

CONHECIMENTOS E AUTOCUIDADO DE DIABÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

KNOWLEDGE AND SELF-CARE AMONG DIABETICS IN PRIMARY HEALTH CARE

CONOCIMIENTOS Y AUTOCUIDADO DE LOS DIABÉTICOS EN LA ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD

✉ Fabianne Ferreira Costa Róseo¹, ✉ Larisse Póvoa da Cruz Macêdo², ✉ Joice Fabrício de Souza³ e ✉ Geórgia de Mendonça Nunes Leonardo⁴

RESUMO

Objetivo: Compreender conhecimentos e práticas de autocuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 atendidas na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada por meio da técnica de grupo focal. A coleta ocorreu em abril de 2025 e a análise foi baseada no Discurso do Sujeito Coletivo, diferenciando o discurso coletivo das falas individuais. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Parecer nº 7.440.662. **Resultados:** Participaram 10 pacientes com idade média de $60,6 \pm 13,85$ anos, a maioria do sexo feminino, com diabetes há pelo menos seis meses. Adotaram mudanças alimentares e uso de medicação, mas enfrentam dificuldades financeiras, baixa escolaridade e desmotivação para atividades físicas. Grupos educativos foram destacados como apoio importante ao autocuidado. **Considerações finais:** O fortalecimento das ações educativas e a superação de barreiras estruturais são estratégias essenciais para promover o autocuidado e controle eficaz do diabetes tipo 2.

Descritores: *Diabetes Mellitus Tipo 2; Autocuidado; Atenção Primária à Saúde.*

ABSTRACT

Objective: To understand the knowledge and self-care practices of people with type 2 diabetes mellitus attending Primary Health Care. **Methods:** A qualitative, exploratory, and descriptive study conducted using the focus group technique. Data collection occurred in April 2025, and the analysis was based on the Discourse of the Collective Subject (DCS), differentiating collective discourse from individual statements. The study was approved by the Research Ethics Committee (Opinion No. 7,440,662). **Results:** Ten patients participated, with a mean age of 60.6 ± 13.85 years, the majority female, with diabetes for at least six months. Participants re-reported dietary changes and medication adherence but faced financial difficulties, low education levels, and lack of motivation for physical activity. Educational groups were highlighted as an important support for self-care. **Conclusions:** Strengthening educational actions and overcoming structural barriers are essential strategies to promote self-care and effective management of type 2 diabetes.

Keywords: *Type 2 Diabetes Mellitus; Self-Care; Primary Health Care.*

RESUMEN

Objetivo: Comprender los conocimientos y las prácticas de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en Atención Primaria de Salud. **Métodos:** Estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, realizado mediante la técnica de grupo focal. La recolección de datos se realizó en abril de 2025, y el análisis se basó en el Discurso del Sujeto Colectivo (DSC), diferenciando el discurso colectivo de las intervenciones individuales. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (Dictamen nº 7.440.662). **Resultados:** Participaron 10 pacientes con edad media de $60,6 \pm 13,85$ años, mayoritariamente mujeres, con diabetes desde hace al menos seis meses. Adoptaron cambios alimentarios y adherencia a la medicación, pero enfrentan dificultades económicas, bajo nivel educativo y falta de motivación para la actividad física. Se destacaron los grupos educativos como un apoyo importante para el autocuidado. **Conclusiones:** Fortalecer las acciones educativas y superar las barreras estructurales son estrategias esenciales para promover el autocuidado y el control eficaz de la diabetes tipo 2.

Descritores: *Diabetes Mellitus Tipo 2; Autocuidado; Atención Primaria de Salud.*

1 Centro Universitario Unijaguaripe. Aracati/CE - Brasil.

2 Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza/CE - Brasil.

3 Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza/CE - Brasil.

4 Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza/CE - Brasil.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica e um dos principais problemas de saúde pública mundial. Em 2021, cerca de 537 milhões de adultos viviam com diabetes, número que poderá atingir 783 milhões até 2045¹. No Brasil, o cenário também é alarmante: com aproximadamente 15,7 milhões de casos em 2021, o país ocupa a sexta posição mundial em número de diabéticos², registrando uma média de 29,5 óbitos por 100.000 habitantes entre 2000 e 2021³.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) classifica o DM com base em sua etiopatogenia: tipo 1 (DM1), geralmente autoimune; tipo 2 (DM2), relacionado à resistência à insulina e à produção insuficiente; diabetes gestacional (DMG); e outros tipos mais raros, como o diabetes monogênico (MODY) e o diabetes mitocondrial⁴. Há, ainda, o diabetes autoimune latente do adulto (LADA), de progressão lenta e de diagnóstico muitas vezes tardio⁵.

No estado do Ceará, entre 2000 e 2020, a mortalidade por DM aumentou 6,3%. Em 2020, foram registrados 2.483 óbitos, sendo 21 no município de Barbalha, com uma taxa de 34,3 por 100.000 habitantes⁶. Nesse mesmo ano, observou-se um crescimento dos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) relacionados ao DM, passando de 5,4% (2019) para 7,1% (2020), o que pode estar relacionado à sobrecarga do sistema de saúde durante a pandemia⁶.

O DM, caracterizado pela deficiência na produção ou ação da insulina, leva à hiperglicemia crônica⁷. A insulina, secretada pelo pâncreas, é essencial para o metabolismo da glicose, que deve se manter entre 70 e 110 mg/dL em indivíduos saudáveis⁸. Sem tratamento adequado, pode causar complicações graves, como doenças cardiovasculares, retinopatia, nefropatia, neuropatias, disfunções sexuais e problemas gestacionais⁸.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é estratégica para o controle do DM2, pois permite o acompanhamento contínuo e integrado do paciente, além da promoção de ações educativas para a prevenção de complicações^{9,10}. No entanto, os desafios no contexto da APS são diversos, como evidenciado em estudo realizado em Itajaí, que apontou dificuldades no controle glicêmico associadas à desinformação sobre alimentação, às crenças limitantes sobre a doença, ao sedentarismo e à falta de vínculo com a equipe de saúde¹¹.

Uma revisão integrativa, que objetivou identificar os motivos que levam a não adesão ao tratamento não farmacológico dos pacientes com DM2 em oito artigos brasileiros, destacou como fatores que dificultam a adesão: a baixa escolaridade, a renda, os fatores psicológicos e as dificuldades na incorporação de hábitos saudáveis à rotina¹². Diante disso, a implementação de ações educativas, o incentivo à alimentação equilibrada e ao comparecimento regular às consultas são fundamentais para o controle eficaz do DM2.

A relevância da presente pesquisa está em compreender o nível de conhecimento e as práticas de autocuidado entre pacientes com DM2 atendidos por uma equipe da APS em Barbalha, Ceará. Este entendimento pode revelar lacunas que interferem no

controle glicêmico, contribuindo para estratégias mais eficazes de educação em saúde e de prevenção de complicações.

Do ponto de vista pessoal, este estudo é motivado pela trajetória da autora, que vivenciou de forma intensa os impactos da doença. Seu pai, diagnosticado aos 38 anos, enfrentou complicações graves que culminaram em um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), na insuficiência renal crônica e no óbito, aos 61 anos, após anos em diálise. Além disso, seu filho foi diagnosticado com DM1 aos nove anos, o que reforçou seu compromisso com a promoção do autocuidado e da educação em saúde.

Profissionalmente, essas vivências reforçam a importância de compreender os desafios enfrentados pelos pacientes no cotidiano e permitem que a pesquisadora proponha estratégias humanizadas e alinhadas às necessidades locais. Cientificamente, o estudo contribui para a produção de conhecimento sobre DM2 em contextos regionais específicos, como o Cariri cearense, e para o aprimoramento das práticas em saúde pública.

Diante dos fatos expostos questiona-se: qual o conhecimento e práticas de autocuidado dos pacientes diabéticos tipo 2 atendidos pela UBS de um bairro da zona urbana de Barbalha sobre sua condição de saúde, necessárias para o controle adequado do DM2?

Assim, propôs-se como objetivo geral deste estudo compreender conhecimentos e práticas de autocuidado de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 atendidos em uma Equipe Atenção Primária à Saúde, do município de Barbalha, Ceará.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, fundamentado na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que utiliza três elementos principais: expressões-chave (EC), ideias centrais (IC) e ancoragens – valores implícitos nos discursos¹³.

Os participantes foram selecionados, intencionalmente, entre pacientes com DM2 cadastrados na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Santo Antônio II, no município de Barbalha, Ceará. A UBS foi escolhida por concentrar o maior número de pacientes com a doença no município (n = 254) e realizar ações educativas contínuas. Os convites foram distribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em abril de 2025.

A reunião inicial ocorreu no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Santo Antônio, ao lado da UBS, com dez participantes. Foram incluídos aqueles com diagnóstico de DM2 há pelo menos seis meses, idade igual ou superior a 18 anos, cadastro ativo na UBS e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o termo de autorização para gravação.

A coleta de dados ocorreu por meio da técnica de grupo focal, que permite a discussão coletiva sobre uma temática comum^{14,15}. O encontro foi conduzido pela pesquisadora, com apoio de uma profissional de educação física, e realizado em sala reservada no CRAS, no dia 8 de abril de 2025. Utilizou-se um recurso de quebra-gelo ("Minha relação com o diabetes") para promover um ambiente acolhedor. O grupo focal teve duração de 55 minutos, sendo encerrado com a saturação dos dados. O roteiro semiestruturado incluiu 15 questões norteadoras sobre conhecimento da doença, práticas de autocuidado e de dificuldades enfrentadas, além de um formulário sociodemográfico.

Cabe destacar que a metodologia empregada compreendeu um único encontro de grupo focal, o que constitui uma limitação importante, pois pode restringir a saturação temática e a profundidade das discussões. Em pesquisas qualitativas, múltiplos encontros são recomendados para favorecer a triangulação e a compreensão mais abrangente do fenômeno estudado. Essa limitação é reconhecida e discutida na seção “Discussão” deste artigo.

Os dados foram gravados em áudio e vídeo e, posteriormente, transcritos na íntegra. O processo de elaboração dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) seguiu as etapas propostas por Lefèvre e Lefèvre¹⁶ e foi operacionalizado da seguinte forma, para diferenciar explicitamente o DSC da mera transcrição de falas individuais: (1) realização de leitura flutuante das transcrições por dois pesquisadores de forma independente para familiarização com o material; (2) identificação e codificação inicial das expressões-chave (EC), trechos literais representativos do conteúdo, utilizando fichas de codificação; (3) síntese dessas EC em ideias centrais (IC), por meio de reuniões de consenso entre os pesquisadores; (4) identificação das ancoragens (valores, crenças) quando presentes; (5) integração das IC em discursos-síntese (DSC) escritos na primeira pessoa do singular, que refletem a voz coletiva construída a partir de múltiplas falas; (6) realização de sessão de auditoria interna com um terceiro pesquisador para verificar coerência entre EC, IC e DSC; e (7) manutenção de um diário de pesquisa e arquivo de decisões analíticas (*audit trail*) para garantir rastreabilidade e transparência do processo analítico. A análise considerou também observações não verbais e o registro das reações dos participantes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará (parecer nº 7.440.662; CAAE nº 86186125.8.0000.5037), em conformidade com as Resoluções nº 466/12 e nº 510/16^{17,18}. O anonimato dos participantes foi garantido por meio da apresentação coletiva dos discursos, conforme os princípios da técnica do DSC.

RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão organizados em dois blocos: o perfil sociodemográfico dos participantes e a análise das falas, agrupadas em três categorias temáticas, segundo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): representações sobre o DM2, práticas de autocuidado e barreiras no tratamento.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES

Participaram 10 pacientes com DM2, com idades entre 29 e 78 anos, e média de $60,6 \pm 13,85$ anos. Predominaram mulheres (9), de cor parda (9), com baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto), renda mensal de até um salário mínimo, e todos professavam alguma religião. A maioria era aposentada, e o tempo de diagnóstico variou entre 1 e 40 anos. Três relataram consumo ocasional de álcool, e nenhum era fumante.

REPRESENTAÇÕES SOBRE O DIABETES MELLITUS TIPO 2

Os participantes compreendem o DM2 como uma doença crônica, perigosa e silenciosa, associada à genética e à alimentação. Relataram sintomas como sede excessiva, tontura, fraqueza, aumento da frequência urinária, visão turva e mal-estar, que foram determinantes para a busca de diagnóstico. As variações glicêmicas foram descritas com riqueza de detalhes, associadas a sensações específicas como tremores, desmaios, cansaço e fome descontrolada, além de reconhecerem a importância dos exames laboratoriais. A seguir, apresenta-se o DSC que sintetiza as percepções dos participantes (Quadro 1):

Quadro 1 – DSC: Representações sobre o Diabetes Mellitus tipo 2, grupo focal, UBS de Barbalha, Ceará, abril de 2025

"A diabetes é uma doença silenciosa, traiçoeira, que a pessoa vai se acabando e nem percebe. [...] É perigosa, pode cegar, aleijar, dar problema nos rins, no coração, e até matar se a gente não se cuidar. Eu senti muita sede, tontura, uma gastura no corpo, vontade de urinar direto e um cansaço sem explicação. Tem hora que a glicose tá alta e fico meio lerda, com dor de cabeça, sem paciência. Quando tá baixa, dá um tremor nas carnes, fraqueza, vontade de desmaiar e comer tudo. Tem vezes que fico até cega de momentâneo. Acho que a diabetes pode vir da família, da alimentação ou até de outras doenças, como a covid. A gente aprende a conviver com ela, porque cura não tem, só controle. É com alimentação, exercício, remédio e fê. Faço exame de sangue, glicemia, às vezes da vista, e sei que é importante fazer esses exames pra saber se tá tudo certo. Tem que vigiar sempre."

Fonte: Dados da Pesquisa (2025)

As representações revelam como os sujeitos constroem sua compreensão sobre o DM2, muitas vezes influenciada por saberes populares, pelas experiências pessoais e por orientações médicas parciais. Isso aponta para a necessidade de ações educativas mais sistemáticas na APS, a fim de promover o empoderamento do paciente e o autocuidado fundamentado em informações consistentes e acessíveis.

PRÁTICAS E HÁBITOS DE AUTOCUIDADO

A alimentação saudável, o uso regular de medicamentos e os exames laboratoriais são percebidos como essenciais para o controle do DM2. Alguns participantes relataram mudanças alimentares e uso de adoçante. A prática de atividade física, embora valorizada, enfrenta dificuldades de adesão por limitações físicas, pela falta de tempo ou por desmotivação.

O cuidado com os pés é reconhecido, mas nem sempre praticado de forma sistemática. Já o grupo educativo na UBS foi citado como espaço positivo de aprendizado, acolhimento e estímulo ao autocuidado (Quadro 2).

Quadro 2 – DSC: Práticas e hábitos de autocuidado no Diabetes Mellitus tipo 2, Grupo focal realizado na UBS Vila Santo Antônio II, Barbalha (CE), abril de 2025

“Depois que descobri que tenho diabetes, comecei a me cuidar mais. Mudei minha alimentação, deixei de comer tanta coisa com açúcar e uso adoçante. Tento comer nos horários certos, evitar fritura e farinha branca. Também tomo meus remédios direitinho, todo dia, do jeito que a médica falou. Às vezes faço caminhada, quando estou com mais coragem ou quando alguém me chama. Mas nem sempre é fácil, tem dia que a gente tá desanimado, ou com dor. Os médicos falam muito sobre cuidar dos pés, olhar se tem ferida, passar creme, e eu tento fazer isso. Participo do grupo da saúde aqui na unidade, lá a gente tira dúvidas, aprende receitas e se sente mais acolhido. Eu vejo que se a gente não se cuida, o diabetes toma conta, então tem que ter disciplina e fazer a nossa parte.”

Fonte: Dados da Pesquisa (2025)

De maneira geral, os participantes indicam que o autocuidado requer disciplina, orientação e apoio e percebem que o controle da doença depende principalmente do seu próprio engajamento. As falas evidenciam a tentativa de adesão ao tratamento e o reconhecimento da importância do autocuidado, mesmo diante das limitações cotidianas.

BARREIRAS E DIFICULDADES NO TRATAMENTO

As dificuldades financeiras se destacam como principal barreira: medicamentos em falta na UBS, exames que exigem deslocamento e alimentação saudável com custo elevado. Também foi mencionado dores físicas, acúmulo de tarefas domésticas, baixa escolaridade e dificuldade de compreensão das orientações médicas. O acesso limitado à saúde, especialmente na demora para marcação de consultas e exames, reforça o sentimento de abandono (Quadro 3).

Quadro 3 – DSC: barreiras e dificuldades no tratamento do DM2, Grupo focal realizado na UBS Vila Santo Antônio II, Barbalha (CE), abril de 2025

“A maior dificuldade é o dinheiro. Tem remédio que a gente não acha no posto, aí tem que comprar, mas nem sempre dá, porque as coisas estão muito caras. E tem também a comida. Comer direito custa caro, não dá pra comprar tudo que precisa. Outra coisa é que eu sinto dor nas pernas, fico cansada, e não tenho ânimo pra caminhar todo dia. Às vezes também é falta de tempo, tem muita coisa em casa pra fazer. No posto, o médico fala muito rápido, e a gente fica com dúvida, não entende tudo. Marcar consulta é difícil, demora, e aí a gente vai empurrando com a barriga. Ficar sem exame atrasa tudo. É difícil, a gente tenta, mas não é fácil se cuidar.”

Fonte: Dados da Pesquisa (2025)

Essas barreiras, somadas à complexidade do tratamento, mostram que o controle do DM2 não depende apenas da vontade do paciente, mas também de condições estruturais e sociais. Tal fato reforça a importância de ações intersetoriais, acolhedoras e contínuas no contexto da APS, que considerem os determinantes sociais da saúde, com foco na equidade do cuidado.

DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou as representações, as práticas e os desafios enfrentados por pacientes com DM2 atendidos em uma equipe de APS de Barbalha, Ceará. A análise das falas dos participantes revelou uma compreensão compartilhada sobre a natureza da doença, as estratégias de autocuidado adotadas e as barreiras que dificultam a efetividade do tratamento.

Assim, os participantes reconhecem o DM2 como uma doença crônica, silenciosa e potencialmente grave, associada a complicações como cegueira, amputações e problemas renais e cardíacos. Essa percepção está alinhada com estudos que apontam para a falta de conhecimento sobre o diabetes como um fator que contribui para o agravamento da doença e suas complicações¹⁹.

Apesar de reconhecerem a gravidade, os participantes demonstram confiança na possibilidade de controle por meio de cuidados adequados, como alimentação, medicação e acompanhamento médico. Essa visão é corroborada por Pires, Oliveira e Candido²⁰, que destacam a importância da educação em saúde para o autocuidado e controle do DM2.

Ademais, as práticas de autocuidado identificadas incluem a adoção de uma alimentação mais saudável, a adesão ao tratamento medicamentoso e a realização periódica de exames laboratoriais. No entanto, uma pesquisa qualitativa, que contou com a participação de profissionais de saúde e usuários atendidos por eles, todos da APS, constatou que, para os informantes, os aspectos alimentares são os mais difíceis de lidar. O discurso dos profissionais aponta para práticas alimentares flexíveis, mas os usuários compreendem as orientações como proibições²¹.

No entanto, a prática regular de atividade física e o cuidado sistemático com os pés são menos frequentes, evidenciando lacunas no autocuidado. Assim, um estudo transversal, descritivo, realizado nas ESF do município de São Francisco de Assis, no interior do estado do Rio Grande do Sul com 220 pessoas com diabetes também aponta para a baixa adesão à prática de exercícios físicos entre pacientes com DM2, devido a fatores como falta de tempo, motivação e condições físicas²².

Deve-se salientar, ainda, que o uso de apenas um grupo focal pode ter limitado a amplitude e a saturação dos dados coletados, restringindo a exploração de aspectos mais profundos das experiências dos participantes. Essa limitação é destacada e considerada na interpretação dos achados, e recomenda-se que pesquisas futuras realizem múltiplos encontros ou sessões complementares, tais como: entrevistas semiestruturadas individuais e/ou grupos focais adicionais, para aprofundar e triangular as evidências.

Destaca-se que intervenções que promovem a atividade física, como programas de caminhada supervisionada, contribuem para o controle glicêmico e para a qualidade de vida em pessoas com DM2²³.

A participação em grupos educativos foi destacada como um facilitador para o autocuidado, promovendo aprendizado e fortalecimento do vínculo com os serviços de saúde. Isso está em consonância com a proposta do autocuidado apoiado, que enfatiza a importância do apoio da equipe de saúde para o empoderamento do paciente²⁴.

Frente ao exposto, as principais barreiras identificadas incluem dificuldades financeiras, limitações físicas, baixa escolaridade e acesso restrito aos serviços de saúde. Essas dificuldades comprometem a adesão ao tratamento e o acompanhamento adequado da doença. A literatura aponta que fatores como a condição socioeconômica, a falta de recursos e a organização dos serviços de saúde são determinantes críticos para o sucesso do autocuidado²⁵.

Além disso, a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes foi apontada como um desafio, com relatos de dificuldades em compreender as orientações médicas devido à linguagem técnica utilizada. A melhoria na comunicação, por meio de uma abordagem mais acessível e humanizada, é essencial para promover o entendimento e a adesão ao tratamento.

A clareza metodológica quanto ao processo de construção dos DSCs, explicitada na seção de Métodos (identificação de EC, formulação de IC, identificação de ancoragens, reconstrução em DSCs e auditoria interna), fortalece a validade e a transparência da análise qualitativa, diferenciando claramente o discurso coletivo da mera transcrição de falas individuais.

Frente ao exposto, uma pesquisa realizada com o intuito de identificar a produção científica multiprofissional no período de 1999 a 2009, sobre as práticas educativas para indivíduos com diabetes, identificou que pessoas com menor nível de escolaridade apresentam maior dificuldade na gestão do autocuidado e na compreensão das condutas terapêuticas, impactando negativamente o controle do DM2²⁶.

Aliado a isso, um estudo de revisão integrativa da literatura que englobou oito investigações convergiu para a conclusão de que pacientes diagnosticados com DM2 apresentam uma qualidade de vida comprometida. Um aspecto notável, ressaltado pelos estudos, é a disparidade existente entre homens e mulheres afetados pela DM2, visto que as mulheres experimentam uma redução particularmente significativa na qualidade de vida. Esse fenômeno foi quantificado por meio da utilização da escala EQ-5D-5L. Esses resultados sublinham a importância de abordagens diferenciadas e personalizadas para ambos os sexos no gerenciamento e no suporte a pacientes com DM2²⁷.

Acrescenta-se que é fundamental promover a capacitação dos profissionais de saúde para uma comunicação clara e empática, que favoreça o entendimento e a adesão dos pacientes às orientações recebidas. A integração de tecnologias de apoio, como aplicativos de monitoramento, também pode contribuir para o autocuidado e o acompanhamento remoto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo destaca a importância do conhecimento sobre o DM2 entre os pacientes atendidos na APS, evidenciando a necessidade de estratégias educativas contínuas e adaptadas às realidades locais. A identificação e a compreensão das barreiras enfrentadas pelos pacientes são essenciais para o desenvolvimento de intervenções eficazes que promovam o autocuidado e o controle adequado da doença.

Recomenda-se que as políticas de saúde pública priorizem a oferta de recursos adequados para o monitoramento glicêmico, a disponibilização de medicamentos essenciais e a realização de exames laboratoriais. Ademais, é fundamental investir na capacitação das equipes de saúde para que possam oferecer orientações claras e acessíveis, considerando as especificidades de cada paciente.

A promoção de ambientes de apoio social, como grupos educativos, e a inclusão da família no processo de cuidado são estratégias que podem fortalecer o autocuidado e melhorar os resultados clínicos. A integração de ações intersetoriais, envolvendo saúde, assistência social e educação, é crucial para enfrentar as desigualdades sociais que impactam diretamente no controle do DM2.

Por fim, é imprescindível que a APS assuma o papel de espaço privilegiado para o acolhimento dessas percepções e para o desenvolvimento de estratégias educativas dialógicas, que respeitem a vivência dos sujeitos e suas individualidades e ofereçam informações consistentes, acessíveis e contextualizadas. Dessa forma, será possível promover o autocuidado e melhorar a qualidade de vida das pessoas com diabetes, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O pequeno número de participantes limita a generalização dos resultados para outras populações com DM2. O recorte geográfico restrito, uma única UBS do município de Barbalha, reduz a abrangência e a aplicabilidade dos achados a outras regiões com diferentes contextos socioeconômicos e culturais. O uso de apenas um encontro de grupo focal é uma limitação metodológica que pode ter impedido a saturação temática plena; recomenda-se que trabalhos futuros realizem múltiplos grupos focais ou complementem com entrevistas individuais para robustecer a análise. O predomínio do sexo feminino da maioria dos participantes pode ter influenciado os discursos e a percepção do autocuidado, uma vez que o gênero pode impactar práticas de saúde. Além disso, pode haver viés de seleção, visto que o grupo focal foi conduzido em ambiente vinculado ao serviço de saúde, o que pode ter levado os participantes a relatarem comportamentos mais positivos em relação ao autocuidado.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não há conflitos de interesse financeiros, pessoais ou institucionais que possam ter influenciado a condução ou os resultados deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 10th edn. Brussels (BE): International Diabetes Federation; 2021. Disponível em: <https://www.idf.org/>
2. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, Duncan BB, et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract.* 2022;183:109119. doi:10.1016/j.diabres.2021.109119
3. Garces TS, Damasceno LV, Sousa GJB, Cestari VRF, Pereira MLD, Moreira TMM. Relação indicadores de desenvolvimento social e mortalidade por diabetes mellitus no Brasil: análise espacial e temporal. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2023;31:e3973. doi:10.1590/1518-8345.6592.3973
4. Rodacki M, Teles M, Gabbay M, Montenegro R, Bertoluci M. Classificação do diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes; 2023. doi:10.29327/557753.2022-1
5. Mehranpoor M, Mohammadi M, Lagzian M. Prevalence and metabolic characteristics of patients with latent autoimmune diabetes in adults: a cross-sectional study. *Clin Diabetol.* 2023;12(6):362–9. doi:10.5603/cd.97700
6. Governo do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Boletim Epidemiológico nº 1: Doenças Crônicas Não Transmissíveis. 2021. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/boletim_dcnt_20212511.pdf
7. Manual MSD Versão Saúde para a Família [homepage na internet]. Diabetes Mellitus [acesso em: 10 set 2025]. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/disturbios-hormonais-e-metabolicos/diabetes-mellitus-dm-e-disturbios-do-metabolismo-da-glicose-no-sangue/diabetes-mellitus-dm>
8. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care.* 2024;45(Suppl 1):S1-264. doi:10.2337/dc22-Sint
9. Fernandes JGF, Ditzel, BN, Conceição RNS, Cunha BF, Lourenço HM, Silva HCD, et al. Impacto da atenção primária na otimização do controle glicêmico em pacientes diabéticos. *Braz J Implant Health Sci.* 2024;6(8):4879-88. doi:10.36557/2674-8169.2024v6n8p4879-4888
10. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
11. Maeyama MA, Pollheim LCF, Wippel M, Machado C, Veiga MV. Aspectos relacionados à dificuldade do controle glicêmico em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Básica. *Braz J Dev.* 2020;6(7):47352–69. doi:10.34117/bjdv6n7-391
12. Rodrigues RF, Borges TA, Lemes TC, Versiani GR, Zanetti HR, Gonçalves A. Possíveis aspectos relacionados à não adesão ao tratamento não farmacológico do diabetes tipo II: uma revisão de literatura. *Rev Master Ens Pesq Ext.* 2022; 7(14):1-13. doi: 10.34117/bjdv6n7-391
13. Lefevre AM, Lefevre F. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo. 2nd ed. Brasília: Liber Livro; 2012.

14. Leopardi ML, Nietsche EA. Método científico. In: Leopardi MT, Beck CLC, Nietsche EA, Gonzales RMB. Metodologia da pesquisa na saúde. Santa Maria: Pallotti; 2001. P.109-125.
15. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002.
16. Santos LM. O discurso dos bibliotecários com relação às contribuições da sua formação para o desenvolvimento de suas atividades em empresas de tecnologia [Trabalho de Conclusão de Curso de Biblioteconomia]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014. 89f.
17. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
18. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
19. Neves RG, Tomasi E, Duro SMS, Saes-Silva E, Saes MO. Complicações por diabetes mellitus no Brasil: estudo de base nacional, 2019. *Ciênc Saúde Colet.* 2023;28(11):3183–3190. doi:10.1590/1413-812320232811.11882022
20. Pires LB, Oliveira PM, Candido APC. Autocuidado e diabetes mellitus tipo 2 no contexto da atenção primária à saúde. *Anais do I Congresso de Nutrição e Saúde*; 8-10 dez 2020; Diamantina. Minas Gerais: Even3; 2020.
21. Lopes P, Junges JR. Gerenciamento do diabetes por profissionais e usuários da Atenção Primária à Saúde. *Physis.* 2021;31(3):e310325. doi:10.1590/S0103-73312021310325
22. Gibicoski FS, Moreschi C, Rodrigues SO, Silva SO, Tolfo APD, Busnelo EDS. Adesão de atividades de autocuidado de usuários com diabetes atendidos na atenção primária. *Res Soc Dev.* 2020; 9(5):e20952977, 2020. doi:10.33448/rsd-v9i5.2977
23. Nunes LB, Santos JC, Reis IA, Torres HC. Avaliação do programa comportamental em diabetes mellitus tipo 2: ensaio clínico randomizado. *Ciênc Saúde Colet.* 2023;28(3):851–62. doi:10.1590/1413-81232023283.10102022
24. Maurer NMJS. Autocuidado apoiado: conhecimento de profissionais da saúde no cuidado em diabetes mellitus tipo II na atenção primária à saúde [Dissertação em Saúde da Família]. Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2022
25. Almeida RF, Gomes RS. Promoção do autocuidado para redução de complicações da hipertensão arterial e diabetes mellitus. *IdeiaSUS Fiocruz*; 2024 Sep. Disponível em: <https://ideiasus.fiocruz.br/praticas/promocao-do-autocuidado-para-reducao-de-complicacoes-da-hipertensao-arterial-e-diabetes-mellitus/>
26. Borba AKOT, Marques APO, Leal MCC, Ramos RSPDS. Práticas educativas em diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(1):169–76. doi:10.1590/S1983-14472012000100022
27. Rocha NB, Pinheiro EA, Lima LFA, Girão DKFB. Qualidade de vida e diabetes tipo 2 pela EQ-5D-5L: revisão integrativa. *Cad ESP.* 2024;18:e1819. doi:10.54620/cadesp.v18i1.1819