

Braga Marques, Marília; da Silva, Maria Josefina; Fonseca Victor Coutinho, Janaína; de Oliveira Lopes, Marcos Venícios

Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado

Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 47, núm. 2, abril-mayo, 2013, pp. 415-420

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033325020>



*Revista da Escola de Enfermagem da USP,*

ISSN (Versão impressa): 0080-6234

[reeusp@usp.br](mailto:reeusp@usp.br)

Universidade de São Paulo

Brasil

# Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado\*

ASSESSMENT OF SELF-CARE COMPETENCE OF ELDERLY PEOPLE WITH DIABETES

EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA DE ANCIANOS DIABÉTICOS PARA EL AUTOCUIDADO

Marília Braga Marques<sup>1</sup>, Maria Josefina da Silva<sup>2</sup>, Janaína Fonseca Victor Coutinho<sup>3</sup>, Marcos Venícios de Oliveira Lopes<sup>4</sup>

## RESUMO

Estudo descritivo, de corte transversal e correlacional, que objetivou avaliar as competências de idosos com diabetes para o autocuidado, por meio da utilização da Escala para Identificação da Competência do Diabético para o Autocuidado, e os fatores pessoais associados ao resultado. A população do estudo foi composta por idosos cadastrados nas unidades básicas de saúde de Fortaleza, CE, Brasil. Da amostra, apenas 6% dos idosos foram considerados competentes para o autocuidado em diabetes e os fatores que se destacaram como influenciadores de baixa pontuação foram a baixa escolaridade e a diminuição da acuidade visual. Conforme os resultados, devido ao reduzido número de idosos considerados competentes para a prática do autocuidado, verifica-se a importância do desenvolvimento de ações de promoção da saúde direcionadas para essa parcela da população, devendo-se estimular a prática do autocuidado, bem como avaliar as competências para execução da mesma, de modo a facilitar o direcionamento de ações de saúde.

## DESCRIPTORES

Idoso  
Diabetes mellitus  
Autocuidado  
Enfermagem em saúde pública

## ABSTRACT

This descriptive, cross-sectional and correlational study aimed to assess the self-care competencies of senior citizens with diabetes using the Scale to Identify Diabetes Mellitus Patients' Competence for Self-Care and personal factors associated with it. The study population consisted of seniors registered in primary healthcare units in Fortaleza, CE, Brazil. Only 6% of the patients were considered to have diabetes self-care competence. Low educational level and decreased visual acuity were identified as factors that influenced these low scores. The results, which showed that a small number of seniors were considered competent to practice self-care, indicated the importance of developing health promotion activities targeted to this population, assessing skills and encouraging self-care practices to facilitate the planning of health interventions.

## DESCRIPTORS

Aged  
Diabetes mellitus  
Self care  
Public health nursing

## RESUMEN

Estudio descriptivo, transversal, correlacional, objetivando evaluar la competencia de ancianos diabéticos para el autocuidado mediante la utilización de la Escala para Identificación de Competencia del Diabético para el Autocuidado, y los factores individuales asociados al resultado. La población se compuso de ancianos registrados en las unidades básicas de salud de Fortaleza-CE, Brasil. De la muestra, sólo 6% de los ancianos fueron considerados competentes para el autocuidado en diabetes, y los factores destacados como influyentes en la baja puntuación fueron: la baja escolarización y la disminución de la agudeza visual. Conforme los resultados, debido al escaso número de ancianos considerados competentes para practicar el autocuidado, se verifica la importancia del desarrollo de acciones de promoción de salud dirigidos a este segmento poblacional, haciéndose necesario estimular la práctica del autocuidado, así como evaluar las competencias para su ejecución, de modo tal de facilitar la orientación de acciones de salud.

## DESCRIPTORES

Anciano  
Diabetes mellitus  
Autocuidado  
Enfermería en salud pública

\* Extraído da dissertação "Avaliação de competência de idosos diabéticos para o autocuidado", Universidade Federal do Ceará, 2009. <sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Fortaleza, CE, Brasil. marilia@ufpi.edu.br <sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. mjosefina@terra.com.br <sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. janainavictor@uol.com.br <sup>4</sup> Enfermeiro. Pós-Doutor pela Universidade de Valência. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. marcos@ufc.br

## INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é uma das doenças mais prevalentes, dentre as patologias crônico-degenerativas que se manifestam no idoso, exigindo cuidados contínuos na utilização de fármacos, podendo, ainda, acarretar prejuízos à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida<sup>(1)</sup>.

Um dos aspectos relevantes para o tratamento do DM é o autocuidado, pois beneficia o estado de saúde, reduzindo custos decorrentes de internações e complicações. O autocuidado exige mudanças de comportamento – em função das quais, somadas às orientações e ao uso de medicamentos, se espera a estabilidade da doença, além de ser ação que envolve parceria entre o profissional de saúde e o portador<sup>(2)</sup>.

O autocuidado pode ser compreendido como uma prática executada pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida e do bem-estar, sendo elemento-chave na manutenção adequada de cuidados em patologias crônicas passíveis de avaliação. Para analisar a competência necessária ao desenvolvimento do regime de autocuidado dos diabéticos, foi desenvolvido o instrumento denominado *Escala para Identificação da Competência do Diabético para o Autocuidado* (ECDAC), que utiliza o conceito de competência da teoria de Orem<sup>(3)</sup>.

A ECDAC é composta por 27 itens divididos em três subescalas, em que se avaliam as capacidades física, mental e motivacional para o autocuidado em diabetes<sup>(4)</sup>.

A capacidade do indivíduo para o engajamento no autocuidado está condicionada a fatores como: idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação socio-cultural, saúde e recursos disponíveis<sup>(3)</sup>. Nesse sentido, as ações dos profissionais de saúde na atenção ao portador de DM devem respeitar os fatores citados. Em relação à idade, é relevante pontuar que idosos portadores de DM devem participar de forma ativa na manutenção do tratamento, sendo corresponsáveis no processo de atenção à saúde, desenvolvendo competências para ações de autocuidado. O enfermeiro, no cuidado dos portadores de DM, necessita identificar competências ou déficits de autocuidado, além das características pessoais, a fim de realizar adaptações no tratamento, conforme a competência identificada<sup>(5)</sup>.

Entende-se competência como a capacidade ou habilidade do indivíduo para desempenhar atividades específicas, tomar decisões frente a determinados fatos, eventos ou acontecimentos<sup>(3)</sup>. A avaliação das competências dos idosos para o autocuidado em DM facilita o direcionamento da prática assistencial e a elaboração dos planos de ação de enfermeiros e demais profissionais de saúde.

## MÉTODO

Estudo exploratório, de corte transversal, realizado no período de fevereiro a outubro de 2009 em seis Centros de Saúde da Família (CSF), escolhidos por conglomerados (conjunto de unidades elementares da população) em Fortaleza, Ceará. A população do estudo foi composta por idosos portadores de DM acompanhados e cadastrados nos Centros de Saúde da Família.

A amostra foi constituída de 100 idosos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos, cadastro na unidade de saúde com diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2; realização de tratamento farmacológico ou não farmacológico há pelo menos quatro anos. Foram excluídos os idosos impossibilitados de responder às perguntas; portadores de doenças e condições relacionadas com o estado cognitivo; acentuada dependência funcional que compromettesse o comportamento de autocuidado.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram: formulário para levantamento de variáveis sociodemográficas (idade, grau de escolaridade, quantidade de pessoas que residem no domicílio, renda familiar) e clínicas (tempo de diagnóstico, tipo de tratamento para diabetes, realização de atividade física e a ECDAC).

A ECDAC é composta por três subescalas: I – capacidade física, que avalia a acuidade visual, a sensibilidade de cores, a destreza manual e a sensibilidade de membros inferiores; II – capacidade mental, que avalia a leitura, a atenção, a memória e o conhecimento sobre diabetes; e III – capacidade motivacional, que avalia autoestima e motivação para o autocuidado. Nas subescalas I e II, as respostas variam de 1 a 4, sendo que 1 representa o pior grau e 4 o melhor grau de desenvolvimento da competência avaliada para o autocuidado em diabetes. Já na subescala III, as opções de resposta são classificadas como sempre (4), muitas vezes (3), poucas vezes (2) e nunca (1).

Utilizou-se, juntamente com a ECDAC, um guia para aplicação da referida escala. Tendo em vista as mudanças relacionadas ao atendimento clínico ao diabético na contemporaneidade, foram necessárias algumas adaptações. Para avaliação da acuidade visual na versão original, utilizou-se um cartão optométrico, o qual foi substituído pelo Cartão de Jaeger, instrumento indicado pelo Ministério da Saúde; já para avaliar sensibilidade de cores, substituiu-se a prova de Holgreen, que utiliza novelos de lã, por cartões de cores básicas.

A classificação do indivíduo como apto para subescalas I e II seguiu a seguinte pontuação: subescala I – capacidade física, 11 a 16 pontos; subescala II – capacidade mental, 25 a 44 pontos.

Em relação à idade, é relevante pontuar que idosos portadores de diabetes mellitus devem participar de forma ativa na manutenção do tratamento, sendo corresponsáveis no processo de atenção à saúde, desenvolvendo competências para ações de autocuidado.

Com relação à subescala III, utilizaram-se os seguintes parâmetros<sup>(6)</sup>: 1) os indivíduos que obtivessem pontuação entre 11 e 30 pontos seriam considerados com déficit de motivação para o autocuidado; 2) os que obtivessem pontuação entre 31 e 39 pontos seriam considerados com motivação para o autocuidado; 3) os indivíduos que obtivessem pontuação de 40 a 44 pontos seriam considerados altamente positivos em relação à motivação.

Para a pontuação total da ECDAC, considerou-se pontuação satisfatória para o autocuidado quando a soma dos valores das três subescalas estivesse entre 78 e 108 pontos.

A coleta de dados foi realizada de março a julho de 2009, por meio de visita domiciliar, realizada por uma enfermeira e sete alunos do curso de graduação em enfermagem devidamente treinados.

Os dados foram organizados em tabelas e analisados de forma descritiva e inferencial, com o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 14.0. Para as análises inferenciais, utilizaram-se os testes U de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob número de protocolo 17/09. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Dos idosos do estudo, 76% eram mulheres, 43% casados e 36% viúvos; destes, 77% eram do sexo feminino, média de idade de 71 anos (desvio-padrão = 6,4 anos). Quanto à escolaridade, 37% eram analfabetos, 52% concluíram o ensino fundamental e 2% o ensino superior. Em relação à renda familiar, 36% recebiam de 1 a 2 salários mínimos. Quanto à ocupação, 73% eram aposentados. No que diz respeito à moradia, 5% moravam sozinhos.

No tocante ao DM, o tempo de diagnóstico variou de quatro a 46 anos, com média de 10 anos (desvio-padrão = 6,9 anos); 88% dos portadores utilizavam somente anti-diabético oral e 2% insulina NPH. No concernente à ajuda de outras pessoas para o tratamento, 55% não recebiam e 30% recebiam dos filhos. A dieta prescrita era obedecida

por 40%, enquanto 9% não a seguiam por razões financeiras. A caminhada como atividade física era realizada por 64,2%; hidroginástica, 17,9%; e outras atividades, 17,9%.

Quanto aos resultados da ECDAC, apenas 6% foram classificados como competentes para o autocuidado, com média de 69,6 pontos e desvio-padrão de 6,95. Já quando analisadas separadas, o percentual de competentes variou conforme a subescala. Na subescala I, 100% foram considerados como competentes, a pontuação média foi de 14,44 e desvio-padrão de 1,96. Na subescala II, 38% apresentaram-se competentes, média de 23,2 e desvio-padrão de 5,72. Na subescala III, 31% apresentaram déficit de motivação para o autocuidado e 69% demonstraram média motivação para o autocuidado. A média de pontuação obtida foi de 31,98 e o desvio-padrão de 3,98.

Na subescala I, em relação à avaliação da visão, 35% obtiveram pontuação 2, ao identificar apenas os pontos de J3 a J6 do cartão de Jaeger, a 35 cm de distância, o que representou comprometimento da acuidade visual, e 30% identificaram todos os pontos. No quesito sensibilidade às cores, 92% conseguiram distinguir e identificar a cor dos cartões apresentados. Quanto à sensibilidade dos pés e destreza manual, 92% e 97% apresentaram resultados satisfatórios, respectivamente.

Na subescala II, no item capacidade de leitura, 47% conseguiram ler o texto fluentemente. Já em relação à atenção e memória, quando solicitados a repetir a ordem de sete números, 60% repetiram os números com mais de um erro. Quanto ao conhecimento sobre o diabetes, 33% responderam corretamente a pelo menos dois itens sobre a doença; em relação aos métodos de exame para identificar anormalidades e controlar o diabetes, 57% identificaram pelo menos um dos métodos mais utilizados.

Ainda na subescala II, com relação ao julgamento de ações referentes ao diabetes e conceitualizações, 38% não identificaram sinais de hipoglicemia. Em relação às principais situações que podem resultar na hipoglicemia, 68% responderam que não sabiam e 44% não conseguiram identificar os sinais de hipoglicemia. Não foi identificado nenhum sintoma diabético (43%), e 46% não sabiam o que fazer quando apresentassem tais sinais. A Tabela 1 expõe os resultados associados na subescala III.

**Tabela 1** – Distribuição das respostas dos idosos diabéticos, segundo a subescala III - Fortaleza, CE, Brasil, 2009

Item	Respostas			
	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca
	N	N	N	N
Gosto de mim	59	31	7	3
Penso primeiro em mim	28	44	15	13
Considero-me um peso	8	11	24	57
Considero-me incapaz de ajudar outras pessoas na realização de alguma coisa	11	13	26	50
Faço as coisas que são necessárias para me manter saudável	65	27	7	1
Aceito minha situação de diabetes	45	10	15	30

Referente à investigação de ligações entre os resultados da ECDAC e as variáveis socioeconômicas e clínicas,

observou-se associação estatisticamente significativa com as variáveis escolaridade e dificuldade visual.

A associação entre a ECDAC e o grau de escolaridade registrou diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) com a subescala I ( $p = 0,03$ ) e a subescala II ( $p = 0,001$ ). Na subescala II, registrou-se diferença estatisticamente significativa em cinco dos 11 itens que a mesma escala abordava: capacidade de lei-

tura ( $p = 0,000$ ), conhecimento sobre diabetes ( $p = 0,001$ ); métodos de tratamento do diabetes ( $p = 0,006$ ), situações que levam ao aumento do açúcar no sangue ( $p = 0,001$ ); capacidade de atenção e memória ( $p = 0,024$ ). Já na subescala III, não houve significância estatística em nenhum dos itens relacionados.

**Tabela 2** – Relação com a ECDAC, segundo o grau de escolaridade dos participantes - Fortaleza, CE, Brasil, 2009

Itens da escala	Valor de p*
<b>Subescala I – Capacidade Física</b>	
Total da subescala de capacidade física	0,036
<b>Subescala II – Capacidade Mental</b>	
Capacidade de ler	0,000
Conhecimento sobre diabetes	0,001
Métodos de tratamento que conhece para diabetes	0,006
Em relação às principais situações que podem motivar o diabético a ter aumento de açúcar no corpo	0,001
Quanto à capacidade de atenção e memória	0,024
Total da subescala de capacidade mental	0,001
Total da ECDAC	0,001

\*Teste de Kruskal-Wallis

Ocorreu também associação entre dificuldade visual e a ECDAC ( $p = 0,017$ ). Quanto às subescalas, verificou-se associação com a subescala I ( $p = 0,003$ ); na subescala II, somente o item *Em relação às principais situações que po-*

*dem levar o diabético a ter aumento de sangue no corpo* ( $p = 0,029$ ); quanto à subescala III, observou-se associação com o item *Eu me considero um peso* ( $p = 0,022$ ).

**Tabela 3** – Relação dos itens e da ECDAC, segundo a *dificuldade visual* autorreferida - Fortaleza, CE, Brasil, 2009

Itens da escala	Valor de p*
<b>Subescala I – Capacidade Física</b>	
Em relação à visão	0,037
Quanto à percepção de cores	0,553
Sensibilidade dos pés	0,110
Destreza manual	0,529
Total da subescala de capacidade física	0,003
<b>Subescala II – Capacidade Mental</b>	
Capacidade de ler	0,017
Conhecimento sobre diabetes	0,004
Métodos de exame que conhece para identificar anormalidades e controlar o diabetes	0,629
Métodos de tratamento que conhece para diabetes	0,107
Sinais que o diabético pode apresentar se tiver muito pouco açúcar no corpo	0,062
Principais situações que podem levar o diabético a ter uma diminuição de açúcar no corpo	0,953
O que o diabético deve fazer quando apresentar sinais de hipoglicemia	0,289
Em relação às principais situações que podem levar o diabético a ter aumento de açúcar no corpo	0,031
Quanto aos sinais que o diabético pode apresentar se tiver muito açúcar no corpo	0,401
O que o diabético deve fazer quando apresentar sinais de hiperglicemia	0,685
No referente à capacidade de atenção e memória	0,305
Total da subescala de capacidade mental	0,029
<b>Subescala III – Capacidade Motivacional</b>	
Gosto de mim	0,600
Penso primeiro em mim	0,491
Considero-me um peso	0,022
Considero-me incapaz de ajudar outras pessoas na realização de alguma coisa	0,098
Faço as coisas que são necessárias para me manter saudável	0,298
Tenho vontade de fazer as coisas que ajudam a controlar o diabetes	0,053
Interesso-me em aprender sobre minha diabetes	0,128
Preocupo-me em comer apenas os alimentos que me mantêm saudável	0,104
Preciso da ajuda de outros para fazer minha insulina ou controlar minha dieta	0,991
Considero as recomendações que me são dadas para conviver com o diabetes	0,331
Aceito minha situação de diabetes	0,262
Total da subescala de capacidade motivacional	0,536
Total da ECDAC	0,017

\*Teste de Mann-Whitney



## DISCUSSÃO

As características socioeconômicas e clínicas assemelharam-se a outros estudos com a mesma população, prevalecendo o sexo feminino, o baixo nível de escolaridade, o maior número de aposentados com renda familiar mensal inferior a média nacional<sup>(7-9)</sup>.

Neste estudo, a competência para o autocuidado em relação aos três componentes da ECDAC foi observada em apenas 6% dos idosos. Este resultado suscita várias possibilidades, no entanto, duas são prioridades. Primeiro, a necessidade da realização de intervenções no contexto clínico que assegure melhor competência para o autocuidado desses clientes e, segundo, a exigência por parte dos profissionais envolvidos em executar tais intervenções, pois é necessário conhecimento em habilidades de comunicação, mudança de comportamento, educação em saúde e aconselhamento<sup>(10)</sup>.

Portanto, dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro, historicamente, vem desenvolvendo estudos e pesquisas para incrementar o autocuidado em seus clientes, sendo elemento-chave nas ações dessa natureza com portadores de DM<sup>(11)</sup>.

A avaliação por subescala demonstrou que a capacidade física em relação à acuidade visual estava alterada em muitos idosos, todavia não se pôde afirmar que tais alterações eram decorrentes exclusivamente do DM, já que no idoso, devido ao processo de envelhecimento, ocorrem outras patologias que envolvem a visão, como exemplo a catarata<sup>(12)</sup>. As alterações visuais dos idosos deste estudo comprometeram as ações de autocuidado, particularmente, quanto à administração de antidiabéticos e insulina<sup>(13)</sup>.

Destaca-se que a manutenção da sensibilidade dos pés deve ser aspecto explorado durante as ações de promoção da saúde para a manutenção dessa condição. A destreza manual preservada, na maioria dos idosos, garante habilidade, especialmente, em pacientes insulino dependentes, tanto na técnica de administração da insulina quanto na dosagem adequada.

Na subescala II, 38% dos pacientes obtiveram pontuação satisfatória para considerar-se competente no aspecto da capacidade mental, fato justificado pelo grau de escolaridade, já que nessa subescala se exige teste de leitura, juntamente com os déficits referentes aos aspectos cognitivos que são avaliados na memorização de números.

A subescala II aduziu, ainda, o conhecimento sobre o diabetes, a sintomatologia e os métodos de exame. Os resultados do estudo apontaram para um déficit de conhecimento desses aspectos. Em vista disso, a literatura recomenda que os portadores de doenças crônicas tenham suporte quanto ao conhecimento de sua patologia, especialmente, para garantir ações de autocuidado, sendo os profissionais de saúde os responsáveis por facilitar esse conhecimento, devendo fazer parte integrante do plano terapêutico informações acerca da doença<sup>(14-17)</sup>.

A pontuação dos idosos, referente à subescala III, distribuiu-se em déficit de motivação para o autocuidado. Os motivos para os idosos com diabetes não apresentarem motivação para o autocuidado em diabetes podem estar associados à doença crônica. No caso de doenças crônicas, que são inicialmente virtuais, sem sintomas, é justamente que, em alguns casos, uma intervenção pode reverter ou limitar a extensão dos problemas. Nesse estado, percebido como não doença, torna-se difícil motivar o paciente a interessar-se por aspectos preventivos, uma vez que não sente *necessidade*, pois os sintomas (ou a ausência deles) não estão relacionados a nenhum fenômeno entendido como doença<sup>(18)</sup>.

A desmotivação é considerada um dos maiores problemas para a não adesão ao tratamento para doenças crônicas, pois, se o doente não se encontra motivado para executar cuidados relacionados ao tratamento, dificulta o andamento eficaz do tratamento e a minimização de complicações relacionadas às patologias crônicas.

A construção da motivação intrínseca de um paciente reflete-se na importância percebida da aderência e reforça a construção de habilidades de autocuidado. Estes são os alvos do tratamento que devem ser somados, simultaneamente, com o tratamento farmacológico, tendo reflexo na melhoria da adesão<sup>(19)</sup>.

A investigação da associação entre as variáveis socio-demográficas e clínicas com a ECDAC revelou que, dentre as três subescalas, a subescala II, referente à capacidade mental, foi a que sofreu maior influência tanto da escolaridade quanto do déficit de acuidade visual. Assim, fica elucidado que a escolaridade tem importante papel no conhecimento sobre as doenças, suas formas de prevenção e tratamento, aspecto que desperta para a necessidade de adequar as orientações e informações referentes ao DM em idosos com baixa escolaridade, pois compromete a competência para o autocuidado. O profissional de saúde deverá desenvolver estratégias, respeitando as potencialidades e limitações dos clientes, utilizando linguagem adequada e meios que facilitem a compreensão das orientações e ações de educação em saúde<sup>(20-22)</sup>.

Já em relação à acuidade visual, há itens que sofreram sua influência, já que identificou a capacidade de leitura, o conhecimento sobre DM e suas complicações, itens também influenciados pela baixa escolaridade, sendo necessária cautela entre uniformizar ou particularizar intervenções de cunho eminentemente educativo<sup>(10)</sup>.

Relevante esclarecer que o somatório dessas duas variáveis (escolaridade e acuidade visual) gera situação de cuidado, no contexto clínico, bastante complexa, exigindo dos profissionais envolvidos intervenções específicas e individualizadas.

## CONCLUSÃO

A ECDAC mostrou-se instrumento relevante para a avaliação de competências para o autocuidado em diabe-

tes, direcionando as ações de prevenção de complicações futuras. Todavia, os idosos foram classificados como não competentes para ações de autocuidado, resultado que enfatiza a importância do desenvolvimento de ações de promoção da saúde direcionadas para essa parcela da população, tendo como premissa a avaliação de competências para o cuidar de si.

Recomenda-se que pesquisadores, enfermeiros e demais profissionais de saúde utilizem a ECDAC na atenção primária e nos demais níveis de atenção à saúde, pois, somente com a adesão de novos pesquisadores em diferentes cenários de prática, pode-se verificar a viabilidade da

utilização do instrumento de avaliação das competências de diabéticos para o autocuidado.

Neste estudo, percebeu-se que a relação entre os fatores pessoais e a competência para o autocuidado em diabetes é significativa e deve ser considerada nas ações e intervenções dos profissionais de saúde para a promoção da assistência de saúde com abordagem biopsicossocial.

Acredita-se, ainda, que a relevância da avaliação de competências para o autocuidado em diabetes poderá minimizar as manifestações de eventos considerados preventivos, melhorando a assistência à saúde e a qualidade de vida dos portadores de diabetes mellitus.

## REFERÊNCIAS

1. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, et al. Diabetes autorreferido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(1):175-84.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS; 2003.
3. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 5th ed. St Louis: Mosby Year Book; 1995.
4. Nunes AMP. Desenvolvimento de um instrumento para identificação da competência do diabético para o autocuidado [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1982.
5. Baquedano IR, Santos MA, Teixeira CRS, Martins TA, Zanetti ML. Factors related to self-care in diabetes mellitus patients attended at Emergency Service in Mexico. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2012 Mar 29];44(4):1017-23. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en\\_23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_23.pdf)
6. Nunes AMP. Motivação para o autocuidado: um diagnóstico indispensável na assistência e orientação de diabéticos. *Texto Contexto Enferm*. 1993;2(1):53-66.
7. Freire Junior RC, Tavares MFL. A Promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2006;9(1):83-92.
8. Victor JF, Ximenes LB, Almeida PC, Vasconcelos FF. Perfil socio-demográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(1):49-54.
9. Vasconcelos FF, Victor JF, Moreira TMM, Araújo TL. Utilização medicamentosa por idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-CE. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(2):178-83.
10. Oliveira DLLC. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):185-8.
11. Santos Filho CV, Rodrigues WHC, Santos RB. Papéis de autocuidado – subsídios para enfermagem diante das relações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(1):125-9.
12. Cypel MC, Palácio G, Dantas PEC, Lottenberg CL, Belfort Jr R. Achados oculares em pacientes com mais de 99 anos. *Arq Bras Oftalmol*. 2006;69(5):665-9.
13. Lenardt MH, Hammerschmidt KSA, Borghi ACS, Vaccari E, Seima MD. O idoso portador de nefropatia diabética e o cuidado de si. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(2):313-20.
14. Ataíde MBC, Damasceno MMC. Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes. *Rev Enferm UERJ*. 2006;14(4):518-23.
15. Torres HC, Pace AE, Stradioto MA. Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. *Cogitare Enferm*. 2010;15(1):48-54.
16. Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MBC. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(1):124-30.
17. Soares AMG, Moraes GLA, Neto RGS, Marques MB, Silva MJ. Tecnologia Assistencial na promoção da saúde: cuidado e autocuidado do idoso insulino-dependente. *Rev RENE*. 2010;11(4):174-81.
18. Duarte LFD, Leal OF, organizadores. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998.
19. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva; 2003.
20. Delamater AM. Improving patient adherence. *Clin Diabetes*. 2006;24(2):71-7.
21. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(2):377-85.
22. Landim CA, Zanetti ML, Santos MA, Andrade TA, Teixeira CR. Self-care competence in the case of Brazilian patients with diabetes mellitus in a multiprofessional educational programme. *J Clin Nurs*. 2011;20(23-24):3394-403.