

Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em Serviço de Urgência no México*

FACTORS RELATED TO SELF-CARE IN DIABETES MELLITUS PATIENTS ATTENDED AT EMERGENCY SERVICE IN MEXICO

FACTORES RELACIONADOS AL AUTOCUIDADO DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS ATENDIDAS EN SERVICIO DE URGENCIA EN MÉXICO

Irasema Romero Baquedano¹, Manoel Antônio dos Santos², Carla Regina de Souza Teixeira³, Tatiane Aparecida Martins⁴, Maria Lúcia Zanetti⁵

RESUMO

Estudo transversal com os objetivos de determinar a capacidade de autocuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 e relacionar tal capacidade com variáveis sociodemográficas e clínicas. Participaram 251 pessoas que ingressaram no Serviço de Urgência do Hospital Regional Mérida, em Yucatán, México, em 2006. Os dados foram obtidos mediante entrevista domiciliar dirigida, utilizando-se formulário, questionário e a Escala de Capacidade Autocuidado. Para a análise, utilizou-se a estatística descritiva e correlacional. Os resultados mostraram que 83 (33,5%) dos sujeitos apresentaram boa capacidade de autocuidado e 168 (66,5%), capacidade regular. Obteve-se correlação diretamente proporcional entre capacidade de autocuidado e anos de estudo ($r=0,124$; $p<0,05$), mas negativa para religião ($r_s=-0,435$; $p<0,05$) e tempo de evolução da doença ($r=-0,667$; $p<0,05$). Para a promoção do autocuidado em pessoas com diabetes faz-se necessário considerar essas variáveis, bem como desenvolver novos estudos que enfoquem outras variáveis envolvidas no comportamento adotado em benefício da saúde.

DESCRIPTORIOS

Autocuidado.
Diabetes mellitus tipo 2.
Enfermagem.
Serviços médicos de emergência.

ABSTRACT

This cross-sectional study aimed to determine the self-care ability of individuals with type 2 diabetes mellitus and to relate this capacity with some sociodemographic and clinical variables. Participants were 251 patients who attended the Emergency Service at the Mérida Regional Hospital in Yucatán, Mexico, in 2006. Data were obtained through directed home interviews, using a form, a questionnaire and the Self-Care Capacity Scale. Descriptive and correlation statistics were used for data analysis. The results showed 83 (33.5%) subjects with good and 168 (66.5%) subjects with regular ability. A directly proportional correlation was found between self-care ability and years of study ($r=0.124$; $p<0.05$), as well as a negative correlation for religion ($r_s=-0.435$; $p<0.05$) and evolution time of the disease ($r=-0.667$; $p<0.05$). These variables should be taken into account to promote self-care for diabetes patients, and further research needs to be developed with a focus on other variables involved in the behavior adopted to benefit their health.

KEY WORDS

Self care.
Diabetes mellitus, type 2.
Nursing.
Emergency medical services.

RESUMEN

Estudio transversal que tuvo como objetivos determinar la capacidad de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 y relacionar tal capacidad con variables sociodemográficas y clínicas. Participaron 251 personas que ingresaron en el Servicio de Urgencia del Hospital Regional de Mérida, Yucatán, México, en 2006. Los datos fueron obtenidos a través de entrevistas domiciliarias dirigidas, utilizándose formulario, cuestionario y Escala de Capacidad de Autocuidado. Para el análisis se utilizó la estadística descriptiva y correlacional. Los resultados mostraron que 83 (33,5%) de los sujetos exhibieron buena capacidad de autocuidado, y 168 (66,5%) capacidad regular. Se obtuvo correlación directamente proporcional entre capacidad de autocuidado y años de estudio ($r=0,124$; $p<0,05$) y negativa para religión ($r_s=-0,435$; $p<0,05$) y tiempo de evolución de la enfermedad ($r=-0,667$; $p<0,05$). Para la promoción del autocuidado a la persona con diabetes se deben considerar tales variables, así como desarrollarse nuevos estudios que focalicen otras variables involucradas en el comportamiento adoptado en beneficio de su salud.

DESCRIPTORIOS

Autocuidado.
Diabetes mellitus tipo 2.
Enfermería.
Servicios médicos de urgencia.

* Extraído da tese "Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes tipo 2 no Serviço de Urgência do Hospital Regional Mérida, Yucatán, México", Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008. ¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Ribeirão Preto, SP, Brasil. irasemaromero@hotmail.com ² Psicólogo. Professor Doutor da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. masantos@ffclrp.usp.br ³ Enfermeira. Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. carlarst@eerp.usp.br ⁴ Graduanda de Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. tatianemartins@hotmail.com ⁵ Enfermeira. Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. zanetti@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

Diferentes definições de autocuidado são dadas em contextos culturais e sociais específicos⁽¹⁾. Nas Américas, o autocuidado se refere às ações que as pessoas adotam em benefício de sua própria saúde, sem supervisão médica formal. É definido como práticas realizadas pelas pessoas e famílias mediante as quais são promovidos comportamentos positivos de saúde, na prevenção de enfermidades e no tratamento dos sintomas⁽¹⁾.

Historicamente, a Enfermagem é uma disciplina que tem como um de seus objetivos a educação das pessoas para o autocuidado⁽¹⁾. O autocuidado é definido como uma função reguladora que os indivíduos utilizam deliberadamente para manutenção dos requisitos vitais, do desenvolvimento e funcionamento integral⁽²⁾.

A habilidade para desempenhar o autocuidado é desenvolvida durante o curso da vida diária, por meio de um processo espontâneo de aprendizagem, no amadurecimento da curiosidade intelectual, com a instrução e supervisão de outros e mediante a experiência de medidas de autocuidado⁽³⁾.

O autocuidado também é considerado como parte do estilo de vida das pessoas, o qual é compreendido como padrões de conduta que se refletem na forma de interagir dos indivíduos com seu meio social⁽³⁾. O conceito de estilo de vida é amplo e envolve os padrões que surgem da seleção de opções disponíveis às pessoas, segundo as circunstâncias sociais e econômicas, e as facilidades com que elas podem eleger alternativas. Assim, a escolha de um estilo de vida saudável implica em ações de autocuidado concreto, tais como a automedicação, o autotratamento, o apoio social e o cuidado em situação de enfermidade no ambiente da pessoa⁽³⁾.

A Organização Mundial da Saúde recomenda a educação para o autocuidado com vistas a prevenir e tratar as enfermidades crônicas⁽¹⁾. A educação para o autocuidado às pessoas com problemas crônicos de saúde deve promover o suporte para o desenvolvimento das habilidades de autocuidado, a fim de co-responsabilizá-las por sua saúde e ajudá-las a aprender a conviver melhor com a enfermidade, modificar ou manter os hábitos saudáveis, estimular a autoconfiança para sentir-se melhor, seja qual for a gravidade da enfermidade.

O autocuidado é uma estratégia eficaz para a redução dos custos em saúde, colaborando para a redução do número de admissões hospitalares e das consultas de urgência, uso racional dos medicamentos e melhor relação entre o profissional de saúde e o paciente⁽¹⁾.

Nesse contexto, o autocuidado em saúde é definido como as medidas que cada pessoa, de forma individual, toma para proteger seu bem-estar físico, mental e social. O autocuida-

do tem como fundamento a crença de que o homem é capaz de cuidar de sua saúde e compreende uma série de ações para manter a saúde física e mental, prevenir enfermidades, satisfazer as necessidades físicas e psicológicas, recorrer à consulta médica ou automedicar-se⁽¹⁾.

Ao considerar que as pessoas com diabetes mellitus apresentam uma condição crônica de saúde, que exige cuidados permanentes para manutenção de sua qualidade de vida e controle metabólico, percebe-se a necessidade de desenvolver habilidades de autocuidado para o manejo da doença. Estudo mostrou que introduzir mudanças no estilo de vida é uma estratégia efetiva na prevenção ao diabetes mellitus tipo 2⁽⁴⁾.

Cabe à equipe multiprofissional de saúde ajudar a pessoa com diabetes a desenvolver habilidades de autocuidado para o manejo da doença, a fim de que mantenha um adequado controle metabólico, de modo a prevenir ou protelar as complicações crônicas advindas da doença⁽⁵⁾. A presença do profissional é particularmente importante quando ocorrem situações em que a pessoa tem dificuldade para se responsabilizar pelo cuidado consigo mesma.

Ao considerar que as pessoas com diabetes mellitus apresentam uma condição crônica de saúde, que exige cuidados permanentes para manutenção de sua qualidade de vida e controle metabólico, percebe-se a necessidade de desenvolver habilidades de autocuidado...

Nessa vertente, para uma atuação efetiva o profissional precisa conhecer as variáveis relacionadas ao autocuidado. Estudos têm abordado essas questões, investigando as variáveis relacionadas ao acesso à informação e conhecimento, satisfação com os serviços de saúde, apoio familiar, entre outros fatores psicossociais relevantes⁽⁵⁻⁹⁾.

Diante do exposto este estudo focaliza as variáveis relacionadas à capacidade de autocuidado em pessoas atendidas em um serviço de urgência de um hospital geral, a fim de fornecer subsídios para a reestruturação da atenção à população com diabetes, no México, no contexto do Modelo Integrado de Atenção em Saúde (MIDAS)⁽¹⁰⁾. Conhecer as variáveis relacionadas ao autocuidado possibilita identificar as possíveis barreiras para a adesão das pessoas com diabetes tipo 2 ao tratamento instituído, assim como propor estratégias educativas para o fortalecimento do autocuidado na população estudada.

OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivos determinar a capacidade de autocuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 e relacionar tal capacidade com sexo, faixa etária, anos de estudo, religião, tempo de evolução da doença e participação em grupo de apoio.

MÉTODO

Estudo transversal realizado no Serviço de Urgências do Hospital Regional Mérida do Instituto de Previdência e Serviços Sociais para os Trabalhadores do Estado (ISSSTE), na

cidade de Mérida, Yucatán, México, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2006.

A amostra foi selecionada por conveniência. Os critérios de inclusão foram pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, de ambos os sexos, com idade entre 30 e 80 anos, residentes na cidade de Mérida, que haviam ingressado no Serviço de Urgências do referido hospital no período de 12 meses definido pelo estudo e que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: pessoas com diabetes tipo 2 que depois de três visitas consecutivas no domicílio não foram encontradas, que mudaram de endereço ou que morreram no transcurso da investigação.

Das 382 pessoas com diabetes tipo 2 admitidas no serviço, 131 não preencheram os critérios de inclusão estabelecidos na presente pesquisa. A amostra foi constituída por 251 pessoas com diabetes tipo 2 cujas características atenderam aos critérios de elegibilidade. A Tabela 1 mostra a caracterização das variáveis sociodemográficas dos sujeitos.

Tabela 1 - Distribuição das pessoas com diabetes tipo 2 segundo o sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, ocupação, religião e tempo de evolução da doença - Mérida, Yucatán - México - 2008

Variáveis	Categorias	N	%
Sexo	Feminino	130	51,8
	Masculino	121	48,2
Faixa etária (anos)	30-39	8	3,2
	40-49	22	8,8
	50-59	61	24,3
	60-69	74	29,5
	70-80	86	34,2
Escolaridade (anos de estudo)	1-6	94	37,5
	7-9	62	24,7
	10-12	59	23,5
	13 ou mais	36	14,3
Estado civil	Casado	205	81,7
	Viúvo	26	10,3
	Divorciado	15	6,0
	Solteiro	5	2,0
Ocupação	Do lar	70	27,9
	Pensionista	64	25,5
	Aposentado	59	23,5
	Empregado	40	15,9
	Desempregado	18	7,2
Religião	Católica	165	65,7
	Evangélicos	44	17,5
	Testemunha de Jeová	19	7,6
	Mórmons	11	4,4
	Ateu	10	4,0
	Budista	2	0,8
Tempo de evolução da doença (anos)	0-10	61	24,3
	11-20	84	33,5
	21 ou mais	106	42,2
Grupos de apoio	Família	213	84,9
	Amigos	17	6,7
	Grupo de ajuda mútua	14	5,6
	Clube social	2	0,8
	Não freqüenta	5	2,0
Total		251	100

Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados: um formulário de registro, um questionário com variáveis sociodemográficas e clínicas, e uma escala de capacidade de autocuidado.

O formulário de registro foi utilizado para obtenção da lista de pacientes: data da internação, nome do paciente, número do prontuário, endereço e motivo da hospitalização.

O questionário abrangia seis questões fechadas relativas às variáveis sociodemográficas e clínicas: sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação, religião, tempo de evolução da doença e participação em grupos de apoio. A Escala de Capacidade de Autocuidado é um instrumento elaborado e validado no México⁽¹¹⁾. É uma escala de tipo *likert* que contém 25 itens para avaliar os requisitos de autocuidado universal, de desenvolvimento e desvio da saúde, com um nível de confiabilidade satisfatório (*alpha* de Crombach de 0,86). Para avaliar a capacidade de autocuidado atribuiu-se o valor de três pontos aos itens assinalados como *sempre*, dois pontos às respostas *frequentemente*, um ponto às respostas *algumas vezes* e zero às respostas *nunca*. Ao final realizou-se a somatória de pontos obtidos em todos os itens e se comparou esse escore com os indicadores propostos como segue: muito boa (57-75), boa (38-56), regular (19-37) e ruim (0-18). A pontuação máxima do instrumento é de 75 pontos.

Procedimento

Primeiramente foram localizados os prontuários dos pacientes e registrados nos formulários os dados referentes à data de internação, nome, número do prontuário, endereço e motivo da hospitalização. De posse dos endereços, foram realizadas visitas domiciliares para esclarecer ao paciente e seus familiares os objetivos do estudo. Caso concordassem em participar da investigação, era assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na seqüência, foram obtidos os dados sociodemográficos e clínicos mediante a aplicação individual do questionário. Finalizando a coleta de dados, foi aplicada a Escala de Capacidade de Autocuidado. A aplicação dos instrumentos teve duração média de 30 minutos e ocorreu em ambiente domiciliar preservado, escolhido pelo próprio sujeito.

Para a organização e análise dos dados utilizou-se o programa estatístico SPSS, versão 12.0, e estatística descritiva. Para a estatística descritiva correlacional utilizou-se o *r* de Pearson para estabelecer a relação entre as variáveis de proporção ou intervalo e a correlação de Spearman para as variáveis ordinais, com nível de significância $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Bioética da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Celaya, México, em 5 de novembro de 2007.

RESULTADOS

Ao analisar a capacidade de autocuidado das pessoas com diabetes tipo 2 obteve-se um valor mínimo de 25 pontos e um valor máximo de 43 pontos, média de 35,72±3,69.

De acordo com a proposta de classificação da Escala de Capacidade de Autocuidado, as respostas foram agrupadas e categorizadas em: muito boa, boa, regular e ruim. Os dados obtidos em relação à capacidade de autocuidado mostraram que 83 (33,5%) das pessoas com diabetes tipo 2 apresentaram boa capacidade de autocuidado e 168(66,5%) capacidade regular.

Quanto à capacidade de autocuidado relacionada ao sexo (Tabela 2), observou-se que 47 (18,7%) mulheres apresentaram boa capacidade de autocuidado e 83 (33,1%), regular. Quanto aos homens, 37 (14,7%) apresentaram boa capacidade de autocuidado e 84 (33,5%), regular.

Tabela 2 - Distribuição das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 segundo a capacidade de autocuidado em função do sexo - Mérida, Yucatán - México - 2008

Variáveis	Capacidade de autocuidado				Total	
	Boa		Regular		N	%
Sexo	N	%	N	%		
Feminino	47	18,7	83	33,1	130	51,8
Masculino	37	14,7	84	33,5	121	48,2
Total	84	33,4	167	66,6	251	100

Quanto à capacidade de autocuidado e faixa etária (Tabela 3) encontrou-se que apresentaram boa capacidade de autocuidado 26 (10,3%) sujeitos na faixa etária de 70 a 80 anos, 25 (10,0%) 50 a 59 anos, 22 (8,8%) 60 a 69 anos, 10 (4,0%) 40 a 49 anos e 1 (0,4%) 30 a 39 anos.

Tabela 3 - Distribuição das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 segundo a capacidade de autocuidado em função da faixa etária - Mérida, Yucatán - México - 2008

Variáveis	Capacidade de autocuidado				Total	
	Boa		Regular		N	%
Faixa etária	N	%	N	%		
30-39 anos	1	0,4	7	2,8	8	3,2
40-49 anos	10	4,0	12	4,8	22	8,8
50-59 anos	25	10,0	36	14,3	61	24,3
60-69 anos	22	8,8	52	20,7	74	29,5
70-80 anos	26	10,3	60	23,9	86	34,2
Total	84	33,5	167	66,5	251	100

Em relação à capacidade de autocuidado regular observou-se que 60 (23,9%) sujeitos na fase etária de 70 a 80 anos, 52 (20,7%) 60 a 69, 36 (14,3%) 50 a 59 anos, 12 (4,8%) 40 a 49 anos e 7 (2,8%) 30 a 39 anos (Tabela 3).

Quanto à capacidade de autocuidado relacionada aos anos de estudo (Tabela 4), observou-se que dos 94 (37,5%)

sujeitos que completaram de 1 a 6 anos de estudo (equivalentes ao ensino primário no México), 29(11,5%) tinham boa capacidade de autocuidado e 65(26,0%), regular. Dos 62(24,7%) sujeitos que completaram de 7 a 9 anos de estudo (secundário), 17(6,8%) apresentaram boa capacidade de autocuidado e 45(17,9%), regular. Das 59(23,5%) pessoas que completaram de 10 a 12 anos de escolaridade (preparatório), 22(8,8%) mostraram boa capacidade de autocuidado e 37(14,7%), regular. Das 36(14,3%) pessoas que tinham curso superior – 13 anos ou mais de estudo, 16 (6,4%) apresentaram boa capacidade de autocuidado e 20 (7,9%), regular.

Tabela 4 - Distribuição das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 segundo a capacidade de autocuidado em função dos anos de estudo - Mérida, Yucatán - México - 2008

Variáveis	Capacidade de autocuidado				Total	
	Boa		Regular		N	%
Anos de estudo	N	%	N	%		
1-6 anos	29	11,5	65	26,0	94	37,5
7-9 anos	17	6,8	45	17,9	62	24,7
10-12 anos	22	8,8	37	14,7	59	23,5
13 ou mais anos	16	6,4	20	7,9	36	14,3
Total	84	33,5	167	66,5	251	100

Considerando a capacidade de autocuidado relacionada à religião, obteve-se que, das 84(33,5%) pessoas que apresentaram boa capacidade de autocuidado, 80(31,9%) eram católicas, 3(1,2%) evangélicas e 1(0,4%) mórmon. Dos 167(66,5%) sujeitos com capacidade de autocuidado regular, 85(33,8%) são católicos, 41(16,3%) evangélicos, 19(7,6%) testemunhas de Jeová, 10(4,0%) mórmons, 2(0,8%) budistas e 10 (4,0%) ateus.

Em relação à capacidade de autocuidado relacionada ao tempo de evolução da diabetes (Tabela 5), observou-se que, dos 84 (33,5%) sujeitos que apresentaram boa capacidade de autocuidado, 44 (17,6%) tinham de 1 a 10 anos de doença, 36 (14,4%) 11 a 20 anos e 4 (1,5%) 21 anos ou mais. Dos 167(66,5%) sujeitos que apresentaram regular capacidade de autocuidado, 17 (6,7%) tinham de 1 a 10 anos de doença, 48 (19,1%), 11 a 20 anos e 102 (40,7%), 21 anos ou mais.

Tabela 5 - Distribuição das pessoas com diabetes tipo 2 segundo a capacidade de autocuidado em função do tempo de evolução do diabetes mellitus tipo 2 - Mérida, Yucatán - México - 2008

Variáveis	Capacidade de autocuidado				Total	
	Boa		Regular		N	%
Tempo de evolução	N	%	N	%		
1-10 anos	44	17,6	17	6,7	61	24,3
11-20 anos	36	14,4	48	19,1	84	33,5
21 ou mais	4	1,5	102	40,7	106	42,2
Total	84	33,5	167	66,5	251	100

Ao analisar a correlação entre capacidade de autocuidado e número de anos estudados ($r=0,124$; $p<0,05$), obteve-

se uma correlação diretamente proporcional entre essas duas variáveis, ou seja, quanto maior o número de anos estudados, maior é a capacidade de autocuidado dos sujeitos.

Considerando a correlação entre capacidade de autocuidado e religião, encontrou-se correlação negativa ($r_s = -0,435$; $p < 0,05$), ou seja, quanto menor a crença expressa pela religião, maior a capacidade de autocuidado.

Quanto à capacidade de autocuidado relacionada ao tempo de evolução do diabetes mellitus, obteve-se correlação inversamente proporcional entre menor tempo de evolução da doença e maior capacidade de autocuidado dos sujeitos de estudo ($r = -0,667$; $p < 0,05$).

DISCUSSÃO

Na atualidade existem recomendações para o desenvolvimento das habilidades de autocuidado da pessoa com diabetes para o controle de sua enfermidade⁽¹²⁾. Para tanto, é necessário que a pessoa com diabetes mellitus tenha participação ativa no monitoramento da sua doença: escolha de alimentos, número de refeições, qualidade e quantidade de alimento ingerido, regularidade de atividade física, automonitorização da glicemia capilar, exame dos pés, uso de medicamentos nos horários e doses corretas, retorno periódico à consulta médica, conhecimento de sinais e sintomas de hiperglicemia, entre outros cuidados.

Ao analisar a capacidade de autocuidado das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 obteve-se uma pontuação média de $35,72 \pm 3,69$ pontos. Ao investigar as categorias referentes ao autocuidado da Escala de Capacidade de Autocuidado, obteve-se que 33% dos sujeitos apresentaram boa capacidade para o autocuidado e 67% regular. Nenhum apresentou capacidade para o autocuidado considerada muito boa ou ruim.

Ao analisar a pontuação obtida pelos sujeitos, no presente estudo, em relação à capacidade de autocuidado, é preciso considerar a média de idade superior a 65 anos dos sujeitos. Pessoas que se encontram nessa etapa do desenvolvimento têm exigências de autocuidado relacionadas à própria fase do ciclo vital, bem como a presença de comorbidades e complicações crônicas advindas do mau controle metabólico, o que pode justificar as categorias obtidas⁽¹³⁾.

Esses dados remetem à reflexão de que as pessoas com diabetes mellitus tipo 2, no presente estudo, podem ter baixa motivação para o autocuidado e/ou limitações frente às incapacidades relacionadas às comorbidades e às complicações crônicas. Nessa direção, a literatura aponta que quando a pessoa com diabetes apresenta alguma incapacidade e/ou limitação, a presença do profissional é fundamental para estimular sua motivação e ajudá-la a desenvolver habilidades para o autocuidado⁽⁹⁾.

Considera-se que o diabetes mellitus é uma doença de alta complexidade e que maioria das pessoas com o tipo 2

é diagnosticada em sua fase adulta, o que impõe um desafio para os educadores em saúde frente às peculiaridades do processo de aprendizagem de indivíduos adultos com vistas a garantir intervenções efetivas, que realmente favoreçam a incorporação do autocuidado para o manejo da doença.

Por outro lado, ao analisar que somente 5,6% dos sujeitos investigados participavam de Grupos de Ajuda Mútua, pode-se inferir que eles não tiveram oportunidade de desenvolver as habilidades para o autocuidado. Esses dados nos remetem à análise de que as políticas públicas adotadas no México na atenção às pessoas com diabetes mellitus ainda carecem de ajustes para a obtenção de resultados efetivos.

O diagnóstico de uma enfermidade crônica, tal como o diabetes mellitus tipo 2, implica que a pessoa deve adotar comportamentos de autocuidado por toda a vida, introduzindo mudanças no estilo de vida que sejam compatíveis com seu próprio conceito de qualidade de vida. Diante dessa circunstância, não é infrequente o abandono de parte ou de todo o tratamento prescrito⁽¹⁴⁾. Por ser uma doença que requer atenção permanente, a adesão ao tratamento tende a ser baixa, conseqüentemente o controle metabólico é insatisfatório. Estudo mostrou que somente uma pequena fração de pessoas com diabetes tipo 2 realizam um seguimento regular nas instituições de saúde e apenas 25 a 40% alcançam o controle metabólico desejado⁽¹⁰⁾.

O conhecimento é outra variável crítica que pode justificar a pontuação obtida pelos sujeitos do presente estudo no que se refere às habilidades para o autocuidado. Estudo realizado acerca da importância do conhecimento sobre diabetes mellitus para o autocuidado, mostrou que o baixo nível de informação sobre a doença e sua etiologia dificulta o processo de aprendizagem, prejudica a prevenção e diagnóstico precoce e aumenta a predisposição para outras complicações⁽⁶⁾.

Quanto à capacidade de autocuidado em função da faixa etária, há que se considerar que a idade é um fator importante na percepção das barreiras ambientais para adesão ao tratamento. Quanto maior é a idade, maior é a percepção das barreiras ambientais. Em contrapartida, as pessoas mais jovens são aquelas que menos percebem as barreiras ambientais⁽¹⁵⁾.

O incremento absoluto da população no México constitui em si mesmo um desafio para o sistema de saúde. A mudança da pirâmide etária mostra que a população mexicana está envelhecendo. Os problemas de saúde da população adulta, de 45 a 64 anos e da população idosa, mostram que a demanda está em franco crescimento, com desdobramentos de ordem econômica e organizacional⁽¹⁰⁾. O país está passando por uma transição demográfica e epidemiológica. Os profissionais de saúde precisam repensar as estratégias efetivas para o atendimento de pessoas idosas, considerando suas especificidades nessa fase do ciclo vital⁽¹⁰⁾.

A idade é um fator que interfere nas necessidades de saúde durante o desenvolvimento do ciclo vital. A pessoa com diabetes mellitus tipo 2, ao receber o diagnóstico na fase adulta, já tem valores, crenças e hábitos conformados. O aparecimento do diabetes nessa fase da vida pode trazer resistências às mudanças, o que pode explicar em parte os dados obtidos na presente investigação⁽²⁾. Portanto, a idade é uma variável importante na avaliação da capacidade de autocuidado quando da proposição da educação em diabetes para o manejo da doença e, conseqüentemente, é uma variável relevante, que pode influenciar a adesão ao tratamento proposto.

Outro aspecto a considerar é a proporção de indivíduos, no México, que desenvolvem o diabetes tipo 2 antes dos 40 anos de idade⁽¹⁶⁾. Considerando que esses indivíduos têm maior risco para desenvolver complicações crônicas, já que estão expostos aos efeitos da hiperglicemia por um período de tempo prolongado, o impacto para o Sistema de Saúde do México pode tornar-se insustentável. É preciso que as normas que direcionam a atenção às pessoas com diabetes no país sejam consolidadas com urgência.

Quanto à capacidade de autocuidado em função dos anos de estudo, observou-se que os sujeitos com níveis de escolaridade mais elevados mostraram boa capacidade de autocuidado e que o autocuidado é influenciado pelos anos de estudo dos sujeitos. Espera-se que, quanto maior o número de anos de estudos, melhor seja a capacidade de autocuidado⁽¹⁾. Assim, pessoas que receberam mais educação formal tendem a apresentar maior conhecimento e habilidades para o cuidado em saúde, bem como melhor capacidade de relacionar-se melhor com a equipe de saúde⁽⁵⁾.

Frente à complexidade da doença, a escolaridade é uma variável que deve ser considerada no planejamento de programas de educação em diabetes que visem ao desenvolvimento de habilidades de autocuidado. Nessa vertente, os profissionais de saúde devem considerar essa variável e buscar estratégias de ensino diversificadas, inovadoras, que sejam capazes de mobilizar as pessoas com diabetes na busca de seu autocuidado.

Ao analisar a capacidade de autocuidado em relação à crença religiosa, deve-se considerar que as pessoas podem colocar em um ente superior a responsabilidade para o cuidado em saúde. Quando a pessoa atribui à crença religiosa a responsabilidade pelo seu cuidado, pode não valorizar a aquisição de conhecimentos, habilidades e motivação para o auto-

cuidado. Desse modo o desenvolvimento da capacidade para o autocuidado fica limitado, pois é considerada uma questão externa ao sujeito. Nesse caso, cabe aos profissionais de saúde buscar estratégias para a incorporação da responsabilidade do sujeito para com o seu autocuidado⁽¹⁷⁾.

A condição de doença crônica coloca as pessoas com diabetes tipo 2 frente à necessidade de autocuidado durante toda a vida⁽¹⁸⁾. Essa condição é um dos fatores determinantes para o seguimento do tratamento proposto. Quando a capacidade de autocuidado está prejudicada, uma das conseqüências pode ser o controle metabólico insatisfatório. Estudo mostrou que somente uma pequena parcela de pessoas com diabetes faz regularmente seu seguimento nos serviços de saúde e que apenas 25 a 40% delas têm um controle metabólico satisfatório⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo permitiram determinar que a maioria das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 apresentou capacidade de autocuidado regular (66,5%) e está relacionada com variáveis sociodemográficas e clínicas.

Quanto à capacidade de autocuidado em relação ao sexo, verificou-se que as mulheres investigadas apresentaram melhor capacidade de autocuidado do que os homens. Encontrou-se melhor capacidade de autocuidado dos sujeitos na faixa etária de 70 a 80 anos. Em relação à escolaridade, verificou-se que as pessoas com até seis anos de estudo apresentaram melhor capacidade de autocuidado, bem como as que referiram à religião católica. No que se refere ao tempo da doença obteve-se que, quanto mais tempo a pessoa tem o diabetes mellitus, pior é sua capacidade de autocuidado.

Esses resultados apontam que a capacidade de autocuidado da pessoa com diabetes mellitus tipo 2 está vinculada a múltiplos fatores, que merecem atenção dos profissionais de saúde quando da proposição de programas de educação.

A escassez de estudos de âmbito nacional para análise comparativa dos dados constituiu-se em limitação para a compreensão das implicações dos resultados obtidos no presente estudo para o contexto mexicano. Para contemplar essa lacuna, há necessidade de desenvolver no México estudos que contenham outras variáveis que podem estar relacionadas à capacidade de autocuidado, para futuras comparações.

REFERÊNCIAS

1. Organización Panamericana de Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina [texto en la Internet]. Santiago, Chile; 2006. [citado 2008 out. 17]. Disponible en: <http://www.biblioteca.cotecnova.edu.co/docentes/Magali/Cartillas/autocuidado.pdf>
2. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St Louis: Mosby; 2001.
3. Kickbusch I. Self-care in health promotion. Soc Scienc Med. 1989;29(2):125-30.

4. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med*. 2001;344(18):1343-50.
5. Otero LM, Zanetti ML, Souza CRT. Sociodemographic and clinical characteristics of a diabetic population at a primary level health care center. *Rev Lat Am Enferm*. 2007; 15(n.esp):768-73.
6. Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes APM. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. *Rev Lat Am Enferm*. 2006;14(5):728-34.
7. Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Knowledge of diabetic patients about their disease before and after implementing a diabetes education program. *Rev Lat Am Enferm*. 2008;16(2):231-7.
8. Zanetti ML, Otero LM, Biaggi MV, Santos MA, Péres DS, Guimarães FPM. Satisfaction of diabetes patients under follow-up in a diabetes education program. *Rev Lat Am Enferm*. 2007;15(4):583-9.
9. Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Rev Lat Am Enferm*. 2007;15(6):1105-12.
10. México. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud [texto en la Internet]. México (DF); 2001. [citado 2008 out. 17]. Disponible en: <http://www.scielo.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0036-363420070007000700011&pid=S0036-36342007000700007&lng=en>
11. Díaz GR, Jordán JML, Vera RAM, Ruiz PL, Olalde GE. Escala de Capacidad de Autocuidado. Guanajuato (MEX): Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, Universidad de Guanajuato; 2004.
12. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes SBD 2007: tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. São Paulo; 2007.
13. Zanetti ML, Biaggi MV, Santos MA, Peres DS, Teixeira CRS. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(2):186-92.
14. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(3):775-82.
15. Martínez AO, Moreno MMG. Barreras ambientales para el apego al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2. *Desarro Cient Enferm*. 2006;14(6):196-201.
16. México. Secretaría de Salud. Programa de Acción: diabetes mellitus. México (DF): Secretaría de Salud; 2001.
17. Tavares DMS, Rodrigues RAP. Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(1):88-96.
18. Souza CR, Zanetti ML. Administração de insulina: uma abordagem fundamental na educação em diabetes. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(3):264-70.
19. Clement S. Diabetes self-management education. *Diabetes Care*. 1995;18(8):1204-14.