



CONDIÇÕES DE VIDA, CONHECIMENTO E PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS: ESTUDO TRANSVERSAL

LIVING CONDITIONS, KNOWLEDGE AND SELF-CARE PRACTICES OF ELDERLY PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS: CROSS-SECTIONAL STUDY

Leonardo Segateli^{1*}, Guilherme Batista do Nascimento², Paulo Roberto Rocha Junior¹

¹Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde, Faculdade de Medicina de Marília, Marília (SP), Brasil; ²Docente do Centro Universitário de Adamantina, Adamantina (SP), Brasil.

***Autor correspondente:**
Leonardo Segateli - Email:
leonardo_segateli@hotmail.com

Recebido: 10 jun. 2025

Aceito: 27 jul. 2025

Editores-chefes: Dr. Leonardo Pestillo de Oliveira e Dr. Mateus Dias Antunes

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.



RESUMO: O objetivo foi analisar as condições de vida, o conhecimento sobre Diabetes Mellitus (DM) e as práticas de autocuidado de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS), visando subsidiar estratégias de cuidado mais eficazes. Estudo transversal com 76 idosos (≥60 anos) com DM tipo 1 ou 2, cadastrados no programa HiperDia em um município do interior de São Paulo. Foram aplicados questionários sociodemográficos, clínicos, o Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A) e o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). Dados clínicos (altura, peso, pressão e circunferência abdominal) e bioquímicos (glicemia, hemoglobina glicada) foram coletados. Foram realizadas análises descritivas (frequências, médias) e inferenciais (Mann-Whitney e Kruskal-Wallis) para verificar associações entre variáveis sociodemográficas, nível de conhecimento e práticas de autocuidado. A maioria dos participantes era do sexo feminino (63,2%), com baixa escolaridade (68,4% ensino fundamental) e renda de 2-3 salários mínimos (53,9%). Apenas 13,2% apresentaram conhecimento adequado sobre DM. A adesão ao autocuidado foi heterogênea: alta para medicação (84,2%), mas baixa para atividade física (73,7% relataram 0 dias/semana) e monitoramento glicêmico (26,3%). O controle glicêmico foi inadequado (glicemia média: 186,05 mg/dL). Escolaridade associou-se significativamente a melhores práticas alimentares e de atividade física ($p < 0,05$). Conclui-se que idosos com DM na APS apresentam conhecimento insuficiente e baixa adesão a práticas essenciais de autocuidado, especialmente atividade física e alimentação saudável. Estratégias educativas acessíveis e intervenções multiprofissionais são necessárias para melhorar o manejo da doença, considerando determinantes sociais como escolaridade e renda.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus. Idoso. Autocuidado. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde.

ABSTRACT: The objective was to analyze the living conditions, knowledge about Diabetes Mellitus (DM), and self-care practices of older adults assisted in Primary Health Care (PHC), in order to support more effective care strategies. This was a cross-sectional study conducted with 76 older adults (≥60 years) with type 1 or type 2 DM, registered in the HiperDia program in a municipality in the interior of São Paulo, Brazil. Sociodemographic and clinical questionnaires, the Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A), and the Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (QAD) were applied, and clinical data (height, weight, blood pressure, and abdominal circumference) as well as biochemical data (blood glucose and glycated hemoglobin) were collected. Descriptive analyses (frequencies and means) and inferential analyses (Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests) were performed to verify associations between sociodemographic variables, level of knowledge, and self-care practices. Most participants were female (63.2%), had low educational level (68.4% with elementary education), and monthly income of two to three minimum wages (53.9%). Only 13.2% showed adequate knowledge about DM. Adherence to self-care was heterogeneous, being high for medication use (84.2%) but low for physical activity (73.7% reported 0 days/week) and blood glucose monitoring (26.3%). Glycemic control was inadequate, with a mean blood glucose level of 186.05 mg/dL. Educational level was significantly associated with better dietary practices and physical activity ($p < 0.05$). It is concluded that older adults with DM assisted in PHC present insufficient knowledge and low adherence to essential self-care practices, especially physical activity and healthy eating, highlighting the need for accessible educational strategies and multiprofessional interventions that consider social determinants such as education and income.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus. Aged. Self-Care. Primary Health Care. Health Education.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que impacta significativamente os sistemas de saúde, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil¹. De acordo com as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que, até 2060, a população brasileira com 65 anos ou mais representará cerca de 25,5% do total, superando a proporção de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos². Essa transição demográfica traz uma série de desafios, entre eles o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), com destaque para o Diabetes Mellitus (DM), condição cuja prevalência e incidência aumentam com a idade, representando uma das principais causas de morbidade e mortalidade nessa faixa etária³.

No Brasil, estima-se que 16,8 milhões de adultos vivam com DM, sendo que a prevalência em idosos ultrapassa 20%, refletindo não apenas em agravos clínicos, como complicações cardiovasculares, renais e oftalmológicas, mas também em impactos negativos na qualidade de vida, funcionalidade e independência desse grupo etário⁴. O controle eficaz da doença envolve, portanto, não apenas intervenções farmacológicas, mas a incorporação contínua de práticas de autocuidado⁵.

Nesse sentido, o autocuidado assume papel central na gestão do DM, especialmente entre idosos. As práticas recomendadas incluem adesão a dieta, prática regular de atividade física, monitoramento glicêmico, cuidado com os pés e uso correto de medicamentos. No entanto, estudos demonstram que a adesão a essas práticas é frequentemente insatisfatória, sobretudo entre os idosos, devido às limitações físicas, cognitivas, socioeconômicas e educacionais^{6,7,8,9}.

O conhecimento acerca da doença e suas implicações é reconhecido como fator determinante para o autocuidado eficaz. Usuários que compreendem melhor a doença, suas complicações e a importância das práticas de controle demonstram maior capacidade de adesão ao tratamento. Por outro lado, a baixa escolaridade, comum entre idosos brasileiros, tem sido associada ao conhecimento insatisfatório e atitudes negativas frente ao autocuidado¹⁰.

Além do conhecimento, aspectos relacionados às condições de vida, como renda familiar, acesso aos serviços de saúde, apoio social, ocupação e moradia, interferem diretamente na capacidade de manter hábitos saudáveis e realizar ações preventivas⁸. Estudos apontam que idosos com menor renda e menor nível de escolaridade enfrentam mais barreiras para o manejo adequado da doença^{3,11}. Para mitigar esses entraves, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) recomenda estratégias de promoção da equidade, articulação intersetorial, fortalecimento de redes comunitárias, criação de ambientes saudáveis e incentivo à educação popular em saúde, buscando ampliar o acesso a informações, práticas de autocuidado e condições que favoreçam estilos de vida saudáveis, especialmente entre populações socialmente vulneráveis¹².

A atuação da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), é fundamental na promoção da educação em saúde e no estímulo à autonomia dos idosos com DM¹³. No entanto, a efetividade dessas ações depende da compreensão do perfil social e clínico dos usuários, bem como de suas reais necessidades e potencialidades para o autocuidado¹⁴.

Diante da relevância do tema, ainda são poucos os estudos que integram, de forma abrangente, os determinantes sociais de saúde, o conhecimento sobre o DM e a adesão às práticas de autocuidado entre idosos. Essa lacuna evidencia a necessidade de investigações que subsidiem estratégias mais equitativas, personalizadas e efetivas no cuidado dessa população¹⁵.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar as condições de vida, o nível de conhecimento sobre a doença e as práticas de autocuidado de idosos com Diabetes Mellitus tipo 2,

atendidos na APS. Compreender essas dimensões permite ampliar a atuação dos profissionais de saúde na formulação de planos terapêuticos centrados na pessoa e baseados em evidências¹⁶.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de natureza quantitativa, norteado pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), sob o parecer nº 6.615.363 e CAAE 76178923.8.0000.5413. A coleta de dados foi realizada no período de março a junho de 2024, no Centro de Saúde III “Dr. Milton Gondim Pyles” no município de Platina, interior do Estado de São Paulo.

A população do estudo foi constituída por idosos com DM, que possuíam cadastro no e-SUS/SISAB e realizavam acompanhamento no programa HiperDia da ESF, de forma aleatória, não probabilística, sendo selecionados com base na facilidade de acesso, disponibilidade e disposição em participar do estudo. Os critérios de inclusão adotados foram pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, com diagnóstico de DM tipo 1 ou tipo 2 há mais de seis meses; e que aceitassem participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: possuir limitações cognitivas e intelectuais que inviabilizasse responder aos instrumentos do estudo, estar acamado ou ter impossibilidade de locomoção para participar do estudo, mudança de cidade, adoecimento ou desistência em participar do estudo.

Para o recrutamento dos idosos, foi realizada uma reunião com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no intuito de esclarecer os objetivos e finalidades deste estudo e assim realizar o levantamento dos pacientes cadastrados no Programa Hiperdia, bem como a confecção do convite e a forma como iria acontecer o recrutamento. Assim, foi realizado o levantamento de todos os pacientes acompanhados pelo Programa Hiperdia, totalizando 1.196 pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial e/ou DM. Após o levantamento dessa população, foram selecionados apenas os pacientes que possuíam diagnóstico de DM Tipo 1 ou Tipo 2 (413), em seguida selecionados apenas os pacientes com idade igual ou superior a 60 anos. A quantidade de idosos com DM acompanhados pelo programa Hiperdia foi de 129 pacientes.

Posteriormente, foi realizado o convite aos 129 idosos, que foram entregues pelos ACS, para cada idoso cadastrado na sua microárea de abrangência. O ACS apresentava a pesquisa e caso houvesse o interesse do idoso em participar do estudo, o ACS solicitava o contato telefônico, e posteriormente era realizado uma ligação telefônica agendando data e horário para a participação no estudo. Nos casos em que o idoso não foi encontrado durante a entrega do convite, foi realizado uma segunda tentativa, e caso, não fosse encontrado, o idoso era excluído do estudo.

A equipe de coleta de dados foi composta pelo pesquisador principal e dois profissionais de saúde previamente treinados, e por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados à Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que realizaram a busca ativa dos participantes da pesquisa. Após a concordância do idoso em participar da pesquisa e assinatura do TCLE, eram aplicados os questionários da coleta de dados em sala individual, por um pesquisador que realizava a leitura e assinalava no questionário a resposta dada pelo idoso entrevistado. Após a aplicação dos questionários, o paciente era conduzido para a realização da coleta de sangue para os exames laboratoriais.

Para a obtenção dos dados, foram utilizados três instrumentos: o primeiro construído pelo pesquisador, contendo as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, cor/raça, escolaridade,

renda, arranjo familiar); clínicas (tempo da doença, uso de insulina, tipo de tratamento, peso, altura, IMC, pressão arterial, circunferência abdominal) e bioquímicas (glicemia capilar e hemoglobina glicada).

Com relação a avaliação bioquímica, todos os idosos participantes foram orientados a manter jejum mínimo de 8 horas para análise dos níveis de glicemia de jejum e hemoglobina glicada. Foram coletados de 5-10 ml de sangue por punção venosa em fossa cubital, na Unidade de Saúde. Os frascos com sangue foram identificados com etiquetas adesivas com o nome completo do participante, data de nascimento e acondicionados em caixas térmicas, contendo gelo reciclável, sendo vedadas e transportadas para o processamento em um laboratório de análises clínicas.

O segundo refere-se ao questionário *Diabetes Knowledge Questionnaire* (DKN-A), versão traduzida e validada no Brasil, composto por 15 itens de múltipla escolha que abrangem diferentes aspectos relacionados ao conhecimento geral de DM. Apresenta cinco amplas categorias: fisiologia básica; grupos de alimentos e suas substituições; gerenciamento de DM na intercorrência de alguma outra doença; princípios gerais dos cuidados da doença. O escore total varia de 0 a 15 pontos, sendo que escores menores que sete indicam conhecimento insatisfatório, e aqueles com escores maiores ou igual a oito, conhecimento satisfatório¹⁷.

E por último, foi utilizado o *Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes* (QAD), também validado e adaptado culturalmente no Brasil, que contém 6 dimensões e 17 itens de avaliação que possibilitam avaliar a aderência às atividades de autocuidado do indivíduo com diabetes. Cada item do questionário é respondido com uma escala de 0 a 7, correspondendo ao número de dias em que o comportamento foi realizado na última semana. As pontuações podem ser analisadas individualmente por item ou agregadas por domínio. Para cada domínio, calcula-se a média dos itens que o compõem. A média geral do QAD pode ser obtida somando as médias dos domínios e dividindo pelo número total de domínios avaliados. Pontuações mais altas (próximas de 7) indicam maior adesão às práticas de autocuidado, e pontuações mais baixas (próximas de 0) apontam baixa adesão e maior risco de complicações relacionadas ao diabetes¹⁸.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas (%), enquanto as variáveis contínuas foram descritas por média, desvio padrão (DP), mediana e intervalo interquartil (IIQ), conforme a distribuição dos dados.

Para avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas e o nível de conhecimento sobre Diabetes Mellitus (classificado com base no escore do instrumento DKN-A), foram utilizadas razões de chances (Odds Ratio – OR) com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). O teste exato de Fisher foi aplicado quando mais de 20% das células apresentaram valores esperados inferiores a 5.

A comparação da adesão às práticas de autocuidado (mediana/IIQ de frequência semanal) entre os grupos sociodemográficos foi realizada por meio dos testes de Mann-Whitney (para dois grupos) e de Kruskal-Wallis (para três ou mais grupos), adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). As análises foram realizadas no Software R Core Team¹⁹.

RESULTADOS

No período do estudo, 129 idosos foram recrutados para avaliação da elegibilidade. Destes, 24 não foram encontrados, 19 não atenderam ao convite e 13 foram excluídos com base nos critérios de exclusão. A amostra foi composta por 76 idosos com DM, dos quais a maioria era do sexo feminino (63,2%) e com idade entre 70 e 79 anos (44,7%). A escolaridade predominante foi o ensino fundamental

(68,4%), e a maioria se autodeclarou branca (48,7%), seguida de negra (31,6%). Em relação ao estado civil, 43,9% eram casados e 36,8% viúvos. A maior parte dos idosos relatou renda mensal entre dois e três salários mínimos (53,9%) e residia com familiares (75,0%).

A maioria tinha entre um e três filhos (63,2%), fazia uso de medicação oral (76,3%), com menor adesão à prática de dieta e exercícios físicos (17,1%). Apenas 34,2% utilizavam insulina, e o tempo de diagnóstico de diabetes foi igual ou superior a 20 anos para mais da metade dos participantes (56,6%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas de idosos com Diabetes Mellitus (n = 76), Platina, São Paulo, Brasil, 2025.

Variáveis	Categorias	N (%)
Gênero	Masculino	28 (36,8)
	Feminino	48 (63,2)
Faixa Etária	60 - 69	31 (40,8)
	70 - 79	34 (44,7)
	80 ou mais	11 (14,5)
Escolaridade	Analfabeto	17 (22,4)
	Fundamental	52 (68,4)
	Médio	6 (7,9)
	Superior	1 (1,3)
Cor/Raça	Branca	37 (48,7)
	Parda	15 (19,7)
	Negra	24 (31,6)
Estado Civil	Casado	41 (43,9)
	Divorciado	5 (6,6)
	Solteiro	2 (2,6)
	Viúvo	28 (36,8)
Renda Individual	1	31 (40,8)
	2 - 3	41 (53,9)
	4 - 5	3 (3,9)
Mora com	Familiar	57 (75,0)
	Sozinho	19 (25,0)
Número de filhos	0	5 (6,6)
	1 - 3	48 (63,2)
	4 - 6	22 (28,9)
Uso de Insulina	Sim	26 (34,2)
	Não	50 (65,8)
Tempo da Doença	< 10	3 (3,9)
	≥ 10	28 (36,8)
	≥ 20	43 (56,6)
Tratamento da Doença	Dieta, Medicação e Exercício Físico	13 (17,1)
	Dieta e Medicação	58 (76,3)
	Apenas Medicação	5 (6,6)

A média do índice de massa corporal (IMC) foi de 30,06 kg/m² (DP±4,89), caracterizando a amostra como predominantemente com sobrepeso ou obesidade. A média da pressão arterial sistólica foi de 137,11 mmHg (DP±20,51) e da diastólica de 81,18 mmHg (DP±10,95). A circunferência abdominal masculina teve média de 102,74 cm (DP±10,54) e a feminina de 98,76 cm (DP±14,10), a glicemia média encontrada foi de 186,05 mg/dL (DP±79,89), indicando mau controle glicêmico. A hemoglobina média foi de 8,86 g/dL (DP±2,16), com valores mínimos de até 5,2 g/dL (Tabela 2).

Tabela 2. Análise do mínimo, máximo e média das variáveis clínicas e laboratoriais dos idosos, (n = 76), Platina, São Paulo, Brasil, 2025.

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	DP±
Peso Corporal (kg)	49,00	103,00	76,00	12,83
Altura (m)	1,36	1,79	1,59	0,10
IMC (kg/m ²)	20,30	41,30	30,06	4,89
PAS (mmHg)	100,00	220,00	137,11	20,51
PAD (mmHg)	50,00	110,00	81,18	10,95
Circ. Abd Masc. (cm)	84,00	130,00	102,74	10,54
Circ. Abd Fem. (cm)	72,00	146,00	98,76	14,10
Glicemia (mg/dl)	80,00	453,00	186,05	79,89
Hemoglobina (g/dl)	5,20	15,20	8,86	2,16

Somente 10 participantes (13,2%) apresentaram conhecimento adequado (escore ≥ 8). Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre o conhecimento e as variáveis sexo, idade, cor/raça, renda, estado civil ou uso de insulina ($p > 0,05$). No caso da escolaridade, embora o resultado não tenha sido significativo ($p = 0,09$; OR=3,76; IC95%: 0,73–19,3), observou-se uma razão de chances mais elevadas para maior nível de conhecimento entre idosos com maior escolaridade (Tabela 3).

Tabela 3. Associação entre variáveis sociodemográficas e a classificação do conhecimento sobre Diabetes Mellitus, segundo escore do DKN-A, (n = 76), Platina, São Paulo, Brasil, 2025.

Variáveis	Categorias	Conhecimento ≥ 8 (N = 10)	Conhecimento < 8 (N = 66)	OR (IC 95%)	Valor de p
Sexo	Masculino	5 (50%)	23 (34,8%)	1,87 (0,52 – 6,73)	0,34
	Feminino	5 (50%)	43 (65,2%)	1,00	
Idade	≤ 70 anos	5 (50%)	25 (37,9%)	1,65 (0,46 – 5,92)	0,44
	> 70 anos	5 (50%)	41 (62,1%)	1,00	
Cor/Raça	Branca	6 (60%)	32 (48,5%)	1,59 (0,42 – 6,02)	0,50
	Não Branca	4 (40%)	34 (51,5%)	1,00	
Escolaridade	Fund. Incompleto	8 (80%)	34 (51,5%)	3,76 (0,73 – 19,3)	0,09
	Fund. Completo	2 (20%)	32 (48,5%)	1,00	
Renda (Sal. Mínimo)	≥ 2	6 (60%)	34 (51,5%)	1,41 (0,38 – 5,28)	0,61
	< 2	4 (40%)	32 (48,5%)	1,00	
Estado Civil	Casado/Viúvo	9 (90%)	57 (86,4%)	1,42 (0,16 – 12,8)	0,99
	Outros (Div./ Solteiro)	1 (10%)	9 (13,6%)	1,00	
Uso de Insulina	Sim	3 (30%)	24 (36,4%)	0,75 (0,17 – 3,25)	0,70
	Não	7 (70%)	42 (63,6%)	1,00	

Nota: Não Branca inclui negros, pardos e outras raças não brancas; DKN-A: Questionário do Conhecimento; OR: Odds Rácio; IC: Intervalo de Confiança; Valor de p: Teste exato de Fisher aplicado quando $> 20\%$ das células tinham valores esperados. Fonte: Elaborado pelo autor.

As práticas de autocuidado mais frequentes foram: tomar medicamentos conforme prescrição (84,2%) e tomar o número correto de comprimidos (86,8%), com medianas semanais de 7 dias. Por outro lado, a prática de atividade física por pelo menos 30 minutos (73,7%) e exercícios físicos específicos (68,4%) teve mediana de 0 dias, indicando baixa adesão. Apenas 26,3% relataram avaliar a glicemia conforme recomendação. Quanto ao cuidado com os pés, embora 84,2% relatem examinar os pés, apenas 34,2% examinam o interior dos calçados. Ingestão adequada de frutas e vegetais foi relatada por apenas 26,3% dos idosos (Tabela 4).

Houve associação positiva entre nível de escolaridade e maior adesão às práticas de alimentação geral ($p < 0,01$), alimentação específica ($p = 0,02$), atividade física ($p = 0,01$) e monitorização da glicemia ($p = 0,01$), apontando que idosos com ensino fundamental incompleto apresentaram melhor adesão nessas práticas. A adesão à monitorização da glicemia também foi significativamente maior entre os que utilizavam insulina ($p = 0,04$). Não houve associação significativa entre adesão e variáveis como sexo, idade, renda ou estado civil (Tabela 5).

Tabela 4. Distribuição de idosos com diabetes mellitus de acordo com a adesão às atividades de autocuidado para o manejo da doença ($n = 76$), Platina, São Paulo, Brasil, 2025.

Atividades de autocuidado com o diabetes	Frequência (dias da semana)		Mediana ±IIQ
	0 a 4 dias N (%)	5 A 7 dias N (%)	
Alimentação Geral			
Seguir uma dieta saudável	32 (42,1%)	44 (57,9%)	3 (2 – 4)
Seguir a orientação alimentar	30 (39,5%)	46 (60,5%)	3 (2 – 4)
Alimentação específica			
Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	56 (73,7%)	20 (26,3%)	1 (0 – 3)
Ingerir carnes vermelhas e/ou derivados do leite integral	22 (28,9%)	54 (71,1%)	4 (3 – 5)
Ingerir doces	45 (59,2%)	31 (40,8%)	3 (0 – 4)
Atividade física			
Realizar atividade física por pelo menos 30 minutos	56 (73,7%)	20 (26,3%)	0 (0 – 2)
Realizar exercício físico específico	52 (68,4%)	24 (31,6%)	0 (0 – 2)
Monitorização da glicemia			
Avaliar o açúcar no sangue	48 (63,2%)	28 (36,8%)	2 (0 – 7)
Avaliar o açúcar no sangue segundo o número de vezes recomendado	56 (73,7%)	20 (26,3%)	1 (0 – 3)
Cuidado com os pés			
Examinar os pés	64 (84,2%)	12 (15,8%)	1 (0 – 2)
Examinar o interior dos sapatos antes de calçá-los	26 (34,2%)	50 (65,8%)	5 (2 – 6)
Secar entre os dedos dos pés depois de lavá-los	38 (50,0%)	38 (50,0%)	5 (2 – 7)
Medicação			
Tomar os medicamentos conforme recomendado	12 (15,8%)	64 (84,2%)	7 (6 – 7)
Tomar as injeções de insulina conforme recomendado	62 (81,6%)	14 (18,4%)	0 (0 – 5)
Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes	10 (13,2%)	66 (86,8%)	7 (6 – 7)

Notas: IIQ: Intervalo Interquartil.

Tabela 5. Associação das variáveis sociodemográficas com a adesão de idosos com diabetes mellitus às atividades de autocuidado, Platina, São Paulo, Brasil, 2025.

Variáveis	Alimentação geral	Alimentação específica	Atividade física	Monitorização da glicemia	Cuidado com os pés	Medicação
	Med/IIQ* Valor de p**	Med/IIQ* Valor de p**	Med/IIQ* Valor de p**	Med/IIQ* Valor de p**	Med/IIQ* Valor de p**	Med/IIQ* Valor de p**
Sexo						
Masculino ($n = 28$)	3 (2 – 4)	1 (0 – 3)	0 (0 – 2)	2 (0 – 7)	0 (0 – 2)	7 (6 – 7)
Feminino ($n = 48$)	3 (2 – 4)	1 (0 – 2)	0 (0 – 2)	2 (0 – 7)	1 (0 – 2)	7 (6 – 7)
	$p = 0,62$	$p = 0,45$	$p = 0,33$	$p = 0,33$	$p = 0,91$	$p = 0,45$
Idade						
≤ 70 anos ($n = 30$)	3 (2 – 4)	1 (0 – 3)	0 (0 – 2)	2 (0 – 7)	1 (0 – 2)	7 (6 – 7)
> 70 anos ($n = 46$)	3 (2 – 4)	1 (0 – 3)	0 (0 – 0)	2 (0 – 7)	1 (0 – 2)	7 (6 – 7)
	$p = 0,52$	$p = 0,87$	$p = 0,21$	$p = 0,64$	$p = 0,75$	$p = 0,32$
Escolaridade						
Fundamental incompleto	4 (3 – 5)	2 (0 – 3)	2 (0 – 3)	3 (1 – 7)	1 (0 – 3)	7 (6 – 7)
Fundamental completo	2 (1 – 3)	0 (0 – 2)	0 (0 – 0)	0 (0 – 3)	0 (0 – 2)	7 (5 – 7)
	$p < 0,01$	$p = 0,02$	$p = 0,01$	$p = 0,01$	$p = 0,08$	$p = 0,12$

Variáveis	Alimentação geral	Alimentação específica	Atividade física	Monitorização da glicemia	Cuidado com os pés	Medicação
	Med/IIQ* Valor de p**	Med/IIQ* Valor de p**	Med/IIQ* Valor de p**	Med/IIQ* Valor de p**	Med/IIQ* Valor de p**	Med/IIQ* Valor de p**
Renda (Sal. Mínimo)						
≥2 (n = 40)	3 (2 – 4)	1 (0 – 3)	0 (0 – 2)	2 (0 – 7)	1 (0 – 2)	7 (6 – 7)
<2 (n = 36)	3 (2 – 4)	1 (0 – 2)	0 (0 – 0)	1 (0 – 5)	0 (0 – 2)	7 (6 – 7)
	p = 0,15	p=0,27	p=0,09	p=0,18	p=0,23	p=0,67
Uso de Insulina						
Sim (n = 27)	3 (2 – 4)	1 (0 – 3)	0 (0 – 0)	3 (1 – 7)	1 (0 – 2)	7 (7 – 7)
Não (n = 49)	3 (2 – 4)	1 (0 – 3)	0 (0 – 2)	2 (0 – 7)	1 (1 – 2)	7 (6 – 7)
	p= 0,88	p=0,55	p=0,12	p=0,04	p=0,91	p=0,07

*Mediana e Intervalo Interquartil; **Teste de Mann-Whitney e teste de kruskal-Wallis.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam a persistência de desafios significativos para o manejo do DM entre idosos atendidos na atenção primária, especialmente no que tange ao conhecimento sobre a doença e à adesão às práticas de autocuidado. A baixa proporção de idosos com conhecimento satisfatório (13,2%) corrobora com o estudo de Borba e colaboradores (2019), que identificou conhecimento insuficiente sobre o DM em 77,7% dos participantes idosos na APS10. Essa limitação, frequentemente associada à baixa escolaridade e à informalidade no processo de educação em saúde, impacta diretamente na autonomia e na adesão ao tratamento²⁰.

A relação entre escolaridade e melhores escores de conhecimento sobre DM, ainda que não estatisticamente significativa, apresentou tendência relevante (p=0,09), o que reforça o argumento de que os determinantes sociais da saúde, como educação formal, são centrais na compreensão e manejo de condições crônicas²¹. Segundo Marques e Lemos (2018), a baixa escolaridade é um preditor direto de menor alfabetização em saúde, dificultando a internalização de orientações clínicas e a capacidade de autogerenciamento²². Esse cenário exige políticas públicas mais equitativas, com produção de materiais e estratégias pedagógicas adequadas ao perfil sociocultural do usuário idoso. Atualmente, ações como as visitas domiciliares, grupos educativos, rodas de conversa e oficinas conduzidas pela Estratégia de Saúde da Família, aliadas a materiais impressos e iniciativas da Política Nacional de Promoção da Saúde, buscam justamente ampliar o letramento em saúde e promover práticas de autocuidado entre os idosos²³.

A educação em saúde é fundamental no cuidado de idosos com DM, pois promove o desenvolvimento da autonomia, do autocuidado e da tomada de decisões frente ao manejo da doença¹⁰. A compreensão sobre os aspectos fisiopatológicos do DM, as metas de controle glicêmico, os riscos das complicações e a importância da adesão ao tratamento, torna o idoso mais apto a incorporar hábitos saudáveis em sua rotina, como a alimentação equilibrada, a prática de atividade física e o monitoramento da glicemia¹⁵. A abordagem educativa deve ser contínua, acessível e culturalmente sensível, considerando as limitações cognitivas, visuais, motoras e de letramento em saúde que são comuns nesse grupo etário. A educação em saúde, quando conduzida de forma interprofissional e centrada na pessoa, fortalece a corresponsabilidade no cuidado e contribui para a efetividade das ações da APS¹⁴.

A adesão às práticas de autocuidado mostrou-se heterogênea. Enquanto a adesão à medicação foi alta (mais de 84%), atividades como exercício físico, alimentação saudável e monitoramento glicêmico foram amplamente negligenciadas. Esses achados dialogam com os de Ferreira et al. (2022), que

apontam a medicalização como eixo dominante no tratamento do DM na APS, em detrimento de abordagens educativas e interdisciplinares. Esse padrão evidencia que, apesar dos avanços na Atenção Primária à Saúde, o cuidado ao idoso com DM ainda é predominantemente centrado no modelo biomédico, com ênfase na prescrição medicamentosa, enquanto estratégias educativas e abordagens interdisciplinares para promoção do autocuidado permanecem insuficientemente valorizadas. Tal cenário reforça a necessidade de reorientação das práticas de saúde, priorizando a educação em saúde e a autonomia do paciente como elementos centrais para o manejo efetivo da doença²⁴.

Em relação às práticas alimentares, o estudo revelou diferenças estatisticamente significativas associadas à escolaridade, com maior adesão às orientações de alimentação geral ($p<0,01$) e alimentação específica ($p=0,02$) entre idosos com ensino fundamental incompleto. Esse achado contrasta parcialmente com a literatura, que geralmente relaciona maior escolaridade a melhores práticas de autocuidado alimentar. No entanto, é possível que fatores como maior vínculo com as equipes de saúde, visitas domiciliares mais frequentes e apoio familiar influenciem positivamente os hábitos alimentares entre grupos de menor escolaridade, especialmente em municípios de pequeno porte. Esses resultados ressaltam a importância de considerar o contexto sociocultural e as redes de apoio ao planejar estratégias educativas e intervenções nutricionais na atenção primária^{10,21}.

Outro ponto relevante foi o fraco controle glicêmico observado na amostra (glicemia média de 186 mg/dL), que indica risco aumentado para complicações agudas e crônicas. Esse dado é compatível com os resultados de Prates e colaboradores (2021), que apontam que apenas 32% dos idosos em acompanhamento na APS mantêm controle glicêmico adequado²⁵. A ineficiência das estratégias de autocuidado e a ausência de acompanhamento contínuo e personalizado contribuem para esse cenário, exigindo revisão nos protocolos de cuidado longitudinal²⁶.

A prática de atividades físicas foi particularmente crítica, com mediana de zero dias por semana, sendo um dos componentes mais negligenciados do autocuidado. Alguns estudos identificaram barreiras como medo de quedas, limitação física, doenças associadas, ausência de espaços públicos adequados e falta de segurança^{27,28}. Nesse sentido, é importante que as equipes de saúde priorizem o incentivo às práticas corporais e atividade física, valorizando os espaços públicos de convivência e de produção de saúde, a inclusão social e o fortalecimento da autonomia do idoso e o direito ao lazer diante da relevância epidemiológica do tema atividade física¹².

O perfil demográfico da amostra, composto majoritariamente por idosos do sexo feminino, com baixa escolaridade e renda modesta, evidencia a forte influência dos determinantes sociais sobre o autocuidado em Diabetes Mellitus. Fatores como escolaridade limitada e restrições econômicas dificultam o acesso à informação, a compreensão das orientações clínicas e a adoção de práticas saudáveis, tornando o enfrentamento da doença ainda mais desafiador nesse grupo. Nas UBS pesquisada, observa-se a presença de acompanhamento pelo programa HiperDia e atuação de equipes da ESF, com ações de monitoramento clínico, porém, sem relato de formação da equipe do NASF.

Quanto à monitorização da glicemia, observou-se associação significativa com o uso de insulina, o que é esperado, dada a maior complexidade no manejo terapêutico desse subgrupo. Entretanto, mesmo entre esses, a adesão foi parcial. A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) já alertava que o monitoramento domiciliar ainda não é uma prática consolidada na rotina dos idosos brasileiros, seja pela dificuldade de uso dos aparelhos, seja pela escassez de insumos ou pela falta de orientação adequada²⁹.

As práticas de cuidado com os pés mostraram adesão apenas parcial. Embora 84,2% dos participantes relatem examinar os pés, poucos verificam o interior dos calçados (34,2%), o que pode contribuir para o risco de úlceras e amputações. Conforme apontado por Lima e colaboradores (2023),

o autocuidado com os pés é uma das dimensões mais negligenciadas entre idosos diabéticos, exigindo intervenções específicas, como oficinas de autocuidado e acompanhamento por equipe qualificada³⁰.

Os resultados reforçam o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde, em especial da Estratégia de Saúde da Família, na educação para o autocuidado. No entanto, para que as ações educativas sejam efetivas, é necessário que estejam centradas na realidade do usuário, considerando seus limites, valores e contexto de vida^{15,31}. A formação das equipes deve incluir capacitação em educação em saúde com metodologias participativas, conforme recomenda a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS³².

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Por se tratar de um delineamento transversal, não é possível estabelecer relações de causa e efeito entre as variáveis analisadas. Além disso, o recrutamento da amostra foi não probabilístico e restrito a uma única UBS de um município de pequeno porte, o que limita a generalização dos achados para outras populações e contextos. Outro ponto a destacar é a distribuição desigual de participantes em algumas categorias, como escolaridade, o que pode ter influenciado a detecção de associações estatísticas. Por fim, a coleta de informações por meio de entrevistas presenciais pode ter levado a viés de resposta, já que os participantes podem ter respondido de forma socialmente desejável, sobretudo em questões relacionadas a autocuidado.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que idosos com DM atendidos na APS do município de Platina apresentam limitações significativas no conhecimento sobre a doença e baixa adesão a práticas de autocuidado essenciais para o controle glicêmico e a prevenção de complicações. O perfil sociodemográfico — caracterizado por baixa escolaridade e condições econômicas modestas — influencia diretamente esses desfechos. Embora a adesão à farmacoterapia seja satisfatória, comportamentos como alimentação saudável, atividade física regular e monitoramento glicêmico ainda são frágeis.

Os achados reafirmam a necessidade de fortalecer as ações de educação em saúde na APS, com metodologias mais acessíveis, continuadas e culturalmente sensíveis, voltadas à realidade dos idosos. É essencial garantir acesso a insumos, espaços para atividades físicas, suporte familiar e acompanhamento multiprofissional, com vistas a promover autonomia, segurança e bem-estar. Os dados também indicam a urgência de investimento em capacitação das equipes de saúde, visando maior integração entre promoção, prevenção e cuidado individualizado.

Por fim, o estudo contribui para o entendimento das múltiplas dimensões envolvidas no manejo do DM em idosos, reforçando que o cuidado efetivo passa pelo enfrentamento das iniquidades sociais e pela escuta qualificada no território. Futuros estudos, com abordagem longitudinal e qualitativa, podem ampliar a compreensão dos determinantes que favorecem ou dificultam o autocuidado, subsidiando a construção de estratégias mais potentes e equitativas de intervenção no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Mrejen, M.; Nunes, L.; Giacomini, K. (2023) Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: O Brasil está preparado?. Estudo Institucional n. 10. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de

- Saúde. https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Estudo_Institucional_IEPS_10.pdf
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: primeiros resultados. Rio de Janeiro: IBGE; 2023. <https://censos.ibge.gov.br/2022>
 3. Flor LS, Campos MR. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Rev bras epidemiol.* 2017Jan;20(1):16–29. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010002>
 4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. (2021). *Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021.* Brasília: Ministério da Saúde; 2021. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2021.pdf
 5. Ahmad F, Joshi SH. Self-Care Practices and Their Role in the Control of Diabetes: A Narrative Review. *Cureus.* 2023 Jul 5;15(7):e41409. doi: 10.7759/cureus.41409. PMID: 37546053; PMCID: PMC10402910.
 6. Suplici SER, Meirelles BHS, Silva DMGV da, Boell JEW. Adesão ao autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Primária: estudo de método misto. *Esc Anna Nery.* 2021;25(5):e20210032. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0032>
 7. Quinones, BA, Geisler SA, Ramos S. Importância do Autocuidado em Pacientes com Diabetes Mellitus. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos, Brasil, São Paulo, v. 6, n. 13, p. 2057–2065, 2023.* Doi: 10.55892/jrg.v6i13.816. <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/816>.
 8. Nogales Toapanta A, Meléndez-Mogollón I, Hualpa-Freile A. Domínios e estratégias de autocuidado em pacientes com diabetes tipo 2: uma revisão sistemática. *Rev. ações médicas.* 29 de dez. de 2023;2(4):28-42. <http://accionesmedicas.com/index.php/ram/article/view/62>
 9. Epifânio Pereira MA, Wengert M, Pereira Carvalho de Sousa LG, Alencar de Souza F, Silva Carvalho M, Dias Bernardo L. AUTOCUIDADO EM DIABETES POR USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. *Cadernos ESP.* 3º de março de 2022;16(1):10-7. <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/513>
 10. Borba AK de OT, Arruda IKG, Marques AP de O, Leal MCC, Diniz A da S. Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2019Jan;24(1):125–36. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35052016>
 11. Barata, RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. *Temas em Saúde collection.* 120 p. ISBN 978-85-7541-391-3. <http://books.scielo.org>.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf
 13. Francisco PMSB, Assumpção D, Bacurau AG de M, Silva DSM, Yassuda MS, Borim FSA. Diabetes mellitus em idosos, prevalência e incidência: resultados do Estudo Fibrá. *Rev bras geriatr gerontol.* 2022;25(5):e210203. <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210203.pt>
 14. Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
 15. Fittipaldi AL de M, O'Dwyer G, Henriques P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. *Interface (Botucatu).* 2021;25: e200806. <https://doi.org/10.1590/interface.200806>
 16. Miranda AS, Fontana BM, Roriz BRB, Moura GC, Neves ACD. A adesão ao autocuidado de idosos com diabetes mellitus tipo 2. *REAS.* 6ago.2024;24(8):e16855. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/16855>
 17. Torres HC, Virginia A H, Schall VT. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. *Rev Saúde Pública.* 2005Dec;39(6):906–11. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600006>

18. Michels MJ, Coral MHC, Sakae TM, Damas TB, Furlanetto LM. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2010Oct;54(7):644–51. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302010000700009>
19. R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>
20. Solla BSV, da Silva SER, Lemos EF, Simões EAP. Evidências científicas sobre o impacto do conhecimento na atitude e prática para o autocuidado de pacientes diabéticos. *Braz. J. Develop.* 2023 May 3;9(05):14733-51. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/59361>
21. Rodrigues FFL, Santos MA dos, Teixeira CR de S, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta paul enferm.* 2012;25(2):284–90. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000200020>
22. Marques SRL, Lemos SMA. Letramento em saúde e fatores associados em adultos usuários da atenção primária. *Trab educ saúde.* 2018May;16(2):535–59. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00109>
23. Martins J de J, Schier J, Erdmann AL, Albuquerque GL de. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Rev bras geriatr gerontol.* 2007, Sep;10(3):371–82. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10039>
24. Ferreira GRS, Viana LRC, Pimenta CJL, Silva CRR, Costa TF, Oliveira JS, et al. Self-care of elderly people with diabetes mellitus and the nurse-patient interpersonal relationship. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(1):e20201257. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1257>
25. Prates JTAC, Cruz RA, Toledo MM, Souza AH, Nobre LN. Controle glicêmico de idosos com diabetes: Caracterização e fatores associados. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 367-383, 2021. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.113382>
26. Santos ROM dos, Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis.* 2018;28(2):e280206. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280206>
27. Socoloski T da S, Rech CR, Correa Junior JA, Lopes RM, Hino AAF, Guerra PH. Barreiras para a prática de atividade física em idosos: revisão de escopo de estudos brasileiros. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde.* 12º de julho de 2021; 26:1-8. <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14580>
28. Krug R de R, Lopes MA, Mazo GZ. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevas inativas fisicamente. *Rev Bras Med Esporte.* 2015Jan;21(1):57–64. <https://doi.org/10.1590/1517-86922015210101673>
29. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023. São Paulo: Clannad Editora Científica, 2023. <https://www.diabetes.org.br>
30. Lima PC, Bittencourt GKGD, Nogueira WP, Dias TKC, Dantas JS, Carvalho MAP. Main self-care deficits found in elderly people with diabetic foot ulcer: An integrative review. *Aquichan.* 2023;23(3):e2336. <https://doi.org/10.5294/aqui.2023.23.3.6>
31. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_aps.pdf
32. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente e Educação Popular em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_educacao_permanente_popular.pdf