

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM UFRGS

Mariana do Couto Soares

**Autopercepção de saúde em uma população diabética: um estudo de base populacional**

Porto Alegre

2019

MARIANA DO COUTO SOARES

**Autopercepção de saúde em uma população diabética: um estudo de base populacional**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Professora Orientadora: Dra. Ana Karina Silva da Rocha Tanaka.

**Porto Alegre**

**2019**

## Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, a todos os meus guias e orixás que me acompanharam durante todos esses 7 anos de graduação. Obrigada pela oportunidade.

Aos meus pais, Andrea do Couto Soares e Marcos Tadeu Soares, por todo o apoio financeiro e psicológico, incentivo, compreensão e carinho durante toda a vida acadêmica. Muito obrigada por tudo, vocês me mostram a cada dia como ser uma pessoa melhor.

A minha irmã, Bruna do Couto Soares, por todo o apoio nos trabalhos e provas, pelas horas de estudo juntas e pelo ombro amigo para os desabafos.

Ao meu namorado e amigo, Eduardo Bassani Chandelier, por ser a pessoa que me “colocou” dentro da UFRGS e compartilhou e compartilha comigo toda a caminhada da graduação e da vida. Obrigada.

A minha família por compreender os momentos em que tive que me ausentar nos eventos da família.

A minha “co-orientadora”, Andréia Turmina Fontanella, que encarou junto comigo a idéia para este trabalho, me ajudando incansavelmente desde o princípio. Muito Obrigada.

A minha orientadora, Ana Karina Silva da Rocha Tanaka, por todo o apoio, disponibilidade e cobrança ao longo de todo o desenvolvimento deste trabalho.

A minha colega e amiga, Ana Laura Corrêa, por todo o sofrimento compartilhado, desde as aulas teóricas, as práticas e a construção do trabalho de conclusão.

Ao pessoal da Creche do HCPA, Gabriela, Ninive, Vanine, Márcia e as educadoras, por todo o apoio e aprendizado neste último ano.

Gratidão a todos!

*“A felicidade pode ser encontrada mesmo nas  
horas mais difíceis, se você lembrar de  
acender a luz”*

*Harry Potter e o Prisioneiro de Azkaban –  
J. K. Rowling*

## **Lista de Abreviaturas**

COMPESQ - Comissão de pesquisa

DCNT - Doenças crônicas não transmissíveis

IBGE - Instituto brasileiro de geografia e estatística

IC - Intervalo de confiança

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNAD - Pesquisa nacional de amostra por domicílio

PNAF - Política nacional de assistência farmacêutica

PNAUM - Pesquisa nacional sobre acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos

PNS - Pesquisa nacional de saúde

SCTIE - Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UPA - Unidade primária de amostragem

VIGITEL - Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

## Resumo

**Introdução:** A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis vem aumentando na população com o passar dos anos. Doenças crônicas como o diabetes, podem modificar a vida das pessoas em consequência das limitações causadas pelo agravamento da doença, sendo influenciada diretamente pelo sedentarismo e estilo de vida. A autopercepção de saúde reflete a percepção individual e subjetiva de cada indivíduo naquele momento de sua vida. Ela vem sendo descrita como um importante preditor de mortalidade e pode ser influenciada por diversos fatores como os fatores psicossociais, socioeconômicos, estilo de vida e a presença de doenças crônicas. **Objetivo:** Descrever os fatores associados a uma autopercepção de saúde em diabéticos de acordo com os resultados de um inquérito populacional de âmbito nacional. **Métodos:** Foram utilizados os dados da Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), um inquérito populacional de abrangência nacional realizado entre setembro de 2013 a fevereiro de 2014. **Resultados:** Foi observado uma pior autopercepção de saúde nos diabéticos que possuíam 3 ou mais DC representando 14,9% (IC95%: 12,6-17,5), do que os que apresentavam apenas 1 DC 3,7% (IC95%:1,7-7,8); Possuíam outras doenças crônicas: AVC 21,3% (IC95%:14,1-30,9), Doença articular crônica 17,8% (IC95%:13,4-23,3) e Depressão 24,0% (IC95%:18,1-31,1); Possuíam qualquer limitação em decorrência da diabetes e que procuraram o serviço de emergência 30,5% (IC95%:21,4-41,5) e passaram por internações hospitalares 20,80% (IC95%:14,2- 29,3) nos últimos 12 meses em decorrência da Diabetes **Conclusão:** Aqueles usuários que apresentaram 3 Doenças Crônicas ou mais, outras doenças crônicas, possuíam qualquer limitação devido a diabetes, tiveram atendimento no serviço de saúde em decorrência da doença, avaliaram pior sua autopercepção de saúde. A utilização da avaliação da autopercepção de saúde dos usuários durante as consultas com os profissionais, pode ser utilizada como uma ferramenta na estruturação do plano terapêutico direcionado. Por ser um indicador de desfechos de saúde, a percepção de saúde pode ser avaliada em conjunto com o contexto pessoal e individual de cada paciente, utilizando este parâmetro na melhora à adesão aos tratamentos e controle das doenças crônicas, sendo a interdisciplinaridade durante os atendimentos uma importante chave para este processo.

**Palavras chave:** Autoimagem, Diabetes Mellitus, Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	7
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA .....	8
1.2 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA .....	9
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	11
2.1 OBJETIVO GERAL.....	11
2.1.1 Objetivos Específicos .....	11
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	12
3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	12
3.2 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE .....	13
3.3 DIABETES.....	15
3.4 PESQUISA NACIONAL SOBRE ACESSO, UTILIZAÇÃO E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS .....	18
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	21
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	21
4.2 COLETA DE DADOS .....	21
<b>5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	24
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	25
<b>6 RESULTADOS - ARTIGO ORIGINAL</b> .....	30
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	47
<b>ANEXO A - Instrumento para coleta de dados do questionário adulto da PNAUM</b> .....	50
<b>ANEXO B - Instruções para Autores Caderno de Saúde Pública</b> .....	57

## 1 INTRODUÇÃO

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) englobam doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes mellitus. Elas são responsáveis por cerca de 70% das mortes no mundo, estando em crescimento nos últimos anos (APA, 2017)

Diversos fatores contribuem para o desenvolvimento destas doenças, dentre eles fatores ambientais, socioeconômicos, sociodemográficos e estilo de vida. Frequentemente associados à diabetes, o envelhecimento populacional, crescimento do sedentarismo e obesidade vêm aumentando sua prevalência na população (APA, 2017; GUARIGUATA et.al, 2014; RODRIGUES et.al., 2018).

A Diabetes é um distúrbio metabólico que, através de um conjunto de fatores, causam hiperglicemia resultante de um mau funcionamento da ação da insulina, na excreção da mesma, ou em ambos os mecanismos. Ela vem sendo descrita como um grave problema de saúde pública, pois suas complicações micro e macrovasculares afetam os usuários a longo prazo (GUARIGUATA et.al, 2014; SBD, 2017-2018)

Este distúrbio metabólico da diabetes pode ser classificado em quatro tipos: (I) Diabetes tipo 1 quando há uma destruição das células que produzem insulina; (II) Diabetes tipo 2 onde o paciente possui um mau funcionamento da insulina ou possui algum defeito em sua excreção ou produção; (III) Diabetes gestacional quando é desenvolvida ou descoberta durante a gestação e (IV) Diabetes de outros tipos específicos, onde entra o tipo MODY, quando há perda das células beta do pâncreas (SBD, 2017-2018).

Mundialmente, estimou-se que, em 2015, cerca de 382 milhões de pessoas conviviam com a diabetes representando 8,3% da população mundial, sendo que até o ano de 2035 esse número pode chegar a 592 milhões. No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de saúde do ano de 2013 apontaram para uma prevalência autorreferida, entre indivíduos de 20 a 79 anos, de 6,2% [IC95% 5,9-6,6], ou seja, 11,9 milhões de casos (ARRUDA et.al, 2015; MENDES et.al, 2014).

Pacientes que possuem doenças crônicas como a diabetes podem sofrer com as comorbidades trazidas pelo fácil descontrole da doença, afetando sua autopercepção de saúde, refletindo nas condições de vida e saúde desses usuários (MORÁS et.al, 2014; ARRUDA et.al., 2015).

A autopercepção de saúde abrange conceitos biológicos e psicossociais das pessoas, e pode ser avaliada com uma simples pergunta: “Em geral como você avalia sua saúde?”. A autopercepção tem sido descrita como um importante preditor de mortalidade, visto que reflete conceitos subjetivos e individuais da saúde dos indivíduos demonstrando suas fragilidades e deficiências em saúde (MORÁS et.al, 2014).

Com o envelhecimento, aumento da longevidade da população e maus hábitos alimentares, há um aumento no aparecimento de doenças crônicas e incapacidades funcionais derivadas das mesmas, que podem afetar as condições de saúde da população. Para obter dados epidemiológicos das doenças que afetam as populações, são encomendadas e realizadas pesquisas populacionais pelo Ministério da Saúde para que assim seja ampliado os conhecimentos sobre as políticas de saúde e seu impacto na população (BRASIL, 2016).

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), foi uma pesquisa instituída na Portaria nº 2.077, de 17 de Setembro de 2012 do Ministério da Saúde. Ela buscou avaliar e fornecer informações às políticas públicas de assistência farmacêutica no Brasil. Nela foram avaliados o acesso e uso dos medicamentos dos usuários e seus familiares, bem como suas comorbidades, investimentos e retorno dos mesmos (GADELHA et.al., 2016)

A PNAUM foi realizada integrando diversos setores do Ministério da saúde, pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz e diversas Universidades Federais do País. Para sua execução, a PNAUM obteve a separação em duas grandes áreas, sendo elas: a PNAUM inquérito e a PNAUM serviços (GADELHA et.al., 2016).

A PNAUM inquérito ficou sob a responsabilidade da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) que realizou um inquérito domiciliar de base populacional e abrangência nacional, compreendendo as 5 regiões do país. A PNAUM serviços foi designada a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), avaliando os Serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (GADELHA et.al., 2016; MENGUE et.al., 2016).

Avaliando a importância descrita da autopercepção de saúde em pacientes com doenças crônicas não transmissíveis como a diabetes, vemos que a mesma pode ser uma importante ferramenta para os profissionais da saúde na hora de realizar o cuidado. Mostrou-se então a necessidade de desenvolver estudos para o conhecimento da percepção de saúde destes pacientes, para que assim possa ser de conhecimento dos profissionais da saúde, podendo incluir esta avaliação na abordagem terapêutica do paciente.

### 1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

A diabetes tem sido descrita como um crescente problema de saúde na população brasileira, aumentando sua prevalência com o passar dos anos. É uma das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mais prevalentes, causa complicações crônicas, possui uma alta morbimortalidade e piora a qualidade de vida dos usuários que com ela convivem (SBD, 2017-2018).

A Diabetes vem sendo citada como uma das principais causas de mortalidade precoce na maioria dos países. Cerca de 5 milhões de pessoas com idade entre 20 a 79 anos foram a óbito devido ao Diabetes e suas complicações no ano de 2015, sendo equivalente a um óbito a cada 6 segundos (IDF, 2015).

A mortalidade mundial por Diabetes é responsável por 14,5% dentre todas as causas, sendo maior do que o registrado na soma dos óbitos por doenças infecciosas, como HIV/AIDS, tuberculose representando 1,5 milhões cada e malária representando 0,6 milhões (IDF, 2015).

No ano de 2016 a Diabetes causou mais de 4 milhões de mortes, sendo uma das principais causas de doenças cardíacas, cegueira, insuficiência renal e amputação de membros inferiores. A Diabetes é fortemente influenciada por maus hábitos alimentares e sedentarismo, esses estilos de vida podem aumentar rapidamente o número de diabéticos para mais de 500 milhões de pessoas, sendo 1 em 10 da população global (IDF, 2017).

A maioria das pessoas possuem a Diabetes Mellitus tipo 2, sendo esta a mais suscetível a um estilo de vida ruim. Diversos estudos relatam que a diabetes tipo 2 poderia ser prevenida em cerca de 80% dos casos, apenas com a prevenção e mudança no estilo de vida (IDF, 2017).

A autopercepção de saúde dos usuários que possuem DCNT pode demonstrar de que forma este usuário percebe sua saúde, influenciando na forma como ele realiza seu autocuidado e de que forma afeta seu estilo de vida. Esta percepção de saúde, também pode ser utilizada como um indicativo de morbimortalidade de doenças cardiovasculares e outras DCNT como já citado anteriormente (VEROMAA et.al., 2017).

A autopercepção de saúde dos usuários pode ser influenciada pelos diversos contextos nos quais os mesmos encontram-se inseridos. Conhecer alguns destes fatores, pode auxiliar o profissional de saúde na hora de direcionar o cuidado de forma mais individualizada, atingindo pontos específicos e próprios do usuário auxiliando em um tratamento de maior sucesso (VEJEM; et.al., 2017).

Nesse contexto, surge a seguinte questão norteadora: “Quais os fatores relacionados ao Diabetes que influenciam na autopercepção de saúde dos usuários”?

## 1.2 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Autopercepção de saúde é utilizada para conhecer o que cada indivíduo percebe sobre a sua própria saúde naquele momento. Alguns estudos vêm descrevendo a importância de avaliar a autopercepção de saúde dos usuários, visto que a mesma pode auxiliar na hora da escolha de um tratamento mais adequado, podendo colaborar com a avaliação do bem-estar dos usuários (DRESCH et.al., 2017; RODRIGUES et.al., 2018).

Pacientes que possuem doenças crônicas como a diabetes, podem conviver com o descontrole e complicações de saúde em decorrência de sua patologia. A autopercepção de saúde desses usuários torna-se também suscetível às complicações da doença, podendo variar conforme a progressão, limitações e controle da doença (ARRUDA et.al., 2015)

Com os avanços na área da saúde e da tecnologia, há maior auxílio nos tratamentos médicos, tornando-os cada vez mais precisos e de maior sucesso. Com isso, a expectativa de vida dos pacientes vêm se prolongando, porém este avanço infelizmente nem sempre garante uma boa qualidade de vida à esses pacientes (MELO et.al., 2014).

Muitas vezes o profissional da saúde foca seu cuidado apenas na doença, esquecendo da pessoa em todas suas dimensões. Entretanto, cada vez mais observamos melhores resultados ao realizarmos uma abordagem terapêutica mais ampla, englobando o indivíduo como um todo. Avaliar a percepção de saúde que o paciente refere, pode auxiliar neste formato de cuidado, tornando-o mais específico ao usuário, humanizado e centrado (MELO et.al., 2014).

Como acadêmica de enfermagem, ao desenvolver meu estágio obrigatório em atenção básica, onde atendemos a diversos casos de DCNT, estando a diabetes entre as mais comuns, e por ter sido bolsista de iniciação científica onde atuei na PNAUM, passei a observar a importância de desenvolver um trabalho onde possamos conhecer dados epidemiológicos relacionados a este contexto.

Ao aprofundar meus conhecimentos na área da epidemiologia, fui instigada a analisar a população para entender melhor o contexto em que os usuários que são afetados pela Diabetes estão inseridos, e de que forma elas afetam a percepção de saúde desses pacientes.

Buscamos, com este trabalho, desenvolver uma pesquisa que pretende avaliar a autopercepção de saúde dos pacientes portadores de DCNT, especificamente aqueles com diagnóstico autorreferido de Diabetes, incluindo os fatores que contribuem para a autopercepção positiva ou negativa destes pacientes.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Descrever os fatores associados à autopercepção de saúde em diabéticos, de acordo com os resultados de um inquérito populacional de âmbito nacional

#### **2.1.1 Objetivos Específicos**

- a) Descrever a avaliação da autopercepção de saúde em uma população diabética
- b) Descrever a autopercepção de saúde em relação a procura pelos serviços de saúde;
- c) Descrever a autopercepção de saúde em relação às limitações relacionadas com a diabetes;
- d) Descrever a autopercepção de saúde de pacientes que possuem diabetes associada à outras doenças crônicas.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão sendo citadas como uma das maiores responsáveis pelas mortes prematuras e perda de qualidade de vida devido às limitações e incapacidades para as atividades de vida diária, sendo um fator impactante também na economia familiar. DCNT são um grupo de doenças crônicas das quais fazem parte as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus (MALTA et.al, 2017).

No Brasil, no ano de 2011, obtivemos 68,3% do total de mortes por DCNT sendo que doenças cardiovasculares foram responsáveis por 30,5%, neoplasias 16,4%, doenças respiratórias 6% e diabetes cerca de 5,3%. Já no ano de 2015, às DCNT representaram 70% das mortes. (WHO, 2018).

Em um estudo que avaliou a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), concluiu-se que o número elevado de DCNT preocupa em decorrência de sua carga de morbimortalidade e elevados fatores de risco. Houve ainda o relato de uma forte correlação entre determinantes sociais como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, com a prevalência de DCNT e os fatores de risco (MALTA et.al., 2017)

Os principais fatores de risco das DCNT são o tabaco, sedentarismo, uso prejudicial do álcool e dietas não saudáveis. Estudos apontam que as DCNT atingem mais a população economicamente vulnerável tornando-se devastadoras para as famílias, principalmente se envolvem limitações causadas pela doença. Aponta-se, também, para a repercussão econômica associadas ao cuidado aos pacientes portadores de DCNT, sendo estimados gastos equivalentes a US\$ 7 trilhões em todo o mundo, no período de 2011-2025, afetando principalmente os países de baixa e média renda (APA, 2017, MALTA et.al, 2017).

As DCNT tornaram-se não apenas um problema de saúde, mas também um problema em outros setores da sociedade, visto que influencia na qualidade de vida, economia e custo social. Com isso, foi lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2011, um plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil até o ano de 2022 (BRASIL, 2011).

Neste plano constam estratégias que visam enfrentar e deter as DCNT, levando em conta seus determinantes psicossociais, promovendo o desenvolvimento e implementação de políticas públicas para a prevenção e controle das DCNT, e seus respectivos fatores de risco, fortalecendo os serviços de saúde para atender a essa população (BRASIL, 2011; MALTA et.al, 2015).

A avaliação da implementação de um Sistema de Vigilância de DCNT no Brasil, proposto dentro do plano de ações estratégicas, foi abordada em outro estudo publicado por

Malta e colaboradores, em 2017, onde avaliaram a implementação de ações que visam o monitoramento dos fatores de risco e morbimortalidade das DCNT, assim como os investimentos na ampliação do acesso de saúde, medicamentos e apoio diagnóstico. Neste estudo, chegou-se à conclusão de que foi possível a implementação de ações que visam o monitoramento dos fatores de risco e morbimortalidade das DCNT, assim como investimentos na ampliação do acesso aos serviços de saúde, medicamentos e apoio diagnóstico. Entretanto, devido ao sucateamento dos serviços de saúde cabe a equipe dos profissionais de saúde e pacientes darem continuidade ao seu acompanhamento (BRASIL, 2015; MALTA et.al., 2017).

Dentro desta proposta de vigilância das DCNT no Brasil, observamos cada vez mais a importância de atuar nos fatores de risco para estas doenças, trabalhando no aspecto de prevenção e promoção da saúde em conjunto com o usuário. A autopercepção de saúde pode ser uma ferramenta importante para a prevenção das DCNT. Visto que a percepção de saúde pode ser um indicador de bem-estar, esta pode ser uma ferramenta importante aos profissionais de saúde, indicando os caminhos para que estes atuem em conjunto com o usuário estimulando a promoção, prevenção e o autocuidado com as DCNT de maneira individualizada (MALTA et.al., 2017; OLIVEIRA et.al., 2017).

### 3.2 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

A autopercepção de saúde pode ser influenciada pela presença de doenças crônicas na vida dos pacientes, refletindo muitas vezes o impacto que a doença causa na vida destes usuários. Ao expressar sua percepção de saúde, os pacientes podem levar em conta fatores que o profissional de saúde não consegue captar apenas com a realização de uma anamnese ou exame físico (MORÁS et.al, 2014; ARRUDA et.al., 2015).

A percepção de saúde pode ser avaliada com uma simples pergunta: “Em geral, como o(a) Sr(a) avalia sua saúde neste momento?”, podendo mudar em pacientes com mesma faixa etária ou condições socioeconômicas, visto que reflete o pessoal de cada um (MORÁS et.al, 2014; ARRUDA et.al., 2015).

A autopercepção de saúde tem sido descrita como preditora de eventos cardiovasculares, levantando a hipótese de que a percepção de saúde seja uma possibilidade de prever e promover a saúde dos pacientes, visto que este é um parâmetro centrado no paciente, de fácil obtenção e que representa um indicador útil na saúde individual e da população (VEROMAA et.al., 2017).

Segundo dados coletados pelo sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) no ano de 2017, dos adultos de 18 anos à 65 anos ou mais 4,1% [IC95% 3,7 - 4,5] avaliaram sua percepção de saúde negativamente,

sendo que 5,1% [IC05% 4,6 - 5,7] eram mulheres e 2,9% [IC95% 2,4 - 3,4] eram homens, avaliados nas 27 cidades do Brasil (BRASIL, 2017).

Estudos descrevem a autopercepção de saúde como um preditor de autocuidado, podendo ser inserida como um indicador na avaliação de saúde. A mesma já havia sido citada na literatura por prever declínio funcional e a mortalidade, além de ser descrita como um importante indicador do impacto das doenças crônicas degenerativas. A percepção de saúde avalia também o bem-estar físico, social e mental dos pacientes (ARRUDA et.al., 2015; RODRIGUES et.al., 2018).

Um estudo em 2018 foi realizado com o objetivo de comparar as pessoas idosas maiores de 65 anos residentes na área urbana da cidade de Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso, entre diversas variáveis, como socioeconômicas, doenças autorrelatadas, saúde autopercebida, entre outras. Concluiu-se que doenças cardíacas, acidente vascular encefálico e osteoporose, são doenças que pioram a avaliação da percepção de saúde daqueles idosos avaliados (RODRIGUES et.al., 2018).

Alguns estudos apontam que conhecer a autopercepção de saúde dos idosos pode melhorar a promoção de saúde, qualidade de vida e bem estar dessa população, além de ser utilizada como um importante marcador de morbimortalidade (DRESCH et.al., 2017; ROCHA et.al., 2017).

Em 2018 outro estudo ao avaliar as características sociodemográficas e a autopercepção das condições de saúde de 106 idosos residentes na área urbana de Cuiabá - MS, observou entre seus resultados, que a Hipertensão Arterial, 29 (27,35%), Doenças Osteomusculares, 17 (16,03%) e Diabetes mellitus, 13 (12,26%) foram mais prevalentes, e ao serem questionados quanto a sua percepção de saúde 63 (59,42%) referiram possuir uma boa autopercepção de saúde (JUNIOR et.al., 2018).

A percepção de saúde pode influenciar a qualidade de vida dos pacientes, como descrito em estudos de 2017, onde encontraram associação de multimorbidade e polifarmácia à uma autopercepção de saúde ruim/muito ruim de idosos residentes em municípios de pequeno porte do norte do estado do Rio Grande do Sul, Brasil (CAVALCANTI et.al., 2017; ZANIN et.al., 2017).

Em um estudo de 2018 que tinha o objetivo de conhecer a autopercepção de saúde e a vulnerabilidade clínico-funcional de idosos, observou-se que possa existir uma relação da avaliação negativa de saúde, com variáveis humor e internação recente. O estudo sugere que estas variáveis possam estar relacionadas à perda de autonomia, declínio funcional e

prolongamento de internações. Fatores estes que influenciam na autonomia e funcionalidade dos idosos, refletindo na avaliação da percepção de saúde (RIBEIRO et.al, 2018).

A autopercepção de saúde pode ser avaliada no autocuidado em saúde dos jovens também. Ao serem questionados sobre sua saúde, os jovens em sua maioria considerou boa, podendo ser associado ao fato de que quando questionado à idosos, os mesmos podem considerar como percepção ruim o fato de ter uma longevidade menor quando comparados aos jovens (COELHO et.al., 2017).

Alguns estudos estão sendo realizados avaliando a autopercepção em pacientes que possuem uma ou mais doenças crônicas, onde estes concluem que na maioria dos casos, a percepção de saúde dos pacientes é afetada negativamente pela doença crônica (VEROMAA et.al., 2017; ZANIN et.al., 2017).

Um estudo de 2015, analisou a autopercepção de saúde relacionada a doenças cardiovasculares, e obteve como resultado um associação direta e significativa entre uma autopercepção ruim de saúde e a presença de doenças cardiovasculares. Isso só reforça a importância de incluir a avaliação da autopercepção de saúde em inquéritos populacionais para que possa ser avaliado melhor em diversos contextos (ARRUDA et.al., 2015).

Ao analisarmos as publicações sobre a autopercepção de saúde, podemos observar que cada pessoa a classifica de forma única e pessoal, caracterizando a percepção de saúde como um processo que não depende apenas da ausência ou presença de doença, mas que leva em consideração todo os aspectos sociais e comportamentais do indivíduo (SAUGO et.al., 2017).

Visto isto, a percepção de saúde dos pacientes com doenças crônicas como o diabetes pode ser uma ferramenta que o profissional de saúde utiliza para encaminhar o tratamento adequado. Conhecer os fatores que estão influenciando positivamente ou negativamente a percepção de saúde dos pacientes pode auxiliar na hora de estabelecer metas durante o tratamento ou adequar hábitos de vida (MORÁS et.al, 2014; COELHO et.al, 2017).

### 3.3 DIABETES

A diabetes é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) que vem se tornando uma preocupação para saúde pública devido ao aumento de sua prevalência e incidência. Segundo a Federação Internacional de Diabetes, no ano de 2017 estimou-se que 8,8% (intervalo de confiança (IC) de 95%: 7,2 a 11,3%) da população mundial com idade entre 20 a 79 anos convivia com a doença, totalizando cerca de 424.9 milhões de pessoas. No ano de 2040, acredita-se que esta projeção será de 9.9% (intervalo de confiança (IC) de 95% 7.5-12.7%), chegando a 628.6 milhões de pessoas convivendo com a Diabetes (IDF, 2017).

Segundo dados do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) de 2017, a prevalência de diabetes autorreferida dos adultos com 18 anos ou mais, residentes nas capitais dos estados brasileiros e distrito federal, foi de 7,6% (IC95% 7,2 - 8,1). Este resultado demonstrou uma diminuição em relação aos dados de 2016 nesta mesma população, que demonstraram uma prevalência de 8,9% (IC95% 8,5 - 9,4). No ano de 2018, dados da Vigitel mostram que a prevalência de diabetes autorreferida foi de 7,7% (IC95% 7,2 - 8,1), sendo maiores em mulheres (8,1% IC95% 7,6 - 8,7) do que entre os homens (7,1% IC95% 6,5 - 7,7), sendo que em ambos os sexos houve um aumento com a idade dos entrevistados e com a diminuição da escolaridade (HOLMAN N., YOUNG B., GADSBY R., 2015; BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

A diabetes é uma doença de causa multifatorial, caracterizada por aumento de glicose na corrente sanguínea, denominada hiperglicemia. Há uma persistência desta hiperglicemia que pode ser em função de uma deficiência na produção de insulina, em sua ação, ou em ambos os mecanismos, podendo ocasionar complicações à longo prazo. A classificação do diabetes ocorre em função de sua etiologia, não utilizando os termos anteriormente usuais, como diabetes mellitus insulino-dependente” (IDDM) e “não-insulino-dependente” (NIDDM). Atualmente classifica-se como: diabetes Tipo 1, diabetes Tipo 2 e diabetes outros tipos, onde são incluídos a Diabetes gestacional e a Diabetes tipo MODY (NEGRATO C.A., ZAJDENVERG L., JUNIOR R.M.M, 2016)

A diabetes tipo 1 é considerada uma doença autoimune, onde as células  $\beta$  pancreáticas levam a uma deficiência completa na produção de insulina. Estima-se que a diabetes tipo 1 representa de 7% a 12% dos casos de diabetes. Seu diagnóstico ocorre mais em crianças, adolescentes e adultos jovens, e subdivide-se em 2 subtipos: diabetes tipo 1A e diabetes tipo 1B ou idiopática, sendo a primeira de maior prevalência, tendo sua classificação em função da presença ou ausência laboratorial de autoanticorpos circulantes (HOLMAN N., YOUNG B., GADSBY R., 2015; NEGRATO C.A., ZAJDENVERG L., JUNIOR R.M.M, 2016 )

A diabetes tipo 2 caracteriza-se por uma etiologia complexa e multifatorial que inclui componentes genéticos, ambientais e comportamentais. Ocorre uma resistência dos tecidos periféricos à ação da insulina, aumentando a produção hepática de glicose, disfunção incretínica, aumento de lipólise e conseqüente aumento de ácidos graxos livres circulantes. Diferentemente da diabetes tipo 1, a tipo 2 não possui marcadores específicos da doença. Em pelo menos 80 a 90% dos casos, associa-se ao excesso de peso e a outros componentes da síndrome metabólica (baixo HDL, triglicérides elevados, pressão arterial alta), e estima-se que

representa cerca de 87% a 91% dos casos de diabetes (NEGRATO C.A., ZAJDENVERG L., JUNIOR R.M.M, 2016).

A diabetes tipo 2 normalmente é assintomática inicialmente, sendo descoberta na maioria das vezes com a manifestação dos sintomas clássicos poliúria (aumento da produção de urina), polidipsia (sede excessiva) e polifagia (aumento do apetite) ou através de complicações da doença. Alguns fatores de risco para o diabetes tipo 2 são: história familiar da doença, avançar da idade, obesidade, sedentarismo, diagnóstico prévio de pré-diabetes ou diabetes mellitus gestacional (DMG) e presença de componentes da síndrome metabólica, tais como HAS e dislipidemia (SBD, 2017).

Em estudos que trazem a autopercepção de pacientes com diabetes, o tipo 2 é a causa mais citada quando questionada aos pacientes, devido a suas complicações e incapacidades desenvolvidas com a evolução da doença (IDF, 2017; SBD, 2017).

Existe além dos tipos 1 e 2 de diabetes, a diabetes gestacional que geralmente encaixa-se como outros tipos de diabetes. Durante a gestação a mulher passa mudanças fisiológicas onde há um aumento na produção de hormônios hiperglicemiantes e enzimas placentárias que degradam a insulina, resultando em um aumento compensatório da produção de insulina e resistência a mesma, porém quando há um aumento excessivo da glicose, este quadro torna-se a Diabetes gestacional (ROCHA, et.al., 2018).

A diabetes traz riscos tanto para a gestante quanto para o feto e o neonato, sendo necessário o controle durante o pré natal e pós natal, muitas vezes acarretando em mudança de hábitos alimentares das gestantes e puérperas. Esta condição pode ser transitória, ocorrendo apenas durante a gestação, ou persistir após o parto, caracterizando um importante fator de risco para o desenvolvimento futuro de diabetes tipo 2 (ROCHA, et.al., 2018).

Dentro do grupo diabetes outros tipos específicos, o mais citado é o tipo MODY correspondendo apenas 1% a 2% das diabetes monogênicas. Neste tipo de diabetes o paciente apresenta um defeito primário e alteração nas células beta pancreáticas e inicialmente ela pode ser confundida com diabetes tipo 2, pois nos primeiros 2 anos os pacientes não são insulino-dependentes (ROCHA et.al., 2018).

A diabetes tipo MODY é muito subdiagnosticada pelos médicos, em função de não possuir métodos muito claros de diagnóstico. Em um estudo de 2018, eles buscaram descrever alguns dos métodos utilizado sendo o método de estudo genético molecular o mais preciso, porém com maior barreira financeira e apenas o descarte de DM tipo 1 e 2 (ROCHA et.al., 2018).

Há ainda alguns pacientes que enquadram-se no que se chama de pré-diabetes, definida como uma diminuição na tolerância de glicose pelo organismo e assintomática, sendo que na maioria das vezes este quadro se não adequadamente tratada, acaba evoluindo para diabetes tipo 2. Em uma pesquisa de 2017, foi descrito que cerca de 49% dos adultos com idade entre 20-79 anos possuem o diagnóstico de tolerância diminuída de glicose. No Brasil existem cerca de 14,6 milhões de pessoas com este diagnóstico, sendo a projeção para 2045 de 20,7 milhões de pessoas (IDF, 2017)

Ao avaliar a autopercepção de saúde, a diabetes tipo 2 é o principal tipo de diabetes citado entre os pacientes. Um estudo realizado em 2016 encontrou uma associação entre pacientes que possuíam o diagnóstico de diabetes tipo 2 e uma pior autopercepção de saúde. Este estudo ressalta a importância de avaliar a qualidade de saúde dos pacientes através da avaliação de sua percepção de saúde (FRÖHLICH; et.al., 2016).

A diabetes é uma doença crônica de difícil controle, visto que requer ao paciente uma mudança de hábitos de vida, inclusão de uso de medicamentos contínuos, prática de exercícios físicos e controle na alimentação. Os profissionais de saúde devem sempre auxiliar o paciente neste início de tratamento demonstrando a importância da realização do mesmo para um melhor prognóstico e qualidade de vida destes usuários (FRÖHLICH et.al., 2016; NCD, 2017).

#### 3.4 PESQUISA NACIONAL SOBRE ACESSO, UTILIZAÇÃO E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

No Brasil, foram realizadas alguns estudos que avaliaram o uso dos medicamentos na população, como a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), porém foi uma pesquisa limitada em relação ao levantamento dos medicamentos de uso contínuo e formas de aquisição dos mesmos, não obtendo dados mais aprofundados. Assim como na PNAD, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 obteve informações sobre medicamentos com enfoques em diabetes e hipertensão, porém ainda assim não muito detalhada (MENGUE et.al., 2016).

Discutiu-se, então, a necessidade de realizar um estudo sobre a utilização, acesso e uso racional de medicamentos em escala nacional, propondo assim uma visão melhor de como estaria ocorrendo a assistência farmacêutica, para que assim pudesse ser avaliado os investimentos realizados na área, avaliando os usuários e os serviços (ÁLVARES et.al., 2017)

Desde a organização da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004, houve um crescimento no investimento público para o desenvolvimento de programas e pesquisas no Brasil. Além das políticas públicas, programas e iniciativas, o

Ministério da Saúde vinha ampliando o investimento à Assistência Farmacêutica aumentando seu recurso de R\$ 2 bilhões em 2003 para cerca de R\$ 15 bilhões em 2015 (ÁLVARES et.al., 2017).

Os crescentes investimentos nas políticas farmacêuticas no Brasil demandam, dos gestores públicos, informações e racionalidade no planejamento voltado à implementação dessas políticas. Portanto, tornou-se imperativo obter dados mais precisos e representativos do acesso ao medicamento e de seu uso racional por parte da população (MENGUE et.al., 2016).

Reconhecendo a necessidade de produzir dados representativos e mais próximos à realidade, cresceu a necessidade de um estudo nacional de base populacional específico para identificar aspectos referentes à Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), com isso a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) investiu mais de R\$9,4 milhões para o surgimento no ano de 2009 da primeira proposta da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de medicamento (PNAUM) (MENGUE et.al., 2016).

A formulação e definição da PNAUM envolveu 11 universidades públicas estaduais e federais de diferentes regiões do País, teve seu início com a formação da equipe de pesquisadores no ano de 2009 e concretizou-se em setembro de 2013. A PNAUM, foi instituída pela Portaria 2077 de setembro de 2012 buscando atender a necessidade de conhecer aspectos específicos sobre o acesso da população, utilização e uso racional de medicamentos dentro dos objetivos do Ministério da Saúde em garantir assistência farmacêutica à população (GADELHA et.al., 2016; MENGUE et.al., 2016).

Representantes supervisores foram escolhidos e nomeados pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, e integraram o comitê gestor da PNAUM acompanhando por meio de participação em reuniões técnicas e relatórios de progresso (MENGUE et.al., 2016).

Esta pesquisa de abrangência nacional e regional, teve como objetivo avaliar a utilização de medicamentos, com a caracterização das morbidades ou condições de saúde para as quais eles são utilizados; avaliar indicadores de acesso aos medicamentos; avaliar indicadores de racionalidade de uso e caracterizar o uso e o acesso a medicamentos segundo variáveis demográficas, sociais, de estilo de vida e de morbidade (GADELHA; et.al., 2016).

A PNAUM foi organizada em dois componentes, sendo eles o 1) Componente populacional (inquérito domiciliar sobre acesso, utilização e uso racional de medicamentos) e a 2) Componente serviços (avaliação das políticas públicas de assistência farmacêutica e sua efetivação na Atenção Básica à Saúde no SUS). (MENGUE et.al., 2016).

A PNAUM serviços teve como objetivo avaliar as políticas públicas farmacêuticas na Atenção Básica do País, através dos serviços de saúde. Esta parte do desenvolvimento da pesquisa ficou com a Universidade Federal de Minas Gerais. Para o desenvolvimento da pesquisa foram consideradas como população de estudo: secretários municipais de saúde, responsáveis pela assistência farmacêutica nos municípios, dispensadores de medicamentos, médicos e usuários dos serviços de saúde, sendo que foram sorteados 120 municípios em cada região (ÁLVARES et.al., 2017).

Na PNAUM inquérito, foram mais de 43 mil moradores entrevistados em domicílios da zona urbana, nos 26 municípios da Federação do País mais o Distrito Federal. O inquérito domiciliar da PNAUM teve por objetivo avaliar a utilização de medicamentos pela população brasileira, com a caracterização das morbidades para as quais eles são utilizados, indicadores de acesso e racionalidade do uso de medicamentos segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida e de morbilidade (GADELHA et.al., 2016).

Dentro deste inquérito, a última pergunta referia-se a percepção de saúde do entrevistado no momento. Com isso, surgiu-se então o questionamento utilizado para idealizar este trabalho.

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA**

Este estudo foi desenvolvido a partir do banco de dados da PNAUM, que trata-se de uma abordagem quantitativa transversal de caráter analítico de dados de base populacional, com amostra probabilística. A PNAUM teve sua coleta de dados entre setembro de 2013 a outubro de 2014..

Para delimitar a estimativa do tamanho amostral, as informações preliminares da população foram obtidas a partir da análise dos dados de acesso aos medicamentos, publicados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) do ano de 2008, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para o estudo, foram definidos 40 domínios, baseados em 8 domínios demográficos, das cinco grandes regiões brasileiras. Tendo em vista os objetivos do estudo, os grupos demográficos foram definidos segundo faixa etária e sexo, de forma a permitir estimativas precisas para diferentes subgrupos da população. Dessa forma, alguns grupos etários foram divididos por sexo e outros não.

Com base no que consta no cadastro do IBGE houve as divisões por unidade primária de amostragem (UPA), divididas em 3 estágios: no primeiro a escolha da UPA; no segundo estágio foram utilizados dados agregados por setor censitário, segundo os dados do Censo de 2010 do IBGE; e no terceiro estágio foi relativo a domicílios, utilizando o cadastro nacional de endereços também do Censo de 2010 do IBGE, fornecido por eles para fins de pesquisa.

No sorteio do terceiro estágio, relativo a domicílios, foi usado o Cadastro Nacional de Endereços do Censo 2010 para fins de pesquisa, fornecido pelo IBGE.

Referente às amostras de endereços, foi considerado a ordem dos mesmos no arquivo, através de amostragem sistemática. Os setores sorteados que contavam com menos de 100 domicílios foram agrupados com o setor vizinho, os não atualizados e de favela tiveram seus endereços atualizados.

### **4.2 COLETA DE DADOS**

Segundo os dados publicados no Caderno 1 da PNAUM, para a coleta de dados do inquérito domiciliar, foram entrevistados indivíduos residentes nos domicílios selecionados nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do país. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário dividido por faixa etária correspondente: Crianças, Adultos ou

Idosos. Este questionário foi aplicado por entrevistadores treinados e com o auxílio de equipamentos eletrônicos (como tablets e celulares).

Levando em conta as faixas etárias selecionadas, o entrevistador identificava todos os moradores e realizava a entrevista e aplicação do questionário da faixa etária específica para aquela faixa etária (crianças, adultos ou idosos) e sexo correspondente de acordo com o sorteio realizado.

Foram coletadas variáveis referentes à caracterização social e econômica das famílias, como também informações relativas à composição familiar (nível de escolaridade; situação de emprego, ocupação e renda; e cobertura por plano de saúde). As perguntas referentes ao domicílio foram respondidas pela pessoa que primeiro atendeu ao entrevistador no domicílio, enquanto àquelas referentes aos demais blocos foram respondidas individualmente por cada um dos entrevistados.

Em relação ao acesso e uso de medicamentos, foram coletadas informações relativas a necessidades de saúde que implicam o uso de medicamentos, tais como: número e tipo de medicamentos em uso contínuo ou eventual; medicamentos prescritos ou não prescritos; local de compra ou de obtenção dos medicamentos; motivos para não utilização em caso de necessidade; grau de adesão às prescrições; e conhecimento sobre os programas de governo na área da assistência farmacêutica. Também foram investigados o acesso e o uso de medicamentos para condições crônicas, que exigem medicação de uso contínuo.

No site da PNAUM (<http://www.ufrgs.br/pnaum>) encontra-se disponível todo o questionário utilizado nas entrevistas (<http://www.ufrgs.br/pnaum/documentos/questionarios-1>), assim como o banco de dados utilizado para o desenvolvimento desta pesquisa (<http://www.ufrgs.br/pnaum/documentos/micro-dados>). A amostra total da PNAUM foi de 41.433 pessoas entrevistadas.

Para a realização deste trabalho, pegamos apenas o questionário adultos (29.797 pessoas), selecionados apenas os entrevistados com 20 ou mais anos e que possuíam o diagnóstico médico autorreferido de Diabetes, totalizando uma amostra de 2494 usuários.

Como variáveis do estudo foram avaliados as classe sociais, escolaridade, faixa etária, sexo, número de doenças crônicas, prevalência da autopercepção de saúde na população diabética. Avaliamos também a autopercepção de saúde relacionada ao número de doenças crônicas, a procura pelos serviços de saúde, as limitações relacionadas ao diabetes e prevalência de outras doenças crônicas além da diabetes. Serão apresentadas as frequências relativas de cada categoria de variável e em cruzamento com a autopercepção de saúde, sendo todos os resultados apresentados com o intervalo de confiança de 95%

Para a análise bivariada entre variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson de igualdade de proporções. Os dados foram analisados no programa IBM SPSS versão 18.0 para Windows, sendo que, para critérios de decisão estatística adotou-se o nível de significância de 5% e análise de sobreposição dos intervalos de confiança.

## **5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) foi submetida à Comissão Nacional de Ética Em Pesquisa (Conep), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 18947013.6.0000.0008, e foi aprovada mediante o parecer nº 398.131/2013, para execução em âmbito nacional.

Para os entrevistados durante o inquérito domiciliar da PNAUM foi realizada uma breve descrição sobre os objetivos e propósitos da pesquisa e como seriam realizadas as coletas de dados. As entrevistas ocorreram após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cada entrevistado ficou com um cópia do seu termo assinado, entre o período de setembro de 2013 a outubro de 2014. Os resultados desta pesquisa foram divulgados com a garantia de anonimato dos participantes.

Para a análise dos dados para este projeto, o mesmo foi submetido à aprovação do Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número 36263.

Os dados da PNAUM são dados públicos, e encontram-se disponíveis como previsto segundo a Lei de Acesso de Informação - Lei nº 12.527, de 18 de Novembro de 2011 e Decreto nº 8.777, de 11 de Maio de 2016.

## REFERÊNCIAS

- ADA. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**.40(Suppl 1):S1-131,2017. Disponível em: <[http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement\\_1.DC1/DC\\_40\\_S1\\_final.pdf](http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf)> Acesso em Setembro 2018.
- ÁLVARES J., ALVES M.C.G.P., ESCUDER M.M.L., et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. **Rev Saúde Pública.** ;51 Supl 2:4s. 2017.<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007027>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007027.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007027.pdf)>. Acesso em Agosto 2018.
- ANDRADE K.R.C., SILVA M.T., GALVÃO T.F., PEREIRA M.G.Incapacidade funcional de adultos no Brasil: prevalência e fatores associados. **Rev Saúde Pública** 49:89. 2015; DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005945. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rsp/2015.v49/89/pt>>. Acesso em Agosto 2018.
- ARRUDA G.O., SANTOS A.L., FERRAZ E.T., et.al. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**.49(1):61-68,2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361035361008>>. Acesso em Agosto 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il.Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)> Acesso em Agosto 2018.
- BRASIL. Ministério da saúde.. Componente populacional: introdução, métodos e instrumentos. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos: Ministério da Saúde, Brasília. . **Caderno 1- série PNAUM. 80p. : il.** 2016. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/componente\\_populacional\\_introducao\\_metodo\\_instrumentos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/componente_populacional_introducao_metodo_instrumentos.pdf)>. Acesso em Agosto 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. A qualidade das Informações. Saúde Brasil 2014. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde.Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Diposnível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2014\\_analise\\_situacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf)> Acesso em Agosto 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: **Secretaria de Vigilância Epidemiológica;** 2017. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2017\\_vigilancia\\_fatores\\_riscos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf)>. Acesso em: Agosto 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: **Secretaria de Vigilância Epidemiológica**; 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>>. Acesso em Julho 2019.

CAVALCANTI G., DORING M., PORTELLA M.R., et.al. Multimorbidity associated with polypharmacy and negative self-perception of health. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Oct; 20( 5 ): 634-642, 2017; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232017000500634&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000500634&lng=en).> . Acesso em Agosto 2018.

COELHO M.T.A.D., SANTOS V.P., CARMO M.B.B., et.al. Relação entre a autopercepção do estado de saúde e a automedicação entre estudantes universitários. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde.** Fev;6(1):5-13,2017. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1141/817>> Acesso em Agosto 2018.

DRESCH F.K., BARCELOS A.R.G.C., GILSON L.; et.al. Condição de saúde auto percebida e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos atendidos pela estratégia de saúde da família. **Revista Conhecimento Online** v. 2,p. 118-127. Novo Hamburgo 2017 . ISSN 2176-8501. Disponível em: <<http://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/1183/1837>>. Acesso em Agosto 2018.

FRÖHLICH C, CANUTO R, GARCEZ A da S, et.al. Self-reported type 2 diabetes Mellitus is associated with abdominal obesity and poor perception of health in shift workers. **Rev. Nutr.** Dec; 29( 6 ): 775-783.2016. . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732016000600775&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732016000600775&lng=en). Acesso em Agosto 2018.

GADELHA C.A.G., COSTA K.S., JUNIOR J.M.N., et.al. PNAUM: abordagem integradora da Assistência Farmacêutica, Ciência, Tecnologia e Inovação. **Rev. Saúde Pública.** Jul, 50( Suppl 2 ): 3s,2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102016000300306&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300306&lng=en)>. Acesso em Agosto 2018.

GASPAR G., SEUANES F., DUARTE J.S., et.al. Diagnóstico genético da diabetes tipo MODY na população portuguesa. **Boletim epidemiológico.** 2(2): 30-32,2013; Disponível em: <[http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/PublicacoesRepositorio/Documents/observacoesNEspecial2-2013\\_artigo12.pdf](http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/PublicacoesRepositorio/Documents/observacoesNEspecial2-2013_artigo12.pdf)>. Acesso em Agosto 2018.

GUARIGUATA L, WHITING D.R., HAMBLETON I, et.al. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. **Diabetes Res Clin Pract** 2014; 103(2): 137-49. Acesso em Julho 2018.

HOLMAN N., YOUNG B., GADSBY R. Current prevalence of type 1 and type 2 diabetes in adults and children in the UK. **Diabet Med** 32: 1119-20, 2015;. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/dme.12791>> Acesso em Agosto 2018.

IDF Atlas. International Diabetes Federation. 8th ed. Brussels, Belgium: **International Diabetes Federation**; 2017. Disponível em :<<https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html>>. Acesso em Agosto 2018.

ISER B.P.M., STOPA S.R., CHUEIRI P.S., et al . Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde** 24( 2 ):305-314 Jun, 2015. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S22376222015000200305&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S22376222015000200305&lng=en)>. Acesso em Julho 2018.

JUNIOR A.G.S, PEDRO J.O., OLIVEIRA M.C., et.al. Caracterização sociodemográfica e a autopercepção das condições de saúde de idosos. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 12(3):692-700, mar., 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/230161/28026>>. Acesso em Agosto 2018.

MALTA D.C., BERNAL R.T.I., LIMA M.G., et.al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev Saude Publica**. 51 Supl 1:4s 2017;. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000090.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000090.pdf). Acesso em Agosto 2018.

MALTA D.C., MOURA L., PRADO R.R., et.al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Dec 23( 4 ): 599-608.2014. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222014000400599&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000400599&lng=en)> Acesso em Setembro 2018.

MALTA D.C., SILVA M.M.A., MOURA L., et.al.. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Rev Bras Epidemiol** 20(4): 661-675. Out-Dez 2017. DOI: 10.1590/1980-5497201700040009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n4/1980-5497-rbepid-20-04-661.pdf>>. Acesso em Agosto 2018.

MALTA D.C., STOPA S.R., SZWARCWALD C.L., et.al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev.bras. epidemiol.** (Supl 2) Dez 2015.. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rbepid/2015.v18suppl2/3-16/#>>. Acesso em Agosto 2018.

MELO D.M., FALSARELLA G.R., NERI A.L. Autoavaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade em idosos ambulatoriais. **Rev Bras Geriatr Gerontol** . 17(3):471-84. 2014; Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00471.pdf>>. Acesso em Agosto 2018.

MENGUE S.S., LUIZA V.L., BOING A.C., et.al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**.vol.50(supl2):4s. 2016. Disponível em : <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt\\_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006156.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006156.pdf)>. Acesso em Agosto 2018.

MORÁS A.B., SANTOS G., KUMMER J.A., et.al.. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol. 17, núm. 1 pp. 79-86, Jan-Mar 2014,. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838834009>. Acesso em Julho 2018.

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19 1 million participants. **Rev Lancet**, pp. 37-55,389 2017. Disponível em : <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31919-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31919-5/fulltext)> .Acesso em Agosto 2018.

NEGRATO C.A., ZAJDENVERG L., JUNIOR R.M.M. Diabetes mellitus e gestação. In: Vilar L, editor. **Endocrinologia clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p.716-29, 2016.

OLIVEIRA V.S., MAIA P.C.G.G.S, SANTOS J, et.al. Análise dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: estudo com colaboradores de uma instituição privada. **Saúde (Santa Maria)**, [S.l.], p. 214-224, maio 2017. ISSN 2236-5834. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/23784>>. Acesso em Outubro 2018.

PEREIRA R.D.M., ALVIM N.A.T., PEREIRA C.D., et.al. Laser acupuncture protocol for essential systemic arterial hypertension: randomized clinical trial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**26:ed2936, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt\\_0104-1169-rlae-26-e2936.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e2936.pdf)>.. Acesso em Agosto 2018.

RIBEIRO E.G., MATOZINHOS F.P., GUIMARÃES G.L., et.al.. Self-perceived health and clinical functional vulnerability of the elderly in Belo Horizonte/Minas Gerais. **Rev Bras Enferm.** ;71(suppl 2). 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt\\_0034-7167-reben-71-s2-0860.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt_0034-7167-reben-71-s2-0860.pdf)> Acesso em Agosto 2018.

ROCHA J.P., OLIVEIRA G.G., JORGE L.B., et.al. Relação entre funcionalidade e autopercepção de saúde entre idosos jovens e longevos brasileiros. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 283-291, mai/ago 2017 - ISSN 1983-1870 - e-ISSN 2176-9206. Disponível em: <http://177.129.73.3/index.php/saudpesq/article/view/5789/3054>. Acesso em Agosto 2018.

ROCHA M.H.L., OLIVEIRA M.F., WEBER K.D.B., et.al.. Diabetes tipo MODY: Abordagem perante os desafios diagnósticos. **Rev. de Patologia do Tocantins** (1):53-

57.2018. Disponível em:

<<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/4709/13024>>. Acesso em Agosto 2018.

RODRIGUES R.A.S., TEODÓZIO M.M., ESPINOSA M.M., et.al.. Timed up and go test and self-perceived health in elderly: population-based study. **Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.** 20( 3 ): 247-257. 2018 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1980-00372018000300247&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-00372018000300247&lng=en)>. Acesso em Agosto 2018.

SAUGO K.R., MAHL A.C.. Avaliação do estresse e a autopercepção de qualidade de vida em trabalhadores da saúde. **Unoesc & Ciência - ACBS** Joaçaba, v. 8, n. 1, p.27-34, jan./jun. 2017. Disponível em:<<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/11867/pdf>>. Acesso em Agosto 2018.

SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : **Editora Clannad**, 2017. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>> Acesso em Setembro 2018.

VEJEN M., BJORNER J., BESTLE M., LINDHARDT A., JENSEN J. Self-Rated Health as a Predictor of Death after Two Years: The Importance of Physical and Mental Wellbeing Postintensive Care. **BioMed Research International**. London, <Blank>, 1-8, Aug. 21, 2017. ISSN: 2314-6133. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/bmri/2017/5192640/>>. Acesso em Agosto 2018.

VEROMAA V., KAUTIAINEN H., JUONALA M., et.al. Self-rated health as an indicator of ideal cardiovascular health among working-aged women. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**. Philadelphia, Pennsylvania, 35, 4, 322-328, Dec. 2017. ISSN: 0281-3432. Disponível em: <<http://web.b-ebsohost-com.ez45.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=f09d20a8-8004-4f06-b737-067f0ec46b%40sessionmgr104>>. Acesso em Setembro 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: < <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>> . Acesso em Maio 2019.

ZANIN C, JORGE M.G.S, KLEIN S.R., et.al. Autopercepção de saúde em idosos com hipertensão arterial sistêmica. **Rev Interdisciplinar Ciências Médicas – MG**, 1(1): 28-36 2017. Disponível em: <<http://revista.fcmmg.br/ojs/index.php/ricm/article/view/5/3>>. Acesso em Agosto 2018.

## 6 RESULTADOS - ARTIGO ORIGINAL

Segundo normas do Caderno de Saúde Pública (ANEXO B)

### **Avaliação da autopercepção de saúde de usuários com Diabetes - um estudo de base populacional.**

Mariana do Couto Soares - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Andreia Turmina Fontanella - Programa de Pós Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Luiza Gerhardt- Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Maria Luiza Paz Machado - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Ana Karina Rocha da Silva Tanaka - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

### **Resumo**

**Introdução:** A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis vem aumentando na população com o passar dos anos. Doenças crônicas como o diabetes, podem modificar a vida das pessoas em consequência das limitações causadas pelo agravamento da doença, sendo influenciada diretamente pelo sedentarismo e estilo de vida. Autopercepção de saúde reflete a percepção individual e subjetiva de cada indivíduo naquele momento de sua vida. Ela vem sendo descrita como um importante preditor de mortalidade e pode ser influenciada por diversos fatores como os fatores psicossociais, socioeconômicos, estilo de vida e a presença de doenças crônicas. **Objetivo:** Descrever os fatores associados a uma autopercepção de saúde em diabéticos de acordo com os resultados de um inquérito populacional de âmbito nacional. **Métodos:** Utilizamos os dados da Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), um inquérito populacional de abrangência nacional realizado entre setembro de 2013 a fevereiro de 2014. **Resultados:** Foi observado uma pior autopercepção de saúde nos diabéticos que: possuíam 3 ou mais DC representando 14,9%(IC95%: 12,6-17,5), do que os que apresentavam apenas 1 DC 3,7% (IC95%:1,7-7,8); Possuíam outras doenças crônicas como AVC 21,3%(IC95%:14,1-30,9), Doença articular crônica 17,8%(IC95%:13,4-23,3) e Depressão 24,0%(IC95%:18,1-31,1); Possuíam qualquer limitação em decorrência da diabetes e que procuraram o serviço de emergência 30,5 % (IC95%:21,4-41,5) e passaram por internações hospitalares 20,80% (IC95%:14,2- 29,3) nos últimos 12 meses em decorrência da Diabetes **Conclusão:** Aqueles usuários que apresentaram 3 Doenças Crônicas ou mais, outras doenças crônicas, possuíam qualquer limitação devido ao diabetes e tiveram atendimento no serviço de saúde em decorrência da doença, avaliaram pior sua autopercepção de saúde. A utilização da avaliação da autopercepção de saúde dos usuários durante as consultas com os profissionais, pode ser utilizada como uma ferramenta na estruturação do plano terapêutico direcionado. Por ser um indicador de desfechos de saúde, a autopercepção de saúde pode ser avaliada em conjunto com o contexto pessoal e individual de cada paciente, utilizando este parâmetro na melhora à adesão aos tratamentos e controle das

doenças crônicas, sendo a interdisciplinaridade durante os atendimentos uma importante chave para este processo.

**Palavras chave:** Autoimagem, Diabetes Mellitus, Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

## INTRODUÇÃO

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) englobam doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes mellitus. Elas são responsáveis por cerca de 70% das mortes no mundo, estando em crescimento nos últimos anos<sup>1</sup>. No Brasil, as DCNT têm sido responsáveis por 74% do total de mortes, sendo que as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 28%, as neoplasias por 18%, as doenças respiratórias por 6% e a diabetes por 5%<sup>2</sup>.

A Diabetes é um distúrbio metabólico que através de um conjunto de fatores, causam hiperglicemia resultante de um mau funcionamento da ação da insulina, na secreção da mesma, ou em ambas. É um grave problema de saúde pública, visto que suas complicações afetam o cotidiano de seus portadores, gerando danos sistêmicos a longo prazo e modificando o estilo de vida destes pacientes<sup>1,3,4</sup>.

No ano de 2017 estimou-se que 8,8% (intervalo de confiança (IC) de 95%: 7,2 a 11,3%) da população mundial com idade entre 20 a 79 anos conviviam com a doença, totalizando cerca de 424.9 milhões de pessoas. No ano de 2040, acredita-se que esta projeção será de 9.9% (intervalo de confiança (IC) de 95% 7.5-12.7%), chegando a 628.6 milhões de pessoas convivendo com a Diabetes<sup>5</sup>. Em 2018, a prevalência de diabetes foi de 7,7% (IC95% 7,2 - 8,1) no Brasil segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis (VIGITEL)<sup>6</sup>.

A autopercepção de saúde é uma avaliação do estado de saúde individual de cada usuário. A mesma, já tem sido descrita na literatura como uma medida válida, confiável, robusta do estado de saúde e de fácil obtenção. Ela avalia a percepção de saúde com uma simples pergunta, e reflete a forma como o usuário enxerga sua saúde naquele momento de sua vida<sup>7,8</sup>.

Estudos trazem que a percepção de saúde pode prever mortalidade, autocuidado e um declínio funcional, sendo citada como um importante indicador do impacto das doenças crônicas degenerativas, assim como um potente indicativo do bem-estar físico, social e mental dos pacientes<sup>3,9</sup>.

A autopercepção de saúde pode ser influenciada por fatores biopsicossociais, refletindo os diversos contextos nos quais os usuários encontram-se inseridos. Conhecer alguns destes

fatores, pode auxiliar o profissional de saúde na hora de direcionar o cuidado de forma mais individualizada, atingindo pontos específicos e próprios do usuário auxiliando em um tratamento de maior sucesso<sup>9</sup>.

Com o envelhecimento e aumento da longevidade da população, há o aparecimento de doenças crônicas e incapacidades funcionais derivadas das mesmas, que podem afetar as condições de saúde da população. Cada vez mais, são necessárias o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas para obter dados populacionais, avaliando as políticas públicas de saúde<sup>10</sup>.

Avaliando a importância descrita da autopercepção de saúde em pacientes com DCNT como a diabetes, vemos que a mesma pode ser uma importante ferramenta para os profissionais da saúde utilizarem durante a realização do cuidado e escolha da melhor abordagem terapêutica. Sendo assim, este estudo teve como objetivo, descrever os fatores associados a autopercepção de saúde de diabéticos de acordo com os resultados de um inquérito populacional de âmbito nacional.

## **MÉTODOS**

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), foi uma pesquisa instituída na Portaria nº 2.077, de 17 de Setembro de 2012 do Ministério da Saúde. Ela buscou avaliar e fornecer informações às políticas públicas de assistência farmacêutica no Brasil. Nela foram avaliados o acesso e uso dos medicamentos dos usuários e seus familiares, bem como suas comorbidades, investimentos na área e retorno dos investimentos realizados<sup>11</sup>.

A PNAUM foi um estudo de abordagem quantitativa transversal de caráter analítico de dados de base populacional, desenvolvida entre setembro de 2013 a outubro de 2014. Para delimitar a estimativa do tamanho amostral, as informações preliminares da população, foram obtidas a partir da análise dos dados de acesso aos medicamentos, publicados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) do ano de 2008, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A população total do estudo foi de 41.433 pessoas entrevistadas.

A PNAUM foi composta por diversos setores do Ministério da saúde, pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz e diversas Universidades Federais do País. Para sua execução, a PNAUM obteve a separação em duas grandes áreas, sendo elas: 1) Componente populacional (inquérito domiciliar sobre acesso, utilização e uso racional de medicamentos) e a 2) Componente serviços (avaliação das políticas públicas de assistência farmacêutica e sua efetivação na Atenção Básica à Saúde no SUS)<sup>12,13</sup>.

A PNAUM serviços teve como objetivo avaliar as políticas públicas farmacêuticas na Atenção Básica do País, através dos serviços de saúde. Esta parte do desenvolvimento da pesquisa ficou com a Universidade Federal de Minas Gerais. Para o desenvolvimento da pesquisa foram consideradas como população de estudo: secretários municipais de saúde, responsáveis pela assistência farmacêutica nos municípios, dispensadores de medicamentos, médicos e usuários dos serviços de saúde, sendo que foram sorteados 120 municípios em cada região<sup>14</sup>.

Na PNAUM inquérito, foram mais de 40 mil moradores entrevistados em domicílios da zona urbana, nos 26 municípios da Federação do País mais o Distrito Federal. O inquérito domiciliar da PNAUM teve por objetivo avaliar a utilização de medicamentos pela população brasileira, com a caracterização das morbidades para as quais eles são utilizados, indicadores de acesso e racionalidade do uso de medicamentos segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida e de morbidade. Dentro deste inquérito, a última pergunta referia-se a percepção de saúde do entrevistado no momento<sup>13</sup>.

No estudo de Mengue et.al. 2016<sup>13</sup>, os autores descrevem em detalhes toda a metodologia utilizada no inquérito domiciliar da PNAUM. Neste estudo é abordado o desenho utilizado no estudo, processo amostral, instrumentos elaborados para coleta de dados e a implementação no campo de coleta da PNAUM inquérito.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi realizado à análise através de uma amostra probabilística do banco de dados da PNAUM que encontra-se disponível online através do site (<http://www.ufrgs.br/pnaum>). Nesta pesquisa, foram selecionando os entrevistados adultos, capazes de se comunicar, com 20 anos ou mais e que possuíam o diagnóstico médico autorreferido de diabetes. A amostra para a realização deste trabalho totalizou 2494 entrevistados.

Como variáveis do estudo avaliamos o sexo (feminino e masculino), faixa etária (20 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 anos ou mais), escolaridade (nunca estudou, 1 a 8 anos de estudo completo e mais de 8 anos de estudo completos), regiões do Brasil (norte, nordeste, sudeste, sul e centro oeste), número de doenças crônicas (nenhuma, uma, duas e três ou mais), classe social segundo escore ABEP ( A/B, C e D/E), prevalência da autopercepção de saúde (muito ruim/ruim, regular, muito bom/bom), procura pelos serviços de saúde (acesso ao serviço de emergência e internações hospitalares nos últimos 12 meses), limitações relacionadas ao diabetes (sem limitações, poucas, moderadamente, intensamente e muito intensamente) e outras doenças crônicas além da diabetes (hipertensão, AVC, doença articular crônica e depressão). Foram apresentadas as frequências relativas de cada categoria das variáveis e em cruzamento

com a autopercepção de saúde, sendo todos os resultados apresentados com o intervalo de confiança de 95%.

Para a análise bivariada entre variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson de igualdade de proporções. Os dados foram analisados no programa IBM SPSS versão 18.0 para Windows, sendo que, para critérios de decisão estatística, adotou-se o nível de significância de 5%.

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) foi submetida à Comissão Nacional de Ética Em Pesquisa (Conep), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 18947013.6.0000.0008, e foi aprovada mediante o parecer nº 398.131/2013, para execução em âmbito nacional.

Para os entrevistados, durante o inquérito domiciliar da PNAUM, foi realizada uma breve descrição sobre os objetivos e propósitos da pesquisa e como seriam realizadas as coletas de dados. As entrevistas foram realizadas entre o período de setembro de 2013 a outubro de 2014 e ocorreram após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cada entrevistado ficou com um cópia do seu termo assinado. Os resultados desta pesquisa foram divulgados com a garantia de anonimato dos participantes, e encontram-se disponíveis gratuitamente.

Os dados da PNAUM são dados públicos, e encontram-se disponíveis de acordo com o previsto segundo a Lei de Acesso de Informação - Lei nº 12.527, de 18 de Novembro de 2011 e Decreto nº 8.777, de 11 de Maio de 2016.

## **RESULTADOS**

Na tabela 1 são descritas as características da população total do estudo da amostra selecionada do banco de dados. A prevalência de diabetes na população do estudo foi de 6,8% (IC95% 6,4-7,2), sendo que a maioria da população eram do sexo feminino (53,8%), e destas 7,7% (IC95% 7,2-8,3) se autodeclararam com diabetes. Na população masculina (46,2%), 5,3% (IC95% 4,8-5,9) eram diabéticos autodeclarados. Ao avaliar a faixa etária da população do estudo 45,7% possuíam de 20 a 39 anos, 36,2% de 40 a 59 anos e 18,1% eram maiores de 60 anos. Já a população com diabetes autorreferido, 1,1% (IC95% 0,9-1,4) possuíam de 20 a 39 anos, 7,4% (IC95% 6,8-8,1) tinham entre 40 e 59 anos e 18,9% (IC95% 17,8-20) eram maiores de 60 anos.

Quanto à análise da escolaridade, observou-se que 13,9% do total dos usuários nunca haviam estudado, e destes, 6,6% (IC95% 5,7-7,7) possuíam o diagnóstico de diabetes autorreferido. Daqueles que referiram escolaridade de 1 a 8 anos (43,4%), 6,4% (5,9-7)

possuíam o diagnóstico autorreferido de diabetes, sendo que aqueles usuários que possuíam mais de 8 anos de estudo (42,1%), 6,8% (IC95% 6,1-7,5) possuíam o diagnóstico autorreferido de diabetes.

Ao avaliar por regiões do Brasil, o sudeste aparece em primeiro lugar representando 47,7% do total dos usuários, sendo 7,4% (IC95% 6,6-8,2) desta população com diabetes, seguido pelo nordeste (23,1%), sendo que 5,6% (IC95% 5-6,2) destes possuíam diagnóstico de diabetes. No sul (14,7%), sendo destes 6,8% (IC95% 6,1-7,5) com diagnóstico de diabetes. O centro-oeste totalizou 7,8% dos usuários, e destes, 6,5 (IC95% ,8-7,3) eram portadores de diabetes, e o norte aparece como último lugar representando 6,7% do total de usuários da pesquisa, sendo 4,3% (IC95% 3,7-4,9) destes portadores de diabetes.

Ao utilizar a classificação do Escore da ABEP para classes econômicas foram divididas em 3 categorias, sendo elas: classe A/B com maior renda tendo a representação de 24,3% do total dos usuários, destes 6,5% (IC95% 5,8-7,3) possuíam o diagnóstico autorreferido de diabetes; Classe C, intermediária, representando 55,1% do total dos usuários, e destes 6,6% (IC95% 6,1-7,7) possuíam diagnóstico autorreferido de diabetes; Classe D/E representando 20,5% do total de usuários, sendo 6,8% (IC95% 6,1-7,7) destes portadores de diabetes.

Foi avaliado o número de doenças crônicas (DC) que os usuários possuíam. Cerca de 61% deles responderam que não possuíam nenhuma doença crônica, 20,1% responderam que possuíam apenas 1 DC, e destes 5,2% (4,5-6) possuíam o diagnóstico autorreferido de diabetes; 9,8% responderam que possuíam 2 DC sendo que 20,2% (18,4-22,2) tinham o diagnóstico autorreferido de diabetes e 9,1% disseram ter 3 DC ou mais, sendo que 39,6% (36,9-42,3) tinham diabetes.

Na avaliação da autopercepção de saúde dos usuários, foi utilizado como base a última pergunta do questionário (ANEXO 1) “Em geral, como o(a) Sr(a) avalia sua saúde?”. Para análise foi dividido em 3 categorias, sendo elas: Muito boa/boa representado por 47,6% do total de usuários, 3,7% (IC95% 3,4-4,1) destes possuíam o diagnóstico autorreferido de diabetes; Regular representando 22,1% do total de usuários, sendo 14% (IC95% 12,8-15,2) diabéticos; Muito ruim/ruim representando apenas 3,4% do total dos usuários, 21,6% (IC95% 18,9-24,6) destes eram diabéticos.

Tabela 1 - Caracterização da população estudada

Caracterização da amostra	Total	Com DM	
	%	%	IC 95%
<b>Sexo</b>	p <0,001		
Feminino	53.8	7.7	[7,2 - 8,3]
Masculino	46.2	5.3	[4,8 - 5,9]
<b>Faixa etária</b>	p <0,001		
20 – 39 anos	45.7	1.1	[0,9 – 1,4]
40 – 59 anos	36.2	7.4	[6,8 – 8,1]
> 60 anos	18.1	18.9	[17,8 – 20,0]
<b>Escolaridade</b>	p <0,677		
Nunca estudou	13.9	6.6	[5,7 – 7,7]
1 a 8 anos de estudo	43.4	6.4	[5,9 – 7,0]
Mais de 8 anos de estudo	42.1	6.8	[6,1 – 7,5]
<b>Regiões do Brasil</b>	p <0,001		
Norte	6.7	4.3	[3,7 – 4,9]
Nordeste	23.1	5.6	[5,0 – 6,2]
Sudeste	47.7	7.4	[6,6 – 8,2]
Sul	14.7	6.8	[6,1 – 7,5]
Centro – Oeste	7.8	6.5	[5,8 – 7,3]

<b>Doenças Crônicas</b>	<b>p &lt;0,001</b>		
<b>Nenhuma</b>	<b>61</b>		
<b>1</b>	<b>20.1</b>	<b>5.2</b>	<b>[4,5 – 6,0]</b>
<b>2</b>	<b>9.8</b>	<b>20.2</b>	<b>[18,4 – 22,2]</b>
<b>3 ou mais</b>	<b>9.1</b>	<b>39.6</b>	<b>[36,9 – 42,3]</b>
<b>Escore ABEP (renda)</b>	<b>p &lt;0,812</b>		
<b>A/B</b>	<b>24.3</b>	<b>6.5</b>	<b>[5,8 – 7,3]</b>
<b>C</b>	<b>55.1</b>	<b>6.6</b>	<b>[6,1 – 7,7]</b>
<b>D/E</b>	<b>20.5</b>	<b>6.8</b>	<b>[6,1 – 7,7 ]</b>
<b>Autopercepção em saúde</b>	<b>p &lt;0,001</b>		
<b>Muito bom / bom</b>	<b>47.6</b>	<b>3.7</b>	<b>[3,4 – 4,1]</b>
<b>Regular</b>	<b>22.1</b>	<b>14</b>	<b>[12,8 – 15,2]</b>
<b>Ruim/ Muito Ruim</b>	<b>3.4</b>	<b>21.6</b>	<b>[18,9 – 24,6]</b>

Para avaliação dos fatores que influenciavam na autopercepção de saúde dos usuários, foi selecionado apenas os adultos maiores de 20 anos, capazes de se comunicar e que tenham autodeclarado o diagnóstico médico de diabetes.

Na tabela 2 avaliamos o número de doenças crônicas associado à autopercepção de saúde. Usuários que referiram possuir apenas 1 Doença Crônica(DC) 64,80% (IC95% 57,9-71,1) destes avaliaram sua autopercepção de saúde como Muito boa/boa, 31,5% (IC95% 25,4-38,2) avaliaram sua autopercepção de saúde como Regular e 3,7% (IC95% 1,7-7,8)avaliaram sua autopercepção como Muito ruim/ruim. Aqueles que referiram ter 2 DC, 47,7% (IC95% 42,7-52,8) destes relataram ter uma avaliação Muito bom/bom de sua autopercepção de saúde, 44,5% (IC95% 39,7-49,5) relataram ter uma avaliação Regular de sua autopercepção e 7,8% (IC95% 5,6-10,8) relataram ter uma avaliação Muito ruim/ruim de sua autopercepção de

saúde. Já aqueles que referiram possuir 3 ou mais DC, destes 32,7% (IC95% 29,3-36,3) avaliaram ter uma Muito bom/bom autopercepção, enquanto que 52,5% IC95% (49-55,9) relataram ter uma autopercepção Regular de sua saúde e, 14,9% (IC95% 12,6-17,5) relataram uma autopercepção Muito ruim/ruim.

**Tabela 2 - Associação da autopercepção de saúde com número de doenças crônicas.**

Doenças Crônicas	Autopercepção de saúde					
	p <0,001					
	Muito bom/bom		Regular		Muito ruim/ruim	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
1 DC	64.80%	[57,9-71,1]	31.50%	[25,4-38,2]	3.70%	[1,7-7,8]
2 DC	47.70%	[42,7-52,8]	44.50%	[39,7-49,5]	7.80%	[5,6-10,8]
3 ou + DC	32.70%	[29,3-36,3]	52.50%	[49-55,9]	14.90%	[12,6-17,5]

Para avaliar quais seriam as outras doenças crônicas que os usuários possuíam, além do diabetes, foi realizado a associação separadamente destas outras doenças com a autopercepção de saúde. Na tabela 3, ao avaliarmos a Hipertensão 38,1% (IC95% 35-41,4) dos usuários que possuem esta doença além do diabetes, relataram uma avaliação Muito bom/bom de sua saúde, enquanto que. 49,% (IC95% 46,8-53,1) destes usuários relataram uma percepção Regular de sua saúde e apenas 12% disseram possuir uma avaliação Muito ruim/ruim de sua saúde. Aqueles usuários que não possuíam o diagnóstico de hipertensão 53,2% (IC95% 47,6-58,6) relataram ter uma percepção Muito boa/boa de sua saúde, 38,4% (IC95% 33,3-43,9) uma autopercepção Regular e 8,4% (IC95% 5,8-11,9) uma autopercepção Muito ruim/ruim de sua saúde.

Na avaliação dos usuários que possuíam AVC 27,6% (IC95% 19,4-37,6) relataram uma percepção Muito bom/bom, 51,1% (IC95% 40,8-61,3) Regular e 21,3% (IC95% 14,1-30,9) Muito ruim/ruim. Dos usuários que não possuíam o diagnóstico de AVC 43,4% (IC95% 40,4-46,4) relataram uma percepção Muito boa/boa, 46,4% (IC95% 43,7-49,2) Regular e 10,2% (IC95% 8,6-12) referiram uma percepção Muito ruim/ruim.

Ao avaliar os usuários que possuíam doença articular crônica 29,3% (IC95% 23,9-35,5) referiram uma percepção Muito bom/bom, 52,9% (IC95% 46,8-58,8) Regular e 17,8% relataram uma percepção Muito ruim/ruim. Daqueles que referiram não ter o diagnóstico de doença articular crônica 45% (IC95% 41,8-48,2) relataram percepção Muito bom/bom, 45,5% (4 IC95% 2,4-48,6) Regular e 9,50% (IC95% 8-11,4) Muito ruim/ruim.

Na avaliação dos usuários que possuíam diagnóstico de depressão 29% (IC95% 22,2-37) avaliaram sua percepção como Muito boa/boa, 46,9% (IC95% 40-54) Regular e 24% (IC95% 18,1-31,1) Muito ruim/ruim. Aqueles que não possuíam depressão 43,9% (IC95% 40,9-47,1) avaliaram percepção como Muito boa/boa, 46,8% (IC95% 43,8-49,7) Regular e 9,3% (IC95% 7,8-11) como Muito ruim/ruim.

**Tabela 3 - Associação da autopercepção de saúde com outras doenças crônicas.**

Outras Doenças Crônicas	Autopercepção de saúde					
	Muito bom/bom		Regular		Muito ruim/ruim	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
<b>Hipertensão</b>	<b>p &lt;0,001</b>					
Sim	38.10%	[35-41,4]	49.90%	[46,8-53,1]	12%	[10,3-13,9]
Não	53.2%	[47,6-58,6]	38.40%	[33,3-43,9]	8.40%	[5,8-11,9]
<b>AVC</b>	<b>p &lt;0,001</b>					
Sim	27.60%	[19,4-37,6]	51.10%	[40,8-61,3]	21.30%	[14,1-30,9]
Não	43.40%	[40,4-46,4]	46.40%	[43,7-49,2]	10.20%	[8,6-12]
<b>Doença articular crônica</b>	<b>p &lt;0,001</b>					
Sim	29.30%	[23,9-35,5]	52.90%	[46,8-58,8]	17.80%	[13,4-23,3]
Não	45.00%	[41,8-48,2]	45.50%	[42,4-48,6]	9.50%	[8-11,4]

Depressão	p <0,001					
	Sim	29.00%	[22,2-37]	46.90%	[40-54]	24.00%
Não	43.90%	[40,9-47,1]	46.80%	[43,8-49,7]	9.30%	[7,8-11]

Na tabela 4, foi avaliada as limitações causadas pela Diabetes associadas a autopercepção de saúde, observamos que cerca de 49,7% (IC95% 46,1-52,3) não possuíam limitações e avaliaram sua autopercepção como muito boa/boa, 44,1% (IC95% 40,7-47,6) usuários sem limitações avaliaram sua autopercepção como regular e 6,2% (IC95% 4,8-8,0) avaliou como muito ruim/ruim. Já aqueles usuários que possuíam poucas limitações 31,5% (IC95% 25,5-38,3) relataram uma autopercepção muito boa/boa, 52,3% (IC95% 45,8-58,8) regular e 16,2% (IC95% 12,6-20,4) muito ruim/ruim. Daqueles usuários que possuíam limitações moderadamente 23,6% (IC95% 17,5-31,1) relataram autopercepção muito boa/boa, 54,4% (IC95% 38,3-62,6) regular e 22,0% (IC95% 15,8-29,8) muito ruim/ruim. Ao avaliar usuários que possuíam limitações intensas, 12,6% (IC95% 6,5-23,2) avaliaram uma autopercepção muito boa/boa, 50,5% (IC95% 38,2-62,6) regular e 36,8% (IC95% 26,4-48,7). Já aqueles que possuíam limitações muito intensas, 22,0% (IC95% 9,9-42,0) relataram autopercepção muito boa/boa, 46,8% (IC95% 27,5-67,1) regular e 31,2% (IC95% 17,0-50,1) muito ruim/ruim.

**Tabela 4 - Associação da autopercepção de saúde com limitações causadas pela Diabetes.**

Limitação DM	Autopercepção de saúde					
	p<0,001					
	Muito bom/bom		Regular		Muito ruim/ruim	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Sem limitações	49.7%	[46,1-53,3]	44.1%	[40,7-47,6]	6.2%	[4,8-8,0]
Poucas	31.5%	[25,5-38,3]	52.3%	[45,8-58,8]	16.2%	[12,6-20,4]
Moderadamente	23.6%	[17,5-31,1]	54.4%	[45,9-62,6]	22.0%	[15,8-29,8]

<b>Intensamente</b>	<b>12.6%</b>	<b>[6,5-23,2]</b>	<b>50.5%</b>	<b>[38,3-62,6]</b>	<b>36.8%</b>	<b>[26,4-48,7]</b>
<b>Muito intensamente</b>	<b>22.0%</b>	<b>[9,9-42]</b>	<b>46.8%</b>	<b>[27,5-67,1]</b>	<b>31.2%</b>	<b>[17,0-50,1]</b>

Na tabela 5 observamos a procura pelos serviços de saúde, avaliados pelo atendimento em emergência e hospitalar nos últimos 12 meses. Aqueles usuários que procuraram o serviço de emergência, 32,7% (27,4-38,5) relataram uma autopercepção muito boa/boa, 49,20% (43,3-55,1) regular e 18,10% (14,5-22,4) muito ruim/ruim. Já aqueles usuários que não passaram por este atendimento, 45,80% (42,6-49,0) relataram uma autopercepção muito boa/boa, 45,90% (42,9-48,9) regular e 8,30% (6,7-10,2) muito ruim/ruim.

Na avaliação dos usuários que procuraram atendimento hospitalar 31,60% (IC95% 24,9-39,1) relataram uma autopercepção muito boa/boa, 49,50% (IC95% 42,1-56,8) regular e 19,0% (IC95% 14,4-24,5) muito ruim/ruim. Entre os usuários que não procuraram este serviço, 44,10% (IC95% 41,1-47,1) relataram uma autopercepção muito boa/bom, 46,30% (IC95% 43,5-49,2) regular e 9,60% muito ruim/ruim.

Na avaliação da associação da procura pelos serviços de saúde nos últimos 12 meses por motivos relacionados ao Diabetes, os usuários que procuraram o serviço de emergência por outros motivos avaliaram sua autopercepção como muito bom/bom 42,60% (IC95% 39,7-45,7), regular 47,40% (IC95% 44,7-50,2) e muito ruim/ruim 9,90% (IC95% 8,4-11,7). Aqueles usuários que procuraram os serviços de emergências devido à diabetes 34,90% (IC95% 25,2-46,2) avaliaram sua autopercepção como muito bom/bom, 34,60% (IC95% 25,3-45,2) como regular e 30,50% (IC95% 21,4-41,5) como muito ruim/ruim.

Na avaliação dos usuários que passaram por internações hospitalares por outros motivos, 43,10% (IC95% 40,2-46,1) avaliaram sua autopercepção de saúde como muito bom/bom, 46,50% (IC95% 43,8-49,3) como regular e 10,30% (IC95% 8,7-11,8) como muito ruim/ruim. Já aqueles usuários que passaram por internações devido a Diabetes, 29,20% (IC95% 20,1-40,3) avaliaram sua autopercepção como muito bom/bom, 50% (IC95% 40,2-59,9) como regular e 20,8% (IC95% 14,2-26,8) como muito ruim/ruim.

**Tabela 5 - Associação da autopercepção de saúde com a procura pelo serviço de saúde e motivos da procura pelos serviços de saúde**

Serviços de saúde	Autopercepção de saúde					
	p <0,001					
	Muito bom/bom		Regular		Muito ruim/ruim	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
<b>Atendimento Emergência</b>						
Sim	32.70%	[27,4-38,5]	49.20%	[43,3-55,1]	18.10%	[14,5-22,4]
Não	45.80%	[42,6-49]	45.90%	[42,9-48,9]	8.30%	[6,7-10,2]
<b>Atendimento Hospitalar</b>						
Sim	31.60%	[24,9-39,1]	49.50%	[42,1-56,8]	19.00%	[14,4-24,5]
Não	44.10%	[41,1-47,1]	46.30%	[43,5-49,2]	9.60%	[8-11,4]
<b>Motivo da procura do serviço de saúde</b>						
Procura pelo Diabetes - emergências	34,90%	[25,2-46,2]	34,60%	[25,3-45,2]	30,50%	[21,4-41,5]
Procura por outros motivos - emergências	42,60%	[39,7-45,7]	47,40%	[44,7-50,2]	9,90%	[8,4-11,7]
Procura pelo Diabetes – internações	29,20%	[20,1-40,3]	50,00%	[40,2-59,9]	20,80%	[14,2-29,3]
Procura por outros motivos - Internações	43,10%	[40,2-46,1]	46,50%	[43,8-49,3]	10,30%	[8,7-11,8]

## DISCUSSÃO

A prevalência de diabetes encontrada na população deste estudo foi de 6,8% (IC95% 6,4-7,2) sendo identificada a maior prevalência entre as mulheres 7,7% (IC95%:7,2-8,3), do que nos homens 5,3% (IC95%:4,8-5,9). Este resultado foi semelhante ao apontado pelos dados da Pesquisa Nacional de Saúde em 2013, na qual cerca de 6,2% da população referiu o diagnóstico de diabetes<sup>15</sup>

A maioria dos entrevistados eram do sexo feminino representando 53,8%, destas, 7,7% (IC95%:7,2-8,3) possuíam diabetes. No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua do Primeiro Trimestre de 2019, a maioria da população brasileira acima dos 14 anos era feminina<sup>16</sup>. Em outros estudos, as mulheres também aparecem como maioria<sup>17,18</sup>. Esta diferença de gênero, demonstra a constante necessidade de implementar políticas públicas direcionadas, contribuindo assim para a redução das diferenças no acesso aos serviços de saúde.

A maioria da população com o diagnóstico de diabetes estavam na faixa etária maior de 60 anos (18,9% (IC95%:17,8-20)), eram da região Sudeste (7,4% (IC95% 6,6-8,2)), possuíam 3 doenças crônicas ou mais (39,6% (IC95%:36,9-42,3)), e relataram ter uma pior autopercepção de saúde (21,6% (IC95%:18,9-24,6)). A população idosa (> 60 anos), vem crescendo cada vez mais no Brasil. Em 2015, segundo IBGE a população idosa brasileira representava 14,3%, sendo que a projeção para 2060 é de que esta população aumente para 25,5%. Em 2018, a população de idosos era de 31.981 mil brasileiros, representando 15,4% da população total<sup>16</sup>.

Estes dados demonstram que a população brasileira se tornará uma população envelhecida, que possuirá maiores demandas de saúde, muitas vezes relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis, como a diabetes, evidenciando a importância de trabalhar a prevenção e promoção de saúde, oportunizando uma melhor qualidade de vida e autonomia para esta população. Dados como estes auxiliam no desenvolvimento de políticas públicas mais direcionadas, preparando os serviços de saúde para atenderem a esta demanda, trabalhando na desmistificação de que doenças crônicas devem fazer parte do envelhecimento, mostrando a importância de trabalhar a prevenção, promoção e educação em saúde<sup>17</sup>.

Ao avaliar a pior autopercepção de saúde associada com o número de doenças crônicas (DC), 14,9% (IC95%:12,6-17,5) referiram 3 DC ou mais, enquanto que 3,70% (IC95%:1,7-7,8) referiram ter 1 DC. Outras doenças crônicas como AVC, Doença articular crônica e Depressão influenciaram negativamente na autopercepção de saúde quando comparados aos usuários que não possuíam estas doenças, representando 21,3% (IC95%:14,1-30,9), 17,80% (IC95%:13,4-23,3) e 24% (IC95%:18,1-31,1) respectivamente. Doenças como diabetes, AVC, depressão e doença articular crônica vem sendo citadas como causadoras de limitações nas atividades diárias dos pacientes, influenciando na autonomia e autopercepção de saúde, sendo que aquelas que causam deficiências funcionais causam maior impacto na percepção de saúde<sup>10,19</sup>

Ao observar os resultados referente às doenças crônicas mais prevalentes, a presença de depressão mostrou-se capaz de influenciar na percepção de saúde dos usuários. Tendo em vista que a autopercepção de saúde é uma medida subjetiva, doenças mentais como a depressão

afetam a concepção pessoal de cada paciente, influenciando no modo em que ele avalia e enxerga sua saúde. Um estudo de Chiu et.al.<sup>20</sup>, descreveu que a avaliação da autopercepção de saúde junto com outros fatores como limitações causadas pelas doenças, influenciam na manifestação de sintomas relacionados ao quadro de depressão. Isto nos faz pensar que, se avaliarmos a percepção de saúde conseguiremos atuar na prevenção da saúde daquele indivíduo, atuando antes do aparecimento dos sinais e sintomas da doença, conseguindo prevenir a piora do quadro clínico do mesmo, atuando em conjunto com o paciente para a prevenção e promoção da saúde.

Quando avaliamos não apenas a presença de doenças crônicas, mas também sua frequência, elas pareceram influenciar negativamente na avaliação da autopercepção de saúde, resultados semelhantes já haviam sido descritos anteriormente<sup>21,22</sup>. O envelhecimento da população pode acarretar em um aumento no aparecimento de DCNT. A multimorbidade apresenta-se quando os indivíduos possuem mais de um problema de saúde em diferentes sistemas do organismo, como hipertensão, diabetes e problemas cardiovasculares. É uma condição de saúde que vem crescendo sua manifestação ao longo dos anos, e acomete mais os idosos.<sup>23</sup> A presença deste fator, aumenta o risco de mortalidade, modifica estilos de vida e provoca um impacto na saúde destes indivíduos, influenciando sua percepção de saúde em função de fatores sociais, físicos e mentais que são afetados, estando associados a uma avaliação negativa da autopercepção de saúde<sup>24,25</sup>. Com o envelhecimento progressivo da população, devemos levar em consideração fatores como multimorbidade para realizarmos intervenções de saúde que possam auxiliar a população, utilizando a avaliação da autopercepção de saúde como um guia para promover um melhor tratamento, direcionando o cuidado.

Neste estudo, fatores como as limitações em decorrência da diabetes, em qualquer nível, mostrou-se capaz de influenciar também negativamente a autopercepção de saúde, assim como aqueles que procuraram o serviço de emergência 30,5% (IC95%:21,4-41,5) e passaram por internações hospitalares 20,80% (IC95%:14,2- 29,3) nos últimos 12 meses em decorrência da Diabetes. Achados estes que corroboram com outros estudos onde descrevem pacientes que possuem doenças crônicas como a diabetes, acabam por acessar mais os serviços de saúde, fato este, que acaba por influenciar na forma em que os indivíduos percebem sua saúde<sup>26,27</sup>.

Observamos neste estudo, que os diabéticos acometidos por multimorbidades possuem limitações e dependem muito dos serviços de saúde, possuindo assim uma tendência à avaliar negativamente sua percepção de saúde. Tendo em vista este quadro, pacientes que possuem modificações significativas em suas vidas devido às doenças, possuem uma qualidade de vida menor e uma conseqüente autopercepção negativa de saúde<sup>26,28</sup>.

Conviver com doenças crônicas como a diabetes pode trazer aos usuários manifestações de descompensação da doença, levando a procura pelos serviços de saúde, seja na emergência em casos agudos ou em internações hospitalares nos casos crônicos ou em que o controle dos sintomas se faz necessário. Pacientes que passam por atendimentos sucessivos nestes serviços no período de 12 meses, obtiveram uma pior avaliação da percepção de saúde. Alguns estudos já descrevem que utilizar a avaliação da autopercepção de saúde pode prever as hospitalizações e a procura por serviços especializados dos usuários<sup>27,29</sup>.

A autopercepção de saúde faz parte de um conjunto de avaliações e relato da saúde individual de cada usuário. Nela são incluídas a avaliação dos sintomas da doença, habilidades funcionais e status de saúde. Sua avaliação pode auxiliar no diagnóstico e tratamento de uma doença, ajudando a esclarecer fatores subjetivos que ajudam a compreender as necessidades de cada paciente, contribuindo para uma intervenção mais direcionada e assertiva, auxiliando na avaliação terapêutica em conjunto com outros dados objetivos como, os diagnósticos de imagem e laboratoriais, já vem sendo descrito na literatura<sup>30,31</sup>.

Estudos que trazem dados populacionais referentes a DCNT, como a diabetes mostram-se cada vez mais necessários em decorrência de sua crescente demanda. O envelhecimento da população, aumento da expectativa de vida, assim como aumento do número de doenças crônicas corroboram para a criação de políticas públicas que consigam atender a esta população, melhorando os serviços de saúde no país.

## **CONCLUSÃO**

A autopercepção de saúde mostrou-se influenciada pela presença de três ou mais doenças crônicas, assim como pela presença de outras doenças crônicas além da diabetes. A procura pelos serviços de saúde em decorrência da doença nos últimos 12 meses e as limitações que a diabetes pode causar, também aparecem nos relatos dos usuários diabéticos que avaliaram pior sua saúde.

Na literatura, a autopercepção de saúde já havia sido descrita como um importante prognosticador de mortalidade e sugerida como preditora de consultas especializadas e hospitalizações. Neste estudo sugerimos ainda, que a autopercepção de saúde possa prever piora no desfecho de saúde dos pacientes, sendo um fator que auxilia na previsão de procura pelos serviços de saúde, possibilitando uma contabilização de possíveis atendimentos em consultas e hospitalizações.

Sugerimos também, a hipótese de que a autopercepção de saúde possa ser incluída na avaliação geral do usuário durante as consultas com os profissionais da saúde, como nas

consultas médicas e de enfermagem. Com isso, ao adicionamos à percepção individual do usuário sobre sua saúde, doença e terapêutica, conseguiremos auxiliar nos atendimentos e nos cuidados prestados. Gradualmente, os profissionais de saúde trabalham para oferecer ao usuário maior autonomia e conhecimento sobre seu estado de saúde, sendo a autopercepção de saúde um importante parâmetro que pode auxiliar cada vez mais neste processo.

Neste estudo, mostramos a importância da autopercepção de saúde no contexto de doentes crônicos, relatando os fatores que contribuem para uma pior avaliação de saúde, e de que forma podemos inseri-la na consulta de enfermagem prestada aos usuários. Avaliar a percepção de saúde, pode se tornar uma forma de contemplar o usuário como um todo, auxiliando em uma melhor assistência ao cuidado prestado.

Progressivamente, estamos utilizando a troca de experiências e conhecimentos das diferentes áreas da saúde nos atendimentos aos pacientes. A inclusão da interdisciplinaridade nos atendimentos, possibilita isto, preservando a autonomia e integridade de cada método de tratamento das diferentes áreas da saúde. contemplando todas as demandas trazidas pelos usuários.

A autopercepção de saúde contribui para a promoção e prevenção da saúde, e pareceu prever as hospitalizações em decorrência de complicações da doença, neste caso a diabetes. Este parâmetro pode ser utilizado pelos profissionais de saúde, visando melhorar a adesão aos tratamentos e controle da doenças crônicas, sendo um importante fator na avaliação dos usuários durante suas consultas de saúde.

Em relação às limitações encontradas no estudo, podemos destacar o tipo de estudo escolhido para o desenvolvimento da pesquisa, como um estudo transversal ele nos possibilitou apenas um recorte momentâneo da população, sem um acompanhamento durante um período de tempo. Outra importante limitação que podemos elencar, foi que por tratar-se de um inquérito populacional com questões fechadas, os entrevistadores não tiveram a oportunidade de registrar outros detalhes importantes sobre os entrevistados.

Estudos que avaliam a autopercepção de saúde, são cada vez mais necessários para a inserção deste parâmetro na avaliação do cuidado, contribuindo para um aperfeiçoamento dos profissionais da saúde. Utilizar este parâmetro durante a avaliação do paciente, pode auxiliar na interdisciplinaridade do cuidado, possibilitando uma transição de cuidado mais completa. Trabalhar com a autopercepção do paciente, permite que ele exponha seu ponto de vista, corroborando para a elaboração de um plano terapêutico direcionado e humanizado.

## REFERÊNCIAS

- 1 ADA. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care.40(Suppl 1):S1-131,2017.
- 2 WHO NCD. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2018. Geneva: World Health Organization, 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.ISBN 978-92-4-151462-0. Pág. 51 Brazil.
- 3 Arruda G.O., Santos A.L., Ferraz E.T., Mantelo H.P.C., Trindade C.A.R., Silva S.M. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. Revista da Escola de Enfermagem da USP,2015.49(1):61-68.
- 4 Guariguata L, Whiting D.R., Hambleton I, Beagley J, Linnekamp U, Shaw J.E. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. Diabetes Res Clin Pract 2014; 103(2): 137-49. Acesso em Jul de 2018.
- 5 IDF Atlas. International Diabetes Federation, 8th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2017.
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Secretaria de Vigilância Epidemiológica, 2018.
- 7 Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva. 2016 nov.; 2(11):3377-3386.
- 8 Agostinho M, Oliveira M, Pinto M, Balardin G, Harzheim E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2010 mar.; 5(17):9-15
- 9 Vejdem M., Bjorner J., Bestle M., Lindhardt A., Jensen J. Self-Rated Health as a Predictor of Death after Two Years: The Importance of Physical and Mental Wellbeing Postintensive Care. BioMed Research International. London, <Blank>, 1-8, Aug. 21, 2017. ISSN: 2314-6133
- 10 Rodrigues R.A.S., Teodózio M.M., Espinosa M.M., Fett W.C.R., Melo C.D., Fett C.A. Timed up and go test and self-perceived health in elderly: population-based study. Rev. bras. cineantropom. desempenho hum. 20( 3 ): 247-257. 2018 .
- 11 BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Componente populacional: introdução, métodos e instrumentos. : Ministério da Saúde, Brasília. . Caderno 1- série PNAUM. 80p. : il. 2016.
- 12 Gadelha C.A.G., Costa K.S., Junior J.M.N., Soeiro O.M., Mengue S.S, Motta M.L., et.al. PNAUM: abordagem integradora da Assistência Farmacêutica, Ciência, Tecnologia e Inovação. Rev. Saúde Pública. Jul, 50( Suppl 2 ): 3s,2016.

13 Mengue S.S, Bertoldi A.D, Boing A.C, Tavares N.U.L, Pizzol T.S.D, Oliveira M.A, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. Rev Saúde Pública. 2016;50(supl2):4.

14 Álvares J., Alves M.C.G.P., Escuder M.M.L., Almeida A.M., Izidoro J.B., Junior A.A.G., et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. Rev Saúde Pública. 2017;51 Supl 2:4s.

15 Iser B.P.M., Stopa S.R., Chueiri P.S., Szwarcwald C.L., Malta D.C., Monteiro H.O da Cruz et al . Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Epidemiol. Serv. Saúde 2015; 24( 2 ): 305-314..

16 IBGE. PNAD contínua trimestral. Indicadores IBGE : Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, Primeiro trimestre 2019. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE - Coordenação de Trabalho e Rendimento.Rio de Janeiro 2013-.

17 Junior A.G.S; Pedro J.O.; Oliveira M.C.; Furlan M.C.R.; Nascimento F.G.; Bassler T.C.; et.al. Caracterização sociodemográfica e a autopercepção das condições de saúde de idosos. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(3):692-700, mar., 2018.

18 Silva J.V.F. da; Silva E.C da; Rodrigues A.P.R.A; Miyazawa A.P. A Relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde Ciências Biológicas e da Saúde. Maceió, v. 2, n.3, p. 91-100. Maio 2015.

19 Boccolini P.de M.M.; Duarte C.M.R.; Marcelino M.A.; Boccolini C.S. Desigualdades sociais nas limitações causadas por doenças crônicas e deficiências no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde - 2013. Ciência & Saúde Coletiva, 22(11):3537-3546, 2017.

20 Chiu C.J., Tseng Y.H., Hsu Y.C., Shang W.T. Depressive symptom trajectories in the first 10 years of diabetes diagnosis: antecedent factors and link with future disability in Taiwan. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2017) 52: 829.

21 Borges A.M, Santos G., Kummer J.A., Fior L., Dal Molin V., Wibeling L.M. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2014; 17(1):79-86..

22 Cislighi B and Cislighi C. Self-rated health as a valid indicator for health-equity analyses: evidence from the Italian health interview survey. BMC Public Health (2019) 19:533.

23 Lefèvre T, D'ivernois JF, De Andrade V, Crozet C, Lombrail P, Gagnayre R. What do we mean by multimorbidity? an analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization. Rev Epidemiol Santé Publique. 2014;62(5):305-14.

24 Cavalcanti G, Doring M, Portella MR, Bortoluzzi EC, Mascarelo A, Dellani MP. Multimorbidade associado à polifarmácia e autopercepção negativa de saúde. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2017; 20(5): 635-643.

- 25 Fabbri E, Zoli M, Gonzalez-Freire M, Salive ME, Studenski SA, Ferrucci L. Aging and multimorbidity: new tasks, priorities, and frontiers for integrated gerontological and clinical research. *J Am Med Dir Assoc* 2015;16(8):640-647
- 26 Dias OV, Chagas RB, Gusmão BM, Pereira FS, Costa SM, Costa FM et al. Prevalência de Diabetes Mellitus. *Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza*, 29(3): 406-413, jul./set., 2016
- 27 Gerhardt TE, Kalsing A, Santos VCF, Roese A, Ruiz ENF. Perfil de internações por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do RS. *Rev Gaúch Enferm.* 2013;34(3):124-31.
- 28 Caetano S.C, Silva C.M.F.P. e Vettore M.V. Gender differences in the association of perceived social support and social network with self-rated health status among older adults: a population-based study in Brazil. *BMC Geriatrics* 2013, 13:122
- 29 Idler E e Cartwright K. What Do We Rate When We Rate Our Health? Decomposing Age-related Contributions to Self-rated Health. *Journal of Health and Social Behavior* 2018, Vol. 59(1) 74–93
- 30 Nilsson E., Orwelius L. e Kristenson M. Patient-reported outcomes in the Swedish National Quality Registers. *Journal of Internal Medicine*, 2016, 279; 141–15.
- 31 Teo C.R.P.A., Taglietti R.L., Busato M.A., Signor B Autopercepção e necessidades de saúde: recurso para enfrentar vulnerabilidades e reorganizar a atenção. Espaço para a saúde – Revista de saúde pública do paraná, Londrina, dezembro 2016. Vol. 17.

## ANEXO A - Instrumento para coleta de dados do questionário adulto da PNAUM

Questionário PNAUM - Diabetes		
1	Estado de nascimento:	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não, mas já viveu antes <input type="checkbox"/> nunca viveu
2	É casado(a) ou vive com companheiro ?	Curso primário - 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Admissão - 4 <input type="checkbox"/> Curso ginásial ou ginásio – 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1º grau ou fundamental ou supletivo de primeiro grau ou EJA - 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2º grau ou colégio técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de segundo grau ou EJA - 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 3º grau ou curso superior - <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado) <input type="checkbox"/> Nunca estudou <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>
3	A sua cor ou raça é:	
4	Peso atual:	
5	Altura atual:	

6	Sabe ler e escrever ?	
7	Até que série e grau o(a) Sr.(a) estudou ?	
8	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
9	Que idade o(a) Sr(a) tinha na primeira vez que o médico lhe disse que tinha diabetes?	__ __  anos 00= Se menos de 1 ano 99 = NS/NR
10	O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio para diabetes que não seja a insulina?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11	Quais ?	
12	Remédio 1	
13	Remédio 2	
14	Remédio 3	
15	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum destes remédios por algum tempo?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> NS/NR
16	Qual(is)? *Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*	<input type="checkbox"/> Remédio 1 <input type="checkbox"/> Remédio 2 <input type="checkbox"/> Remédio 3

17	<b>Remédio 1:</b>	
18	<b>Por quanto tempo?</b>	_ _  dias 99 = NS/NR
19	<b>Por que ficou sem este remédio?</b>	99 = NS/NR
20	<b>Remédio 2:</b>	
21	<b>Por quanto tempo?</b>	_ _  dias 99 = NS/NR
22	<b>Por que ficou sem este remédio?</b>	99 = NS/NR
23	<b>Remédio 3:</b>	
24	<b>Por quanto tempo?</b>	_ _  dias 99 = NS/NR
25	<b>Por que ficou sem este remédio?</b>	99 = NS/NR
26	<b>O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar insulina?</b>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> NS/NR
27	<b>O(a) Sr(a) usa insulina?</b>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> NS/NR
28	<b>Qual é o nome da insulina que o(a) sr(a) usa?</b>	
29	<b>Data de validade:</b>	_ _ / _ _  mês/ano 99 = NS/NR

30	<b>Quantas vezes ao dia?</b>	<input type="checkbox"/> Apenas uma vez <input type="checkbox"/> Duas ou mais vezes <input type="checkbox"/> Tantas quanto necessário
31	<b>Qual horário?</b>	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Noite <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> NS/NR
32	<b>Qual?</b>	
33	<b>Como o(a) Sr(a) adquire as seringas e agulhas que utiliza para aplicar a insulina?</b>	<input type="checkbox"/> Compra <input type="checkbox"/> Ganha do SUS <input type="checkbox"/> Outro - <input type="checkbox"/> NS/NR
34	<b>Como?</b>	
35	<b>O(a) Sr(a) utiliza as mesmas seringas e agulhas mais de uma vez?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> NS/NR
36	<b>Antes de usar insulina, faz teste de glicose, ou açúcar no sangue?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Às vezes
37	<b>Quantas vezes costuma fazer o teste de glicose por dia?</b>	_ _  vezes 66 = Não faz todos os dias 77 = Sempre que tem tiras 88 = Tantas quanto necessário 99 = NS/NR
38	<b>O(a) Sr(a) possui o aparelho para medir a glicose?</b>	<input type="checkbox"/> Comprou <input type="checkbox"/> Ganhou do SUS <input type="checkbox"/> Outro - <input type="checkbox"/> NS/NR
39	<b>Como?</b>	
40	<b>Como o(a) Sr(a) adquire as tiras para o aparelho?</b>	<input type="checkbox"/> Comprou <input type="checkbox"/> Ganhou do SUS <input type="checkbox"/> Outro - <input type="checkbox"/> NS/NR

41	Como?	
42	O(a) Sr(a) utiliza as mesmas tiras para o aparelho mais de uma vez?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> NS/NR
43	Algum médico, farmacêutico lhe explicou como utilizar a insulina?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS/NR
44	Alguém já lhe explicou sobre a possibilidade da glicose, ou açúcar no sangue, baixar muito?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS/NR
45	O(a) Sr(a), ou os seus familiares, sabem o que fazer quando a glicose baixa muito?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS/NR
46	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem usar insulina por algum tempo?	_ _  dias 99 = NS/NR
47	Qual foi o motivo?	
48	Tem algum remédio, que o(a) Sr(a) deveria estar usando, nos últimos 30 dias, para a diabetes, e não está?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS/NR
49	Qual(is) os remédios que o(a) Sr(a) deveria estar usando e não está?	*Listar abaixo os remédios*
50	Remédio 4:	
51	Por quanto tempo?	_ _  dias 99 = NS/NR

52	Por que ficou sem este remédio?	99 = NS/NR
53	Remédio 5:	
54	Por quanto tempo?	_ _  dias      99 = NS/NR
55	Por que ficou sem este remédio?	99 = NS/NR
56	Remédio 6:	
57	Por quanto tempo?	_ _  dias      99 = NS/NR
58	Por que ficou sem este remédio?	99 = NS/NR
59	O(a) Sr(a) faz dieta para diabetes?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> NS/NR
60	Algum médico já lhe disse que o diabetes causou algum problema de saúde no(a) Sr(a)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS/NR
61	Qual(is) problema(s)?	- <input type="checkbox"/> Problema de vista/visão? <input type="checkbox"/> Problema nos rins? <input type="checkbox"/> Problema circulatório, pé diabético? <input type="checkbox"/> Problema de cicatrização <input type="checkbox"/> Outro? - <input type="checkbox"/> NS/NR
62	Qual?	

63	<b>No dia a dia, quanto o diabetes limita as suas atividades habituais?</b>	<input type="checkbox"/> Não limita <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Intensamente <input type="checkbox"/> Muito intensamente
64	<b>Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) precisou ser atendido(a) em alguma emergência?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS/NR
65	<b>Qual(is) foi(foram) o(s) motivo(s) deste(s) atendimento(s)?</b>	
66	<b>Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) precisou ser internado(a) em hospital?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS/NR
67	<b>Quantas vezes?</b>	<input type="checkbox"/> Uma única vez <input type="checkbox"/> Duas vezes <input type="checkbox"/> Três vezes <input type="checkbox"/> Quatro ou mais vezes <input type="checkbox"/> NS/NR
68	<b>Qual(is) foi(foram) o(s) motivo(s) desta(s) internação(ões)?</b>	
69	<b>Em geral, como o(a) Sr(a) avalia sua saúde?</b>	<input type="checkbox"/> Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito ruim

Fonte: SOARES, MC Autopercepção de saúde em uma população diabética: um estudo de base populacional brasileira. Projeto de pesquisa, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2018.

## ANEXO B - Instruções para Autores Caderno de Saúde Pública

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

### 1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESE SEÇÕES:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o [PROSPERO](#). O [Editorial 32\(9\)](#) discute sobre as revisões sistemáticas ([Leia mais](#)).

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) ([Leia mais](#)). O [Editorial 29\(6\)](#) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) ([Leia mais](#)).

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de [pesquisa etiológica](#) na epidemiologia e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#). Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o [Editorial 32\(8\)](#).

1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

### 2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no

processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

### 3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [Clinical Trials](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

### 4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

### 5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

### 6. COLABORADORES E ORCID

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do [ORCID](#) no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

## 7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

## 8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## 9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## 10. ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao [COPE](#) (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o [Editorial 34\(1\)](#).