

REVISTA GESTÃO & SAÚDE
JOURNAL OF MANAGEMENT AND HEALTH



<https://doi.org/10.26512/1679-09442025v16e54632>

Revista Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785

Recebido: 15.12.2024

Aprovado: 15.02.2025

Artigo Original

Luciane Bisognin Ceretta

ORCID: [0000-0003-3294-341X](https://orcid.org/0000-0003-3294-341X)

Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

Email: luk@unesc.net

Daniela Pizoni

ORCID: [0000-0001-6741-488X](https://orcid.org/0000-0001-6741-488X)

Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

Email: danielapizoni@unesc.net

Lisiane Tuon

ORCID: [0000-0002-0809-0712](https://orcid.org/0000-0002-0809-0712)

Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

Email: lt@unesc.net

Renan Antonio Ceretta

ORCID: [0000-0002-5586-9550](https://orcid.org/0000-0002-5586-9550)

Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

Email: rce@unesc.net

AUTOCUIDADO EM DIABETES MELLITUS TIPO 2: ANÁLISE DA AMOSTRA INICIAL DE UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

SELF-CARE IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS: ANALYSIS OF THE INITIAL SAMPLE FROM A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2: ANÁLISIS DE LA MUESTRA INICIAL DE UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

CRedit

Contribuição de autoria: Concepção, análise, coleta de dados, redação - rascunho original e redação – revisão: CERETTA, Luciane Bisognin; PIZONI, Daniela.

Concepção, análise, redação – revisão: TUON, Lisiane; CERETTA, Renan Antonio.

Conflitos de interesse: Os autores certificam que não há conflito de interesse.

Financiamento: Não possui.

Aprovação de ética: Os autores certificam que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa.

Uso de I.A.: Os autores certificam que não houve uso de inteligência artificial na elaboração do trabalho

Editores responsáveis: Andrea de Oliveira Gonçalves (Editor-Chefe); Matheus Feliciano Figueiredo (Assistente editorial).

RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) representa uma epidemia global, impactando a saúde pública e a qualidade de vida. A abordagem educacional da DM mostra-se como alternativa para melhorar o manejo clínico. Tem-se como objetivo apresentar os dados iniciais do ensaio clínico randomizado The Diabetes Care (D-CARE) Study, referentes ao perfil sociodemográfico e aos resultados de instrumentos de avaliação de fatores psicológicos e atitudinais. Foi desenvolvido ensaio clínico randomizado (ECR), em paralelo, de fase III, com razão de alocação de 1:1, duração de 6 meses, com desfecho primário HbA1c (%) entre-grupos, ao final de 6 meses. Este trabalho trata de recorte transversal da amostra inicial do ECR descrito. Destaca-se notavelmente que 66,2% dos indivíduos apresentaram algum grau de depressão e 71,7% ansiedade. Avaliações usando o instrumento WHOQOL-Bref indicaram necessidade de melhoria nos domínios físico e de satisfação com a saúde. Apesar de um conhecimento satisfatório sobre o DM, o questionário de atitudes revelou que 89,6% mantinham uma postura negativa em relação à doença. O questionário IPAQ apontou que 59,5% eram fisicamente ativos, enquanto 38,6% eram irregularmente ativos ou sedentários. Esses dados iniciais fornecem *insights* importantes para estratégias futuras de intervenção e educação em diabetes, destacando áreas críticas para melhoria, como saúde mental e atitudes.

DESCRIPTORIOS: Atenção Básica; Autocuidado; Diabetes Mellitus Tipo 2; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) represents a global epidemic, impacting public health and quality of life. The educational approach to DM appears to be an alternative to improving clinical management. The objective is to present the initial data from the randomized clinical trial The Diabetes Care (D-CARE) Study, referring to the sociodemographic profile and the results of instruments for assessing psychological and attitudinal factors. Randomized, parallel, phase III clinical trial, with an allocation ratio of 1:1, lasting 6 months, with primary outcome HbA1c (%) between groups, at the end of 6 months. This work is a cross-section of the initial sample of the RCT described previously. It is notable that 66.2% had some degree of depression and 71.7% had anxiety. Assessments using the WHOQOL-Bref instrument indicated a need for improvement in the physical and health satisfaction domains. Despite satisfactory knowledge about DM, the attitudes questionnaire revealed that 89.6% maintained a negative attitude towards the disease. The IPAQ questionnaire showed that 59.5% were physically active, while 38.6% were irregularly active or sedentary. This initial data provides important insights for future diabetes intervention and education strategies, highlighting critical areas for improvement such as mental health and attitudes.

KEYWORDS: Primary Health Care; Self Care; Diabetes Mellitus Type 2; Health Education.

RESUMEN

La diabetes mellitus (DM) representa una epidemia global que afecta la salud pública y la calidad de vida. El abordaje educativo de DM parece una alternativa para mejorar el manejo clínico. El objetivo es presentar los datos iniciales del ensayo clínico aleatorizado The Diabetes Care (DCARE) Study, referentes al perfil sociodemográfico y los resultados de instrumentos de evaluación de factores psicológicos y actitudinales. Ensayo clínico aleatorizado, paralelo, de fase III, con una proporción asignación de 1:1, con una duración de 6 meses, con resultado primario HbA1c (%) entre grupos, al final de 6 meses. Este trabajo es una sección transversal de muestra inicial del ECA descrito anteriormente. Destaca que 66,2% presentó algún grado de depresión y 71,7% ansiedad. Las evaluaciones utilizando el instrumento WHOQOL-Bref indicaron una necesidad de mejora en dominios de satisfacción física y de salud. A pesar de un conocimiento satisfactorio sobre la DM, el cuestionario de actitudes reveló que el 89,6% mantenía una actitud negativa hacia la enfermedad. El cuestionario IPAQ mostró que el 59,5% eran físicamente activos, mientras que el 38,6% eran irregularmente activos o sedentarios. Estos datos iniciales proporcionan información importante para futuras estrategias de educación e intervención en diabetes, destacando áreas críticas para mejorar.

PALABRAS-CLAVE: Atención Primaria de Salud; Autocuidado; Diabetes Mellitus Tipo 2; Educación en Salud.

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus emerge como uma epidemia global, desafiando a saúde pública e afetando significativamente a qualidade de vida dos indivíduos. A Federação Internacional de Diabetes (IDF) estimou que 537 milhões de pessoas viviam com diabetes no mundo em 2021 e esse número deve aumentar para 700 milhões de indivíduos até 2045. No Brasil, são mais de 16 milhões de pessoas com a doença⁽¹⁾. O diabetes e suas complicações exercem um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas afetadas e de suas famílias e na sociedade em geral, impondo uma carga considerável nos sistemas de saúde. Os custos substanciais associados ao tratamento do diabetes representam um desafio econômico significativo para as pessoas e constituem uma ameaça ao desenvolvimento social e econômico global⁽²⁾.

A interseção complexa de fatores genéticos, ambientais e comportamentais contribui para o aumento alarmante na prevalência do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), sinalizando a necessidade urgente de uma abordagem abrangente e holística na compreensão e gestão dessa enfermidade.

A educação em diabetes envolve intervenções para capacitar os indivíduos no gerenciamento de sua saúde. Isso abrange a compreensão profunda do diabetes, incentiva o automonitoramento regular da glicose e da pressão arterial, promove um estilo de vida saudável, orienta sobre o uso adequado de medicamentos e oferece conhecimentos sobre a gestão de situações específicas. Essas iniciativas são vitais para capacitar os indivíduos a enfrentarem desafios relacionados a diabetes⁽³⁾.

Este trabalho apresenta dados iniciais da amostra do ensaio clínico randomizado Educação em Saúde Intensiva e Autocuidado na Atenção Primária à Saúde em Pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2: The Diabetes Care (D-CARE) Study.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O diabetes mellitus (DM) constitui um conjunto de condições marcadas por disfunções na secreção e/ou aproveitamento de insulina pelo organismo. O DM2 destaca-se como o subtipo mais prevalente, sendo correlacionado ao envelhecimento, ao estilo de vida, à obesidade e a fatores genéticos. Para diagnóstico do DM2, são considerados valores alterados de glicose em jejum iguais ou superiores a 126 mg/dl⁽³⁾.

O DM2 representa mais de 90% de todos os casos da doença no mundo. Nesse tipo de diabetes, a hiperglicemia surge inicialmente devido à resistência à insulina, em que as células do corpo respondem de maneira inadequada a esse hormônio. Está associado ainda a um defeito na secreção da insulina pelo pâncreas e ao aumento da produção hepática da glicose, entre outros fatores observados^(1,3). Aspectos ambientais que contribuem para obesidade, como alimentação inadequada e inatividade física estão relacionados ao surgimento do DM2⁽³⁾.

Não é incomum que, inicialmente, o DM2 não apresente sintomas, o que gera subdiagnóstico. Entre os sintomas mais comuns na suspeita de DM2 estão a poliúria, a polidipsia, a perda de peso involuntária e a polifagia. Outros sintomas que podem estar presentes são cansaço, visão turva, prurido vulvar ou cutâneo e balanopostite. Complicações tardias são motivos de busca por atendimento médico e consequente descoberta do distúrbio⁽⁴⁾.

O DM2, se não controlado adequadamente, pode resultar em impactos significativos na qualidade de vida, aumentando o risco de condições graves e comprometendo a saúde global. Fatores psicológicos e comportamentais são determinantes importantes para o diagnóstico e prognóstico dos casos. Hábitos relacionados à alimentação, atividade física e adesão ao tratamento medicamentoso estão associados a maiores índices de comorbidades e mortalidade por DM2 e influenciam diretamente na manutenção da qualidade de vida das pessoas que vivem com a doença⁽⁵⁾.

Uma abordagem integrada e centrada na pessoa leva em conta as comorbidades e prognósticos individuais, respeita as preferências e valores individuais e assegura que tais valores guiem todas as decisões clínicas. É necessário reconhecer ainda a influência significativa dos determinantes sociais da saúde nos resultados médicos e psicossociais, destacando a necessidade de abordar esses fatores, que, muitas vezes, não estão sob o controle dos indivíduos. As recomendações clínicas devem orientar uma abordagem integral do cuidado, reconhecendo a importância de adaptá-las para atender às necessidades individuais, dada a diversidade de pessoas com DM2 e cenários clínicos⁽⁶⁾.

Integralidade e longitudinalidade são princípios fundamentais do cuidado em DM2, visando o controle da glicose sanguínea por meio de mudanças no estilo de vida e adesão aos tratamentos disponíveis. Fundamentado na adoção de hábitos saudáveis, como dieta equilibrada, uso moderado de álcool, exercícios regulares e abandono do tabagismo, o tratamento também envolve o monitoramento glicêmico regular e cuidado com os pés. Além disso, o gerenciamento de comorbidades, como hipertensão e colesterol elevado, é essencial. Nesse sentido, a educação em saúde desempenha um papel crucial, capacitando os indivíduos a compreender e gerenciar sua condição⁽⁴⁾.

A Sociedade Brasileira de Diabetes considera a educação em diabetes a principal ferramenta para assegurar o autocuidado, pois visa desenvolver habilidades, conhecimentos e atitudes que aprimorem os resultados clínicos, integrem os indivíduos com diabetes à comunidade, previnam complicações agudas e crônicas e promovam qualidade de vida⁽³⁾.

Diferentes estratégias metodológicas podem ser adotadas para a educação em diabetes. A participação em grupos de autocuidado, por exemplo, oferece uma plataforma para a troca de estratégias práticas, a construção de habilidades sociais e o estímulo ao cumprimento de metas de saúde. Essa abordagem não apenas cria uma sensação de coletividade, mas também é custo

efetiva, permitindo que profissionais alcancem um maior número de pessoas. A educação em grupo tem tido resultados favoráveis na melhora de indicadores relacionados a DM2^(7,8).

3 METODOLOGIA

Esta análise transversal é proveniente de um ensaio clínico randomizado (ECR), fase III, pragmático, com razão de alocação 1:1, cegado para aferidores de desfecho, multicêntrico (Unesc/UBS, Criciúma, Santa Catarina), que compara uma estratégia de modificação de comportamento voltadas à Educação em Saúde/Autocuidado, com duração de 6 meses, em pacientes com DM2 assistidos pelo Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, sem retirada dos destes de seus territórios adscritos para quaisquer fins, contra pacientes em cuidados usuais (i.e., rotina ambulatorial em sua Unidade Básica de Saúde de referência). Sendo assim, o projeto foi executado em cinco etapas: Organização documental; Treinamento; Piloto; Início e condução do ECR e Finalização. A execução da pesquisa seguiu o que consta nas Resoluções nº 466, de 2012, e nº 510, de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNESC, sob parecer nº 4.805.666.

Os participantes que atenderam aos critérios de inclusão e estavam dispostos a fornecer consentimento informado por escrito antes do início do estudo foram elegíveis. Os participantes foram informados de que poderiam desistir do estudo a qualquer momento e que sua desistência não afetaria seus cuidados ou inclusão em estudos futuros. Entre os critérios de inclusão era necessário: ser paciente ambulatorial assistido pela rede de Atenção Básica do SUS, tendo sido visto há pelo menos um ano pela equipe assistencial antes de sua randomização; estágio de prontidão para mudança de comportamento: pré-contemplação, contemplação ou preparação; diagnóstico de DM2: confirmado por exame de HbA1c $\geq 6,5\%$ nos 3 meses prévios à data da randomização; DM2 de difícil manejo. Foram excluídos: gestantes (independentemente de DM gestacional); HIV/AIDS; uso de eritropoietina, perda volêmica, transfusão de sangue ou anemia severa recente; pacientes com DCV em tratamento não otimizado ou procedimento DCV nos últimos 3 meses; doença macular proliferativa associada ao diabetes; pacientes que estejam participando de outro estudo ao mesmo tempo; pacientes que residiam com outros pacientes arrolados D-CARE Study.

O cálculo amostral foi realizado de maneira não estratificada e sem a utilização de conglomerados. Foi utilizado o número de habitantes da cidade de Criciúma, assim como a estimativa de pacientes com DM2 assumindo as últimas estimativas nacionais. Foram realizados cálculos amostrais para as seguintes variáveis: variação no número de visitas em (desfecho primário e de efetividade); e um desfecho de contagem único para todos os desfechos de segurança somados em 6 meses.

O recrutamento do estudo assumiu as seguintes prerrogativas: foram utilizados materiais diversificados para a chamada de pacientes, porém, sem apelo moral e com propostas de

desfechos sabidamente inexecutáveis, utilizados *folders*, *flyers*, cartazes, telefonemas em listas de pacientes, contato via aplicativo de mensagens (WhatsApp), busca ativa de prontuário, os ACS e as equipes de saúde auxiliaram na busca ativa.

Após pactuação com as unidades básicas de saúde, foram geradas listas de pacientes filtradas por diagnóstico de DM2 e os critérios de elegibilidade foram aplicados pela equipe do estudo nos mesmos. Via contato telefônico e por aplicativo de mensagens, foram agendados encontros presenciais, e nestes era confirmada a elegibilidade do paciente e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao paciente. Com o consentimento do participante, o membro da equipe responsável pela entrevista iniciava aplicação de questionários, contendo dados sociodemográficos, nível de atividade física (IPAQ curto), os escores de depressão (Hamilton Depression Rating Scale – HDR-S), os escores de ansiedade (Hamilton Anxiety Rating Scale – HAR- S), medicações, qualidade de vida (WHOQoL), conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) frente a doença e estadiamento da prontidão para mudança de comportamento.

Estes instrumentos foram aplicados no início e ao fim do ECR. O registro das respostas foi feito via aplicativo EpiCollect®, possibilitando a transferência dos dados registrados em atividade de campo do formulário específico do projeto para planilhas utilizadas posteriormente para análise. Ao final da coleta de dados, era entregue ao participante solicitação de exames bioquímicos para monitoramento, bem como eram aferidas a pressão arterial, peso e estatura.

As intervenções para avaliar as mudanças no comportamento ocorreram em grupo, com randomização de 8 pessoas. Pacientes randomizados para o grupo intervenção receberam um encontro semanal em sua ESF/UBS de referência ou dispositivo comunitário ligado ao território, por seis meses. Os profissionais psicólogos guiaram as sessões de grupo com a intenção de conduzir os participantes até o estágio de ação/ manutenção.

Após a vinculação, compreensão do diagnóstico e da doença, os participantes recebiam visitas de equipe multidisciplinar em saúde para abordar os temas relacionados ao autocuidado, previamente instruídos e coordenados pelo profissional psicólogo para respeitar os conteúdos afetivos e emocionais de cada processo indicado. Ao final de cada sessão, tarefas específicas eram dadas aos pacientes e haverá retomada no encontro seguinte.

Já no grupo controle, os pacientes randomizados para o grupo de cuidados usuais seguiram sua rotina ambulatorial usual pelo mesmo tempo de estudo, mas eram avaliados da mesma maneira (desfechos, tempos etc.) que os pacientes do grupo intervenção.

Este trabalho trata de recorte transversal do ECR descrito anteriormente. Avaliaram-se quantitativamente os dados coletados na entrevista inicial. Os dados quantitativos foram avaliados através de média, desvio padrão e porcentagem e para isso utilizou-se o software SPSS versão 21 para melhor compreensão os dados foram organizados em tabelas.

4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

A amostragem inicial foi composta por 170 participantes. Quanto ao perfil sociodemográfico das pessoas com DM2, verificou-se que a média de idade do grupo estudado foi de 60 anos; a maioria foi do sexo feminino, 69,9%; 66,3% declaram-se brancos; 52,1% possuem ensino fundamental incompleto; 55,8 % eram aposentados e 78,5% possuíam renda familiar mensal entre 1 e 3 salários- mínimos. O resumo das características sociodemográficas dos participantes do estudo está descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos

	Média ± DP, n (%)
	n=163
Idade	60,60 ± 10,01 [†]
Gênero	
Feminino	114 (69,9)
Masculino	49 (30,1)
Cor da pele	
Branca	108 (66,3)
Parda	33 (20,2)
Preta	18 (11,0)
Indígena	1 (0,6)
Amarela	1 (0,6)
Prefiro não responder	2 (1,2)
Escolaridade	
Não alfabetizado	5 (3,1)
Ensino fundamental incompleto	85 (52,1)
Ensino fundamental completo	26 (16,0)
Ensino médio incompleto	7 (4,3)
Ensino médio completo	32 (19,6)
Ensino superior incompleto	1 (0,6)
Ensino superior completo	5 (3,1)
Pós-graduado	2 (1,2)
Situação no mercado de trabalho	
Aposentado/pensionista	91 (55,8)
Assalariado com carteira de trabalho	20 (12,3)
Desempregado	18 (11,0)

	Média ± DP, n (%)
	n=163
Idade	60,60 ± 10,01 [†]
Gênero	
Feminino	114 (69,9)
Masculino	49 (30,1)
Cor da pele	
Branca	108 (66,3)
Parda	33 (20,2)
Preta	18 (11,0)
Indígena	1 (0,6)
Amarela	1 (0,6)
Prefiro não responder	2 (1,2)
Escolaridade	
Não alfabetizado	5 (3,1)
Ensino fundamental incompleto	85 (52,1)
Ensino fundamental completo	26 (16,0)
Ensino médio incompleto	7 (4,3)
Ensino médio completo	32 (19,6)
Ensino superior incompleto	1 (0,6)
Ensino superior completo	5 (3,1)
Pós-graduado	2 (1,2)
Autônomo com previdência social	12 (7,4)
Autônomo sem previdência social	7 (4,3)
Assalariado sem carteira de trabalho	3 (1,8)
Outro	12 (7,4)
Renda mensal	
Menos de 1 salário	11 6,7
Entre 1 e 3 salários	128 78,5
Entre 4 e 6 salários	18 11,0
Entre 7 e 9 salários	2 1,2
Mais de 10 salários	1 (0,6)
Prefere não responder	3 (1,8)

[†]Mínimo=38 e máximo=90

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Em relação às características sociodemográficas da amostra, percebe-se correspondência entre este e outros estudos com pessoas com DM2, apontando a predominância de participantes do sexo feminino, aposentados, com renda e escolaridade baixas e idade igual ou maior que 60 anos, com predomínio de idosos jovens^(8,9).

O estudo de Santos e colaboradores demonstrou que fatores sociais e clínicos podem influenciar na adesão dos pacientes com diagnóstico de DM2 ao tratamento. A baixa escolaridade, por exemplo, foi apontada como um fator influenciador da não adesão às práticas de atividade física⁽¹⁰⁾.

Os resultados das escalas Hamilton de Ansiedade (HAM-A) e Depressão (HAM-D), detalhados na Tabela 2, demonstram que 66,2% dos participantes possuem algum grau de depressão, enquanto 71,7% possuem algum grau de ansiedade. Uma relação entre os sintomas depressivos e a atitude frente à doença pode ser estabelecida, visto que esta foi negativa para a maior parte da amostra. Evidências indicam que as pessoas com DM enfrentam uma prevalência de depressão maior do que a observada na população adulta sem diabetes⁽⁴⁾.

Tabela 2 – Resultados das Escalas Hamilton de Depressão e Ansiedade

	Média ± DP, n (%)
	n=163
Resultado Escala Hamilton (depressão)	
Sem depressão	55 (33,7)
Leve	82 (50,3)
Moderada	18 (11,0)
Grave	8 (4,9)
Resultado Escala Hamilton (ansiedade)	
Sem ansiedade	46 (28,2)
Ansiedade temporária	44 (27,0)
Ansiedade moderada	48 (29,4)
Ansiedade Grave	25 (15,3)

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

A presença significativa de sintomas de depressão e ansiedade em pacientes com DM pôde ser observada em outro estudo, que evidenciou o sofrimento que pode ser desencadeado pelo diagnóstico da doença e pelas exigências do tratamento⁽¹¹⁾. Além disso, o sofrimento subclínico associado a DM também é comum, apontando que mesmo sintomas considerados insuficientes para diagnósticos psiquiátricos influenciam na gestão adequada da condição⁽¹²⁾.

A presença de depressão em pessoas com diabetes também leva a um menor autocuidado (incluindo falta de exercício físico, não adesão à dieta alimentar, ingestão irregular de medicamentos para qualquer finalidade) e a comportamentos que podem aumentar o risco de doenças cardiovasculares e microvasculares e complicações macrovasculares⁽¹³⁾.

Os resultados do instrumento WHOQOL-Bref apontam que os domínios físicos (que diz respeito à qualidade de vida relacionada à saúde física e ao bem-estar corporal) e de satisfação com a saúde são aqueles com maiores escores apontando necessidade de melhora. O grau de insatisfação com a saúde demonstrado aqui foi ainda maior do que os resultados encontrados por Amin *et al.*⁽¹⁴⁾, em um estudo que concluiu que a qualidade de vida geral entre pacientes com DM2 fica abaixo da média.

Tabela 3 – Avaliação de Qualidade de Vida pelo WHOQOL-BREF

	Média ± DP, n (%)
Resultado Domínio Físico WHOQOL-BREF	n=163
Necessita melhorar	55 (33,7)
Regular	76 (46,6)
Boa	31 (19,0)
Muito boa	1 (0,6)
Resultado Domínio Psicológico WHOQOL-BREF	
Necessita melhorar	37 (22,7)
Regular	76 (46,6)
Boa	49 (30,1)
Muito boa	1 (0,6)
Resultado Domínio Relações Sociais WHOQOL-BREF	
Necessita melhorar	40 (24,5)
Regular	56 (34,4)
Boa	65 (39,9)
Muito boa	2 (1,2)
Resultado Domínio Meio Ambiente WHOQOL-BREF	
Necessita melhorar	35 (21,5)
Regular	85 (52,1)
Boa	41 (25,2)
Muito boa	2 (1,2)
Resultado Percepção da Qualidade de Vida WHOQOL-BREF	
Necessita melhorar	18 (11,0)
Regular	52 (31,9)
Boa	73 (44,8)

Muito boa	20 (12,3)
Resultado Satisfação com a Saúde WHOQOL-BREF	
Necessita melhorar	91 (55,8)
Regular	22 (13,5)
Boa	47 (28,8)
Muito boa	3 (1,8)

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

O questionário DKN-A, relacionado aos conhecimentos sobre DM, apontou que a maioria dos participantes (66,3%) possuíam um conhecimento satisfatório sobre a doença. O grau de conhecimento sobre o diabetes encontrado neste estudo foi superior à investigação de Dias *et al*⁽¹⁵⁾. Mesmo com perfil sociodemográfico semelhante, a taxa de participantes com conhecimento insuficiente foi de 60%.

Tabela 4 – Avaliação Multifatorial: Conhecimento sobre Diabetes, Atitudes em Relação à Doença e Atividade Física

	Média ± DP, n (%)
Resultado DKN	
Conhecimento satisfatório sobre a doença	108 (66,3)
Conhecimento insatisfatório sobre a doença	55 (33,7)
Resultado ATT-19	
Atitude negativa sobre a doença	146 (89,6)
Atitude positiva sobre a doença	17 (10,4)
Resultado IPAQ-curto	
Muito ativo	3 (1,8)
Ativo	97 (59,5)
Irregularmente ativo A	24 (14,7)
Irregularmente ativo B	17 (10,4)
Sedentário	22 (13,5)

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

O questionário de atitudes sobre a doença, ATT-19 aponta que a maior parte das pessoas entrevistadas (89,6%) possui uma atitude negativa sobre o diabetes. Este resultado corrobora outros achados, que apontam para uma adaptação psicológica desfavorável à diabetes e sugerem dificuldades no enfrentamento da doença^(15,16). Sobre a prática cotidiana de atividades físicas, o

questionário IPAQ, em sua versão reduzida, demonstrou que 59,5% dos entrevistados são fisicamente ativos, enquanto 38,6% são irregularmente ativos ou sedentários. O estudo transversal de base populacional de Streb *et al.* sugere que a prática de atividade física reduz a possibilidade de utilização de insulina como forma de tratamento para diabetes em idosos⁽¹⁷⁾.

Os dados aqui apresentados, referentes à entrevista inicial realizada com os participantes do ensaio clínico D-Care Study, convergem com estudos realizados com pessoas com DM2 no Brasil e em outras partes do mundo. Os resultados destacam uma prevalência significativa de impactos psicológicos adversos entre os participantes do estudo. Uma parcela considerável apresentou algum grau de depressão e ansiedade, indicando um fardo emocional substancial associado ao diabetes. As avaliações feitas com o instrumento WHOQOL-Bref sugerem a necessidade de melhora nos domínios físico e de satisfação com a saúde, apontando para áreas específicas que demandam atenção no desenvolvimento de estratégias de intervenção. Surpreendentemente, apesar de um conhecimento considerado satisfatório sobre o diabetes, o questionário de atitudes revelou que uma esmagadora maioria mantinha uma postura negativa em relação à doença, sublinhando a importância de abordagens que transcendam a simples informação.

Por fim, o questionário IPAQ forneceu uma visão sobre os hábitos de atividade física, identificando grupos distintos em termos de níveis de atividade, indicando a necessidade de estratégias personalizadas para promover estilos de vida ativos e mitigar os desafios psicossociais associados ao diabetes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se a necessidade de aumentar a atenção do desenvolvimento de estratégias de intervenções em saúde, para promover estilos de vidas mais ativos e saudáveis, sendo o paciente o ator principal no cuidado com a sua saúde. Sugere-se que estudos deste tipo sejam intensificados para uma compreensão mais apurada da influência de fatores sociodemográficos, psicológicos e atitudinais na capacidade de gestão dessa condição crônica.

REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 10th edn. Brussels, Belgium. 2021 [citado em 2023 dec. 05]. Disponível em: <https://www.diabetesatlas.org>.
2. Pan American Health Organization. Panorama of Diabetes in the Americas. Washington, DC: PAHO [Internet]. 2022 [citado em 2023 dec. 05]. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275126332>.
3. Rodacki M, Teles M, Gabbay M, Montenegro R, Bertoluci M. Classificação do diabetes [Internet]. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2022 [citado em 2023 dec. 02].
4. Ministério da Saúde (BR). Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: diabetes mellitus. Caderno de atenção básica, n.36, 160p. Brasília: Secretaria de Atenção Básica à Saúde, Departamento de atenção básica [Internet]. 2013 [citado em 2023 dec. 12]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf

5. Rodrigues G, Malerbi F, Pecoli P, Forti A, Bertoluci M. Aspectos psicossociais do diabetes tipos 1 e 2. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes [Internet]. 2023 [citado em 2023 dec. 02]. DOI: 10.29327/557753.2022-23, ISBN: 978-85-5722-906-8.
6. American Diabetes Association. 1. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. Diabetes Care [Internet]. 2021 [citado em 2023 dec. 02]; 44(Suppl 1):S7-S14. Disponível em: https://diabetesjournals.org/care/article/44/Supplement_1/S7/30540/1-Improving-Care-and-Promoting-Health-in.
7. Kellow NJ, Palermo C, Choi TS. Not Scared of Sugar™: Outcomes of a structured type 2 diabetes group education program for Chinese Australians. Health Soc Care Community [Internet]. 2020 [citado em 2023 dec. 02]; 28 (6):2273-2281. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.13046>.
8. Nunes LB, Santos JC dos, Reis IA, Torres H de C. Avaliação do programa comportamental em diabetes mellitus tipo 2: ensaio clínico randomizado. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2023 [citado em 2023 nov. 12] Mar; 28 (3): 851–62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.10102022>
9. Borba AK de OT, Arruda IKG de, Marques AP de O, Leal MCC, Diniz A da S, Linhares FMP. Problematic educational intervention to promote healthy habits in elderly people with diabetes: randomized clinical trial. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [citado em 2023 dec 02]; 73: e20190719. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0719>
10. Santos PT, Pereira RC, Nakamura PM, Moura RF. Fatores que interferem na adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento [Internet]. 2022 [citado em 2023 dec. 02]; 1: e29711124861. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24861>.
11. Tanaka N, Yabe D, Murotani K, Ueno S, Kuwata H, Hamamoto Y, Kurose T, Takahashi N, Akashi T, Matsuoka T, Osonoi T, Minami M, Shimono D, Seino Y; Positive SMBG Study Group Investigators. Mental distress and health-related quality of life among type 1 and type 2 diabetes patients using self-monitoring of blood glucose: A cross-sectional questionnaire study in Japan. J Diabetes Investig [internet]. 2018 [citado em 2023 dec. 02] Sep; 9 (5) : 1203-1211. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdi.12827>.
12. Skinner TC, Joensen L, Parkin T. Twenty-five years of diabetes distress research. Diabet Med [internet]. 2020 [citado em 2023 dec. 12]; 37 (3): 393-400. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dme.14157>.
13. Katon W., van der Feltz-Cornelis CM. Treatment of depression in people with diabetes: efficacy, effectiveness and maintenance trials and new service models. In: Katon W, Maj M, Sartorius N, eds. Depression and Diabetes. Hoboken, NJ: Wiley Blackwell [Internet]. 2010 [citado em 2023 dec. 05] :81-108. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9780470667309#page=88>.
14. Amin MF, Bhowmik B, Rouf R, Khan MI, Tasnim SA, Afsana F, Sharmin R, Hossain KN, Khan MAS, Amin SM, Khan MSS, Pathan MF, Hasan MJ. Assessment of quality of life and its determinants in type-2 diabetes patients using the WHOQOL-BREF instrument in Bangladesh. BMC Endocr Disord [Internet]. 2022 [citado em 2023 dec. 02] 18; 22 (1): 162. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9206302/>.
15. Dias JCR, Oliveira MR, Peña SS, Amaral LMDB, Alegre KC, Barcellos CRG. Educação em diabetes - avaliação do autoconhecimento, atitudes e autocuidados em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) em um ambulatório de serviço terciário: onde estamos?. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba [Internet]. 2019 [citado em 2023 dec. 10]; 21 (Supl.). Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/46257>

16. Frazão MCLO, Viana LRC, Ferreira GRS, Pimenta CJL, Silva CRR, Madruga KMA, Batista PSS, Costa KNFM. Correlation between symptoms of depression, attitude, and self-care in elderly with type 2 diabetes. *Rev Bras Enferm*. [internet]. 2023 [citado em 2023 dec. 05]; 76 (3): e20220741. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0741pt>.

17. Streb AR, Leonel L dos S, Silva CS da, Silva RP, Duca GFD. Associação entre a prática de atividade física em diferentes domínios e o uso de insulina em adultos e idosos com diabetes no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020 [citado em 2023 dec. 05] Nov; 25 (11): 4615–22. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.02332019>

BIOGRAFIA OU CURRÍCULO DOS AUTORES

Luciane Bisognin Ceretta. Graduação em Enfermagem (1991). Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1999). Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC (2011), local em que atua como docente. Graduação em Direito (em andamento) na UNESC. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública e Educação na Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: Planejamento e Gerência de Serviços de Saúde, Epidemiologia, Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Diabetes e Hipertensão Arterial) e Docência na Saúde. Coordena o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). É articuladora do CIES (Comissão de Integração Ensino e Serviço da Região Carbonífera de SC). Na pesquisa, dedica-se aos estudos com Doenças Crônicas, especialmente Diabetes, Estudos Epidemiológicos e Processos de Gestão e de Educação Permanente em Saúde. É líder do Grupo de Pesquisa em gestão do cuidado, Vice-Líder do LADSSC - Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva integralidade e educação na saúde (GECIES), integrante do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Laboratório de Psiquiatria Translacional e Coordena o Grupo de Pesquisa em Gestão Universitária da UNESC. Atualmente é Reitora da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado Profissional da UNESC, Presidente da ACAFE, Conselheira Titular no Conselho Estadual de Educação de SC (CEE) e no Conselho Nacional de Educação (CNE) e 1 Vice-Presidente (Segmento Comunitário) no Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras - CRUB.

Daniela Pizoni. Possui graduação em PSICOLOGIA pelo CENTRO UNIVERSITÁRIO BARRIGA VERDE (2020). Especialista em Atenção Básica e Saúde da Família pela Residência Multiprofissional da UNESC. Psicóloga da Atenção Básica no município de Orleans-SC. Atualmente é mestranda em Saúde Coletiva pela Unesc. Professora do Curso de Psicologia da Unesc. Pesquisadora na área de saúde coletiva no estudo "The Diabetes Care Study" do PPGSCol da Unesc. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública.

Lisiane Tuon. Doutora em Medicina e Ciências da Saúde. Professora do Programa de Pós-graduação - Mestrado em Saúde Coletiva da UNESC. Coordenadora e Tutora da Residência Multiprofissional da UNESC. Coordenadora do Programa de Pós-graduação – Mestrado em Saúde Coletiva da UNESC. Vice-Presidente da Comissão Descentralizada Multiprofissional de Residência- CODEMU de Santa Catarina e Superintendente de Serviços Especializados e Regulação da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, onde atuou na coordenação e implantação da Rede de Urgência e Emergência, da Rede da Pessoa com Deficiência e das Centrais de Regulação por todo o Estado de Santa Catarina. Fez a implantação e coordenou do Centro Especializado em Recuperação CER/UNESC. Linhas de pesquisa: Gestão em Saúde; Epidemiologia; e Pessoa com Deficiência, com parceria junto a Federação das APAES do Estado de Santa Catarina. Possui dezenas de artigos publicados, livros e capítulos de livros e outros projetos acadêmicos em andamento. O projeto Análise de Situação de Saúde (ASIS) já foi realizado durante os anos de 2021 nos municípios de Criciúma e Forquilha, e no ano de 2022 novamente no município de Criciúma, subsidiando a construção de notas técnicas sobre as estruturas das unidades e equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), assim como, da situação de saúde e da satisfação dos usuários com a rede.

Renan Antonio Ceretta. Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, (1988), especialização em Planejamento e Gerência de Serviços de saúde pela Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL, (1995), especialização em Endodontia pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, (2001), Especialização em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do SUS pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, (2008), Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade do

Extremo Sul Catarinense - UNESC (2008) e Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, (2016); Sócio da ABO/regional Criciúma desde 06/04/1998; Membro da Academia Catarinense de Odontologia (24/11/2017); Cirurgião Dentista da Prefeitura Municipal de Criciúma, professor da Universidade do Extremo Sul Catarinense/ Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva-PPGSCol. Tem experiência na área de Saúde Coletiva e Odontologia, com ênfase em Gestão e promoção da saúde e Endodontia.