 ___ 86 ___ 79 ___ 72 ___ 65 ___

Nota: _____

5) Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Carro _____

Vaso _____

Bola _____

Nota: _____

6) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

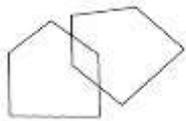
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

7) Capacidade Construtiva Visual (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Nota: _____

8) TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com declínio cognitivo: • analfabetos ≤ 13 pontos

• 1 a 08 anos de escolaridade ≤ 18

• com escolaridade superior a 8 anos ≤ 26

9) Idoso apresentou declínio cognitivo:

1- () Sim

2- () Não

Anexo 2: Versão Brasileira da Escala de Conhecimentos de Diabetes (DNK-A)

Unidade _____ Data: _____ Identificação _____

1. No diabetes **SEM CONTROLE**, o açúcar no sangue é:
 - A. Normal
 - B. Alto
 - C. Baixo
 - D. Não sei.

2. Qual destas afirmações é **VERDADEIRA**?
 - A. Não importa se a sua diabetes não está sob controle, desde que você não entre em coma.
 - B. É melhor apresentar um pouco de açúcar na urina para evitar a hipoglicemia.
 - C. O controle mal feito da diabetes pode resultar numa chance maior de complicações mais tarde.
 - D. Não sei.

3. A faixa de variação **NORMAL** de glicose no sangue é de:
 - A. < 100 mg/dl
 - B. 70 –140 mg/dl
 - C. 50 –200 mg/dl
 - D. Não sei

4. A **manteiga** é composta principalmente de:
 - A. Proteínas
 - B. Carboidratos
 - C. Gordura
 - D. Minerais e vitaminas
 - E. Não sei.

5. O **arroz** é composto principalmente de:
 - A. Proteínas
 - B. Carboidratos
 - C. Gordura
 - D. Minerais e vitaminas
 - E. Não sei.

6. A presença de **cetonas na urina** é:
 - A. Um bom sinal.
 - B. Um mau sinal.
 - C. Encontrado normalmente em quem tem diabetes.
 - D. Não sei.

7. Quais das possíveis complicações abaixo **NÃO** estão geralmente associados à diabetes
 - A. Alterações na visão.
 - B. Alterações nos rins.
 - C. Alterações nos pulmões.
 - D. Não sei.

8. Se uma pessoa que está tomando insulina apresenta uma **taxa alta de açúcar no sangue ou na urina**, assim como presença de cetonas, ela deve:
 - A. Aumentar a insulina.
 - B. Diminuir a insulina.
 - C. Manter a mesma quantidade de insulina e a mesma dieta, e fazer um exame de sangue e de urina mais tarde.
 - D. Não sei.

9. Se uma pessoa com diabetes está tomando insulina e fica doente ou não consegue comer a dieta prescrita:
 - A. Ela deve parar de tomar insulina imediatamente.
 - B. Ela deve continuar a tomar insulina.
 - C. Ela deve usar hipoglicemiante oral para diabetes em vez da insulina.
 - D. Não sei.

10. Se você sente que a **hipoglicemia** está começando, você deve:
 - A. Tomar insulina ou hipoglicemiante oral imediatamente.
 - B. Deitar-se e descansar imediatamente.
 - C. Comer ou beber algo doce imediatamente.
 - D. Não sei.

11. Você pode comer o quanto quiser dos seguintes **ALIMENTOS**:

- A. Maçã
- B. Alface e Agrião
- C. Carne
- D. Mel
- E. Não sei.

12. A hipoglicemia é causada por:

- A. Excesso de insulina
- B. Pouca insulina
- C. Pouco exercício
- D. Não sei.

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

13. Um **QUILO** é:

- A. Uma unidade de peso.
- B. Igual a 1000 gramas.
- C. Uma unidade de energia.
- D. Um pouco mais que duas gramas.
- E. Não sei.

14. Duas das seguintes substituições são **corretas**:

- A. Um pão francês é **igual a** quatro (4) biscoitos de água e sal
- B. Um ovo é **igual a** uma porção de carne moída
- C. Um copo de leite é **igual a** um copo de suco de laranja
- D. Uma sopa de macarrão é **igual a** uma sopa de legumes
- E. Não sei.

15. Se eu não estiver com vontade de **comer o pão francês** permitido na minha dieta para o café da manhã, eu posso:

- A. Comer quatro (4) biscoitos de água e sal
- B. Trocar por dois (2) pães de queijo médios
- C. Comer uma fatia de queijo
- D. Deixar pra lá
- E. Não sei.

Anexo 3: Versão Brasileira do Questionário de Atitudes (ATT-19)

Idade: _____ Sexo: () M () F Data: _____

Há quanto tempo você tem Diabetes? _____

Como ela é tratada?

(a) Dieta (b) Dieta e Hipoglicemiante Oral (c) Dieta e Insulina

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

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

- () Não concordo de jeito nenhum
 () Discordo
 () Não sei
 () Concordo
 () Concordo totalmente

2. Não gosto que me chame de DIABÉTICO

- () Não concordo de jeito nenhum
 () Discordo
 () Não sei
 () Concordo
 () Concordo totalmente

3. Ter DIABETE foi a pior coisa que aconteceu na minha vida

- () Não concordo de jeito nenhum
 () Discordo
 () Não sei
 () Concordo
 () Concordo totalmente

4. A maioria das pessoas tem dificuldade em se adaptar ao fato de ter DIABETE

- () Não concordo de jeito nenhum
 () Discordo
 () Não sei
 () Concordo
 () Concordo totalmente

5. Costumo sentir vergonha por ter DIABETE

- () Não concordo de jeito nenhum
 () Discordo
 () Não sei
 () Concordo
 () Concordo totalmente

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

- () Não concordo de jeito nenhum
 () Discordo
 () Não sei
 () Concordo
 () Concordo totalmente

7. Há pouca esperança de levar uma vida normal com DIABETE

- () Não concordo de jeito nenhum
 () Discordo
 () Não sei
 () Concordo
 () Concordo totalmente

8. O controle adequado da DIABETE envolve muito sacrifício e inconvenientes

- () Não concordo de jeito nenhum
 () Discordo
 () Não sei
 () Concordo
 () Concordo totalmente

9. Procuro não deixar que as pessoas saibam que tenho DIABETE

- () Não concordo de jeito nenhum
 () Discordo
 () Não sei
 () Concordo
 () Concordo totalmente

10. Ser diagnosticado com DIABETE é o mesmo que ser condenado a uma vida de doença

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

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

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

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

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

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

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

14. Tenho dificuldade em saber se estou bem ou doente

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

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

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

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

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

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

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

18. Acredito que convivo bem com a DIABETE

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

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

- Não concordo de jeito nenhum
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo totalmente

Anexo 4: Medida de Adesão ao Tratamento Medicamentoso no Diabetes Mellitus – Anti-diabéticos orais (MAT ADOs)

1) Alguma vez o(a) Sr(a) esqueceu de tomar os comprimidos para o diabetes?

Sempre Quase sempre Com frequência Às vezes Raramente Nunca

2) Alguma vez o(a) Sr(a) foi descuidado(a) com o horário de tomada dos comprimidos para o diabetes?

Sempre Quase sempre Com frequência Às vezes Raramente Nunca

3) Alguma vez o(a) Sr(a) deixou de tomar os comprimidos para o diabetes por ter se sentido melhor?

Sempre Quase sempre Com frequência Às vezes Raramente Nunca

4) Alguma vez o(a) Sr(a) deixou de tomar os comprimidos para o diabetes, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?

Sempre Quase sempre Com frequência Às vezes Raramente Nunca

5) Alguma vez o(a) Sr(a) tomou um ou mais comprimidos para o diabetes, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?

Sempre Quase sempre Com frequência Às vezes Raramente Nunca

6) Alguma vez o(a) Sr(a) interrompeu o tratamento para o diabetes por ter deixado acabar os comprimidos?

Sempre Quase sempre Com frequência Às vezes Raramente Nunca

7) Alguma vez o(a) Sr(a) deixou de tomar os comprimidos para o diabetes por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre Quase sempre Com frequência Às vezes Raramente Nunca

**Anexo 5: Medida de Adesão ao Tratamento Medicamentoso no Diabetes Mellitus –
Insulinoterapia (MAT Insulina)**

1) Alguma vez o(a) Sr(a) esqueceu de aplicar a insulina para o diabetes?

Sempre Quase sempre Com frequência Às vezes Raramente Nunca

2) Alguma vez o(a) Sr(a) foi descuidado(a) com o horário de aplicação da insulina para o diabetes?

Sempre Quase sempre Com frequência Às vezes Raramente Nunca

3) Alguma vez o(a) Sr(a) deixou de aplicar a insulina para o diabetes por ter se sentido melhor?

Sempre Quase sempre Com frequência Às vezes Raramente Nunca

4) Alguma vez o(a) Sr(a) deixou de aplicar a insulina para o diabetes, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?

Sempre Quase sempre Com frequência Às vezes Raramente Nunca

5) Alguma vez o(a) Sr(a) aplicou uma ou mais unidades de insulina para o diabetes, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?

Sempre Quase sempre Com frequência Às vezes Raramente Nunca

6) Alguma vez o(a) Sr(a) interrompeu o tratamento para o diabetes por ter deixado acabar a insulina?

Sempre Quase sempre Com frequência Às vezes Raramente Nunca

7) Alguma vez o(a) Sr(a) deixou de aplicar a insulina para o diabetes por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre Quase sempre Com frequência Às vezes Raramente Nunca

Anexo 6: Escala de Autoeficácia no Controle do Diabetes para Pacientes com Diabetes

Tipo 2

		Com certeza sim	Provavelmente sim	Não sei	Provavelmente não	Com certeza não
1	Eu acho que sou capaz de verificar meu açúcar no sangue, se necessário.	<input type="checkbox"/>				
2	Eu acho que sou capaz de corrigir meu açúcar no sangue, quando o valor estiver muito alto.	<input type="checkbox"/>				
3	Eu acho que sou capaz de corrigir meu açúcar no sangue, quando o valor estiver muito baixo.	<input type="checkbox"/>				
4	Eu acho que sou capaz de escolher os alimentos certos para o controle do diabetes.	<input type="checkbox"/>				
5	Eu acho que sou capaz de escolher alimentos diferentes, sem sair da dieta recomendada para o controle do diabetes.	<input type="checkbox"/>				
6	Eu acho que sou capaz de manter o meu peso sob controle.	<input type="checkbox"/>				
7	Eu acho que sou capaz de examinar meus pés para ver se tenho problemas na pele.	<input type="checkbox"/>				
8	Eu acho que sou capaz de fazer exercícios físicos suficientes para o controle do diabetes, por exemplo caminhar ou andar de bicicleta.	<input type="checkbox"/>				
9	Eu acho que sou capaz de ajustar a minha dieta quando estou doente, como, por exemplo, gripe, resfriado ou infecção.	<input type="checkbox"/>				
10	Eu acho que sou capaz de seguir a minha dieta a maior parte do tempo.	<input type="checkbox"/>				

		Com certeza sim	Provavelmente sim	Não sei	Provavelmente não	Com certeza não
11	Eu acho que sou capaz de fazer exercícios físicos extras, quando o médico recomendar.	<input type="checkbox"/>				
12	Eu acho que sou capaz de ajustar a minha dieta, quando faço exercícios físicos extras.	<input type="checkbox"/>				
13	Eu acho que sou capaz de seguir minha dieta, quando estou fora de casa.	<input type="checkbox"/>				
14	Eu acho que sou capaz de ajustar minha dieta, quando estou fora de casa.	<input type="checkbox"/>				
15	Eu acho que sou capaz de seguir minha dieta, quando estou de férias.	<input type="checkbox"/>				
16	Eu acho que sou capaz de seguir minha dieta, quando estou numa comemoração/festa.	<input type="checkbox"/>				
17	Eu acho que sou capaz de ajustar minha dieta, quando estou estressado ou tenso.	<input type="checkbox"/>				
18	Eu acho que sou capaz de ir ao médico regularmente para acompanhar o meu diabetes.	<input type="checkbox"/>				

Por favor, responda às duas próximas perguntas se você toma medicamentos (comprimidos/insulina) para o seu diabetes. Se você não toma medicamentos para controlar o seu diabetes, você não precisa responder a essas duas perguntas.

19.	Eu acho que sou capaz de tomar meus medicamentos, de acordo com a receita médica.	<input type="checkbox"/>				
20.	Eu acho que sou capaz de ajustar meus medicamentos, quando estou doente, como, por exemplo, gripe, resfriado ou infecção.	<input type="checkbox"/>				

Anexo 7: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO, ATITUDE, AUTOEFICÁCIA E ADESÃO MEDICAMENTOSA ENTRE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Pesquisador: Álvaro da Silva Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79707117.0.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.410.512

Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores, transcreve-se "A.1. O TEMA EM ESTUDO

Com o envelhecimento populacional e a persistência dos hábitos de vida não-saudáveis, ocorre o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010), dentre elas o Diabetes Mellitus (DM).

O DM é um grupo de doenças metabólicas que resulta de distúrbios na secreção e/ou ação da insulina, alterando a absorção e o armazenamento da glicose sanguínea, o que ocasiona a hiperglicemia (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010; BRASIL, 2006).

O DM2 consiste em uma deficiência relativa de insulina, devido aos defeitos na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose. O início costuma ser mais lento e os sintomas mais leves. Geralmente manifesta em adultos com história de excesso de peso ou história familiar da doença. Acomete cerca de 90% dos indivíduos com DM. O tratamento inicial geralmente envolve antidiabéticos orais, além de mudanças nos hábitos de vida, com dieta e exercícios físicos (BRASIL, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2016) o DM tipo 2 é o mais prevalente na população idosa, e está relacionada a um maior risco de morte prematura, tem maior associação com comorbidades e com a síndrome da fragilidade no idoso (SILVA; PUREZA; LANDRE, 2015).

Estudo realizado com idosos Campina Grande-PB evidenciou que os idosos diabéticos em geral não praticavam atividade física (mulheres 77,6% e homens 86,7%). A maioria das mulheres nunca

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.410.512

ponderação das ações e cuidados frente ao quadro de saúde lidado na vida diária.

Contrapondo aos riscos previsíveis da pesquisa, que é o risco de perda de confidencialidade, risco esse minimizável por técnica de codificação da identificação dos participantes, entende-se que há relevância científica adequado ao caráter ético junto aos participantes do estudo.

Diante do exposto percebe-se que os riscos existentes para as participantes da pesquisa são mínimos e mesmo assim medidas para amenizá-los serão realizadas, e em contra partida os benefícios ficam evidentes para as mesmas".Entretanto, no item H relata-se "O procedimento metodológico será pesquisa com dados coletados por entrevista, com a devolutiva dos resultados para o meio científico, para a comunidade e para os profissionais e gestores de saúde. Espera-se que se tenha uma percepção da importância do atendimento adequado aos pacientes diabéticos pelos profissionais de saúde, na intenção de melhorias ao serviço e/ou adequação do serviço às necessidades dos pacientes atendidos. Não há previsão de benefícios diretos a você, oriundos de sua participação na pesquisa. Entretanto, acredita-se que por meio de sua participação, você poderá ser beneficiado indiretamente de duas maneiras. A primeira, por estimulá-lo a refletir sobre a conduta diante da sua saúde e sobre a importância de manter sua qualidade de vida. A segunda é conhecer o que você sabe e como você lida com a doença no seu dia-a-dia, o que poderá ajudar a formular medidas para o trabalho dos profissionais de saúde e da equipe multiprofissional, podendo assim melhorar a assistência prestada à pessoa idosa e diabética". No item J relata-se "O entrevistado poderá pensar sobre a situação exposta e dessa forma perceber a necessidade de se autocuidar e aderir ao tratamento medicamentoso e a importância do trabalho da equipe multiprofissional no atendimento, trabalhando com a educação em saúde e proporcionar conhecimento e empoderamento para os indivíduos. Além disso, o usuário ao perceber essa importância, poderá ter um cuidado efetivo e seguro de prevenção e promoção da saúde, garantindo a qualidade da assistência e segurança do paciente. Esta pesquisa irá levantar o perfil dos pacientes idosos cadastrados nas ESFs, isso permitirá traçar ações mais individualizadas e efetivas, de acordo com cada caso, e promover o autocuidado. A pesquisa será subsídio para futuras ações individualizadas para aqueles que frequentam os serviços de saúde primária. E servirá para os gestores proporem organização do serviço da Atenção Primária de acordo com a demanda/necessidade daqueles que o frequentam".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância temática com estudo observacional, transversal e com abordagem quantitativa que tem como objetivo geral analisar a influência de preditores demográficos, clínicos, conhecimento e atitude frente ao DM sobre a autoeficácia e adesão medicamentosa de

Endereço: Rua Madre Maria José, 122	
Bairro: Nossa Sra. Abadia	CEP: 38.025-100
UF: MG	Município: UBERABA
Telefone: (34)3700-6776	E-mail: cep@uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 2.410.512

idosos diabéticos cadastrados nas ESF do município de Uberaba - MG.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a Folha de Rosto, o TCLE, a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e anexos e apêndices que serão utilizados. Todos de acordo com protocolo do CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, situação definida em reunião do dia 01/12/17.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ainda, de acordo com a Res.466/12 e Norma Operacional 001/13 do CNS, as pendências devem ser respondidas exclusivamente pelo pesquisador responsável no prazo de 30 dias. Após este prazo o protocolo será arquivado. Solicita-se ainda que as respostas sejam enviadas de forma ordenada, conforme os itens recomendados neste parecer, destacando a localização das alterações realizadas nos documentos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1013879.pdf	27/11/2017 22:45:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_CEP_Alvaro_segunda_versao.docx	27/11/2017 22:44:43	Mariana Campos de Sousa	Aceito
Outros	AutorizacaoSMS.pdf	08/11/2017 16:13:39	Mariana Campos de Sousa	Aceito
Outros	Instrumentos.pdf	08/11/2017 16:13:02	Mariana Campos de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Mari.docx	08/11/2017 16:12:01	Mariana Campos de Sousa	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_Mariana.pdf	08/11/2017 16:08:45	Mariana Campos de Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-8778

E-mail: cep@uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 2.410.512

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 01 de Dezembro de 2017

Assinado por:

Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza
(Coordenador)