

Autogestão da prática de insulinoterapia em pessoas com diabetes

Self-management of insulin therapy among people with diabetes

Como citar este artigo:

Campos LFR, Lira Neto JCG, Bezerra MAR, Ribeiro IAP, Rocha RC, Nogueira JM, et al. Self-management of insulin therapy among people with diabetes. Rev Rene. 2026;27:e97029. DOI: <https://doi.org/10.36517/2175-6783.20262797029>

 Lourena Ferreira dos Reis Campos¹
 José Cláudio Garcia Lira Neto¹
 Maria Augusta Rocha Bezerra¹
 Ítalo Arão Pereira Ribeiro²
 Ruth Cardoso Rocha¹
 Jéssica de Menezes Nogueira¹
 Mychelangela de Assis Brito¹

¹Universidade Federal do Piauí.
Florianópolis, PI, Brasil.

²Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
Coxim, MS, Brasil.

Autor correspondente:

José Cláudio Garcia Lira Neto
BR 343, KM 2,5 – Meladão. CEP: 64800-000.
Florianópolis, PI, Brasil. E-mail: jclira@ufpi.edu.br

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes 

EDITOR ASSOCIADO: Francisca Diana da Silva Negreiros 

RESUMO

Objetivo: compreender como ocorre a autogestão da prática de insulinoterapia em pessoas com diabetes acompanhadas na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** estudo qualitativo, conduzido com 60 pessoas com diabetes em uso de insulina, por meio de entrevistas semiestruturadas, diário de campo e análise interpretativa descritiva, com apoio do *software* IRaMuTeQ. A análise possibilitou a organização dos achados em três categorias temáticas. **Resultados:** a autogestão da insulinoterapia mostrou-se como processo complexo, dinâmico e atravessado por dimensões emocionais, sociais e estruturais. O início do uso da insulina foi marcado por medo, resistência, sofrimento e associação com agravamento da doença, sendo progressivamente resignificado como possibilidade de controle e autonomia. As práticas cotidianas envolveram negociações entre prescrições, alimentação, monitoramento glicêmico, atividade física e ajustes terapêuticos. Também foram identificadas lacunas nas orientações recebidas, insegurança na aplicação e dependência de familiares e profissionais de saúde. **Conclusão:** a autogestão da insulinoterapia exige mais que domínio técnico, requerendo suporte educativo, emocional e social contínuo, centrado na pessoa e em sua realidade cotidiana. **Contribuições para a prática:** os achados reforçam a necessidade de fortalecer a atuação da enfermagem na educação em saúde, no acompanhamento longitudinal e no apoio à autonomia de pessoas com diabetes na Atenção Primária.

Descritores: Diabetes Mellitus; Insulina; Autogestão; Atenção Primária à Saúde; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Objective: to understand insulin therapy self-management among people with diabetes receiving Primary Health Care. **Methods:** we conducted a qualitative study with 60 people with diabetes using insulin. Data were collected through semi-structured interviews and field notes and analyzed using interpretive description, with IRaMuTeQ supporting lexical exploration. The analysis yielded three analytical categories. **Results:** participants' accounts portrayed insulin therapy self-management as a complex, dynamic process shaped by emotional, social, and structural dimensions. Insulin initiation was marked by fear, resistance, distress, and perceived disease progression but was gradually reframed as a means of managing the condition and gaining autonomy. Everyday practices involved negotiations among treatment recommendations, eating practices, blood glucose monitoring, physical activity, and therapeutic adjustments. Participants also reported gaps in guidance, lack of confidence in administering insulin, and dependence on family members and health care professionals. **Conclusion:** insulin therapy selfmanagement requires more than technical proficiency and depends on ongoing person-centered educational, emotional, and social support responsive to everyday circumstances. **Contributions to practice:** the findings underscore the need to strengthen nurses' role in health education, longitudinal follow-up, and support for autonomy among people with diabetes receiving Primary Health Care.

Descriptors: Diabetes Mellitus; Insulin; Self-Management; Primary Health Care; Qualitative Research.

Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica não transmissível (DCNT), considerada um grave problema de saúde pública⁽¹⁾, em virtude de ser um fator significativo de mortalidade e morbidade mundial, afetando diversos grupos demográficos, independentemente da localização geográfica, faixa etária ou sexo⁽²⁾. Apesar dos avanços terapêuticos e da ampliação do acesso ao tratamento, o controle glicêmico permanece insatisfatório em uma parcela expressiva das pessoas acometidas⁽³⁾, contribuindo para o desenvolvimento de complicações e piora da qualidade de vida⁽⁴⁾.

Estimativas recentes indicam que aproximadamente 589 milhões de adultos entre 20 e 79 anos vivam com DM, o que corresponde a 11,1% da população adulta mundial, havendo projeção de aumento para 853 milhões até 2050, com expansão contínua, especialmente em países de média renda e em contextos urbanos. Além da magnitude epidemiológica, o diabetes impõe expressivo ônus econômico aos sistemas de saúde⁽⁵⁾. Nos Estados Unidos da América, estimativas apontaram custos totais de US\$ 412,9 bilhões em 2022, enquanto análises atualizadas demonstraram que complicações como a neuropatia diabética periférica podem gerar gastos anuais próximos a US\$ 45,9 bilhões, impulsionados principalmente por hospitalizações, lesões por pressão e amputações⁽⁶⁻⁷⁾.

Nesse contexto, a insulinoterapia demonstrou ser eficaz no controle da glicemia e possivelmente na preservação da função das células beta e na prevenção de complicações associadas à doença⁽⁸⁾, especialmente, nos casos em que outras estratégias terapêuticas não são suficientes para alcançar metas metabólicas adequadas⁽⁹⁾. Apesar de seus benefícios, é preciso considerar que a insulinoterapia extrapola a dimensão biomédica da prescrição, configurando-se como uma prática complexa que exige a articulação de múltiplas competências por parte das pessoas com diabetes⁽¹⁰⁾.

A administração da insulina envolve não apenas habilidades técnicas, como preparo, armazenamento e aplicação, mas também capacidades cognitivas relacionadas a automedicação e interpretação dos níveis de

glicose, ao ajuste das doses de insulina com base nos níveis de mensurados de glicose, além da atenção aos padrões alimentares e níveis de atividade física⁽¹¹⁾. Ademais, fatores emocionais, comportamentais e sociais influenciam diretamente esse processo, tornando o manejo da insulinoterapia uma atividade dinâmica⁽¹²⁾.

Nesse sentido, o conceito de autogestão em saúde (*self-management*) emerge como eixo central para a compreensão do cuidado dessa condição crônica. Diferentemente da noção tradicional de adesão, frequentemente restrita ao cumprimento de prescrições, a autogestão implica em um processo ativo, contínuo e contextualizado, que requer intervenções em múltiplos níveis que abordem barreiras sistêmicas e individuais, ressaltando a complexa interação de fatores culturais, sociais e estruturais no manejo do diabetes⁽¹³⁾. Essa perspectiva reconhece o protagonismo do sujeito na produção do cuidado, bem como o papel do serviço em capacitá-los a assumirem um papel proativo no controle de sua condição⁽¹⁴⁾.

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica nesse cenário, sendo responsável pelo acompanhamento longitudinal das pessoas com diabetes e pela implementação de ações educativas e de apoio à autogestão. No entanto, evidências apontam que o cuidado ofertado na APS não se traduz em autoeficácia e no desempenho da gestão do estado de saúde na prática, indicando a necessidade de treinamento específico em gerenciamento do estado de saúde, apoio de mentores experientes, diretrizes apropriadas e sistemas abrangentes e integrados de cuidados crônicos⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Tal lacuna evidencia a necessidade de compreender, de forma mais aprofundada, as práticas de cuidado efetivamente realizadas no contexto real de vida da pessoa que faz uso de insulinoterapia.

Apesar da relevância do tema, a literatura tem privilegiado, majoritariamente, abordagens quantitativas focadas em indicadores de controle glicêmico, na adesão ao tratamento e no conhecimento sobre a doença. Há, portanto, uma lacuna importante no que se refere à compreensão das experiências, práticas e significados atribuídos à insulinoterapia no cotidiano das pessoas com diabetes, especialmente no contex-

to da APS. Investigações qualitativas que explorem a autogestão da insulinoterapia ainda são incipientes, sobretudo aquelas que consideram a complexidade das interações entre fatores individuais, sociais e organizacionais. Dessa forma, os resultados poderão servir para a qualificação das práticas assistenciais e intervenções firmemente fundamentadas em insights qualitativos, os quais estarão balizados nas complexidades do manejo do DM com uma perspectiva abrangente, gerando, em última análise, impacto significativo na superação da inércia terapêutica e na melhoria da qualidade do cuidado para pessoas que vivem com essa condição⁽¹²⁾.

Assim, este estudo tem como objetivo compreender como ocorre a autogestão da prática de insulinoterapia em pessoas com diabetes acompanhadas na Atenção Primária à Saúde.

Métodos

Desenho do estudo

O estudo empregou uma abordagem qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas. Para o desenvolvimento do relatório de pesquisa, adotou-se o guia de *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

Contexto e período de coleta de dados

O estudo foi desenvolvido entre outubro de 2024 e janeiro de 2025, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana vinculadas à Atenção Primária à Saúde de um município do interior do estado do Piauí. O município conta com 24 UBS, sendo 17 na zona urbana e sete na zona rural; optou-se por incluir apenas unidades urbanas devido às limitações logísticas de acesso às áreas rurais (referência ocultada para preservação da revisão por pares).

O atendimento às pessoas com doenças crônicas, especialmente o DM no referido município, ocorre predominantemente no âmbito da APS, que atua como porta de entrada do sistema e responsável pelo acom-

panhamento longitudinal dos usuários. As equipes de saúde da família desenvolvem estratégias como acompanhamento contínuo, visitas domiciliares e educação em saúde, visando o controle glicêmico e a prevenção de complicações. Esse modelo assistencial está alinhado às diretrizes do SUS, que priorizam o cuidado integral, a vinculação do usuário à equipe e o manejo contínuo das condições crônicas, fundamentais para reduzir morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida da população (referência ocultada para preservação da revisão por pares).

Participantes e amostragem

Participaram do estudo pessoas com diagnóstico de DM, em uso de insulinoterapia, cadastradas e acompanhadas nas UBS do município. A cidade conta com 3.578 pessoas com diagnóstico da enfermidade, das quais apenas 13,6% utilizam insulina. A amostragem foi não probabilística por conveniência, sendo selecionados indivíduos disponíveis e acessíveis no contexto do serviço. Foram incluídos participantes com diagnóstico médico confirmado de DM tipo 1 ou tipo 2, idade igual ou superior a 18 anos, em uso de insulina há pelo menos seis meses e vinculados às UBS da zona urbana. Foram excluídos indivíduos em uso de bomba de insulina, gestantes e aqueles que utilizavam insulina apenas de forma complementar, em esquemas não estruturados. O tamanho amostral não teve finalidade de representatividade estatística, mas buscou ampliar a profundidade e a diversidade das narrativas sobre a autogestão da insulinoterapia na APS. A interrupção da coleta foi definida com base na suficiência informacional, observada quando as entrevistas passaram a reiterar núcleos de sentido já identificados, sem emergência de novos elementos analíticos relevantes para a compreensão do fenômeno.

Coleta de dados e instrumento

Este estudo integra uma pesquisa macro intitulada "Análise da prática de insulinoterapia executada por pessoas com diabetes acompanhadas pela Atenção

Primária à Saúde". Após a autorização institucional, procedeu-se à capacitação da equipe de pesquisadores, contemplando aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, fundamentos do diabetes e da insulino-terapia, etapas do pré-preparo, preparo e administração da insulina, acolhimento dos participantes, avaliação da pele nos locais de aplicação, além de treinamento nas técnicas de coleta de dados, incluindo entrevista, observação direta com *checklist* e registro audiovisual. Um mês antes do início da coleta dos dados, realizou-se um teste piloto e ajustes dos instrumentos de coleta.

A aproximação com os participantes ocorreu por meio de enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que realizaram convites no território e nas UBS. As entrevistas foram previamente agendadas conforme a disponibilidade dos participantes e conduzidas pela pesquisadora principal, acadêmica de enfermagem, que recebeu treinamento específico para padronizar a abordagem e garantir a condução ética das entrevistas. A coleta de dados foi realizada em sala reservada nas UBS, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Utilizou-se entrevista semiestruturada, permitindo explorar experiências, percepções e práticas relacionadas à autogestão da insulino-terapia, complementada por levantamento de dados sociodemográficos. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e acompanhadas por registros em diário de campo.

O roteiro de entrevista foi elaborado pelas pesquisadoras e submetido à avaliação por três enfermeiros especialistas, com vistas à validação interna e externa do instrumento. A validade interna foi assegurada por meio da análise da coerência de conteúdo, clareza, pertinência e alinhamento das questões aos objetivos do estudo e ao referencial teórico adotado. A validade externa foi considerada a partir da avaliação da aplicabilidade, compreensibilidade e potencial de transferência do instrumento para contextos semelhantes, garantindo sua adequação ao público-alvo e à realidade investigada. Incluiu as seguintes questões disparadoras: Quais dificuldades você enfrenta no manejo da insulina? Como tem sido sua adaptação ao tratamento do diabetes? Que orientações você recebeu

sobre o manejo do diabetes e como avalia essas orientações? O que você entende sobre o diabetes e seu controle? Quais fatores você acredita que influenciam o seu controle glicêmico? Quais mudanças ocorreram em sua vida após o diagnóstico de diabetes? O que você sabe sobre lipodistrofias associadas ao uso de insulina? Você realiza o rodízio dos locais de aplicação da insulina? Como essa prática é orientada e realizada? A coleta ocorreu até a saturação teórica dos dados.

Análise de dados

A análise dos dados foi conduzida com base na abordagem da interpretação descritiva, a qual se fundamenta na epistemologia disciplinar da enfermagem e busca produzir compreensões aplicáveis à prática clínica a partir da análise das experiências, percepções e significados atribuídos pelos participantes ao fenômeno investigado. Essa abordagem foi articulada ao referencial teórico da autogestão em condições crônicas⁽¹⁷⁾. Nesse referencial, a autogestão envolve dimensões interdependentes: o manejo médico da condição, relacionado ao uso de medicamentos, monitoramento, reconhecimento de sinais e tomada de decisão terapêutica; o manejo de papéis, associado às adaptações na vida cotidiana, familiar, social e laboral; e o manejo emocional, relacionado ao enfrentamento do medo, insegurança, sofrimento, aceitação e reconstrução da identidade diante da condição crônica. Assim, a insulino-terapia foi interpretada não apenas como uma técnica prescrita, mas como uma prática vivida, negociada e ressignificada no cotidiano das pessoas com diabetes.

O processo analítico seguiu etapas sistematizadas: (1) transcrição e organização dos dados; (2) leitura exaustiva do material; (3) identificação das unidades de significado; (4) codificação; (5) análise interpretativa crítica; e (6) construção dos resultados⁽¹⁸⁾. A identificação das unidades de significado foi orientada tanto pela leitura indutiva das narrativas quanto pelas dimensões do referencial da autogestão em condições crônicas, permitindo compreender como os participantes manejavam a insulino-terapia,

reorganizavam suas rotinas e atribuíam sentidos emocionais e sociais ao tratamento.

As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e submetidas a um processo de refinamento em três etapas: inicialmente, realizou-se a transcrição literal das falas, preservando a linguagem original dos participantes; em seguida, procedeu-se à revisão textual para ajustes ortográficos e de coesão, sem alteração do sentido; por fim, estruturou-se o corpus textual conforme os critérios exigidos pelo *software*.

Como estratégia de apoio à análise, utilizou-se o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ), que possibilita análises lexicais e estatísticas do corpus textual, incluindo classificação hierárquica descendente, análise de similitude e nuvem de palavras, contribuindo para a identificação de padrões discursivos e organização dos dados. Os resultados gerados pelo *software* foram utilizados como recurso complementar de exploração lexical, não substituindo a interpretação qualitativa das narrativas, auxiliando na visualização de frequências, coocorrências e aproximações semânticas, enquanto a construção interpretativa das categorias permaneceu ancorada na leitura aprofundada das entrevistas e no referencial teórico da autogestão.

As unidades de significado foram identificadas a partir da leitura aprofundada das transcrições e dos resultados gerados pelo *software*, sendo posteriormente agrupadas em códigos temáticos. A partir desse processo, emergiram três categorias analíticas: Impacto do diagnóstico e (re)construção da identidade no início da insulinoterapia, Autogestão situada: negociações cotidianas entre prescrições e vida real e Redes de apoio e lacunas no cuidado na autogestão da insulinoterapia.

Foram adotadas estratégias de reflexividade, triangulação e validação analítica. A reflexividade foi contemplada por meio do registro em diário de campo, no qual foram documentadas percepções, impressões do contexto, interações com os participantes e possíveis influências da pesquisadora no processo de produção e interpretação dos dados. A triangulação ocorreu pela articulação entre diferentes fontes e pro-

cedimentos analíticos, incluindo entrevistas semiestruturadas, registros em diário de campo, leitura interpretativa das narrativas e análise lexical apoiada pelo IRaMuTeQ. A validação analítica foi realizada por meio da revisão das categorias e dos códigos temáticos entre os pesquisadores, buscando coerência entre falas, unidades de significado, categorias emergentes e referencial teórico da autogestão em condições crônicas.

Adicionalmente, realizou-se análise interpretativa crítica das narrativas, considerando os contextos sociais, culturais e institucionais que permeiam as experiências dos participantes, bem como as relações de poder implicadas no cuidado em saúde. A interpretação dos resultados foi orientada pela articulação entre a interpretação descritiva, o referencial da autogestão em condições crônicas e a literatura científica sobre diabetes, insulinoterapia, APS e cuidado centrado na pessoa. Essa articulação permitiu compreender a autogestão da insulinoterapia como fenômeno multidimensional, que envolve domínio técnico, tomada de decisão, suporte emocional, reorganização da vida cotidiana e interação contínua com familiares e profissionais de saúde.

Considerações éticas

Para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, os participantes foram identificados por códigos alfanuméricos, constituídos pela letra P, para se designar os Pacientes, seguida pela numeração correspondente à ordem de realização da entrevista (exemplo: P1, P2; P3, P4...). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética número 78541624.2.0000.5660 e sob o parecer número 6.746.565/2024.

Resultados

A pesquisa foi realizada com 60 participantes com DM em uso de insulina. Observou-se predominância do sexo feminino 34 (56,7%), de indivíduos solteiros ou viúvos, com 35 (58,3%), e de participantes autode-

clarados de cor de pele preta, com 43 (71,7%). Quanto à escolaridade, 22 (36,7%) possuíam até nove anos de estudo. A renda média mensal foi de R\$ 3.883,00.

Os participantes compreendem a autogestão da insulino terapia na APS como um processo contínuo que envolve a administração correta da insulina, o monitoramento glicêmico e a adoção de hábitos de vida saudáveis no cotidiano. Relatam a necessidade de conhecimentos sobre doses, horários, técnica de aplicação e rodízio dos locais, além da importância do autocuidado na alimentação e na prática de atividade física. A autogestão também é percebida como dependente do apoio das equipes de saúde, especialmente no que se refere às orientações recebidas e ao acompanhamento regular nas UBS. Contudo, emergem desafios relacionados à compreensão das orientações, insegurança na aplicação da insulina e dificuldades para manter o controle glicêmico, evidenciando que a autogestão é influenciada tanto por fatores individuais quanto pelo suporte oferecido pelos serviços de saúde.

Impacto do diagnóstico e (re)construção da identidade no início da insulino terapia

A experiência inicial com a insulino terapia foi marcada por intenso impacto emocional, evidenciado por sentimentos de medo, sofrimento e percepção de gravidade da doença. A insulina foi frequentemente associada à piora do quadro clínico e à possibilidade de morte, refletindo construções sociais negativas sobre o diabetes: *Muito difícil, chorei muito. Pensei que eu iria morrer e que não teria muito tempo* (P29). *Você vai ficar cega, vai amputar uma perna ...é uma doença horrível* (P50).

Além disso, o início do tratamento foi permeado por resistência e negação, especialmente diante da necessidade de autoaplicação: *Não gosto de me furar, infelizmente não suporto me furar* (P11). *Era uma doença e eu não conhecia... estar se furando todos os dias é difícil ...mexeu muito com minha cabeça, eu tive que passar por um longo período de adaptação* (P35).

A adaptação à insulino terapia revelou-se um processo gradual, no qual a insulina passa a ser ressignificada como possibilidade de controle e melhoria da qualidade de vida: *Eu achava que seria o fim da vida... mas fui per-*

cebendo que a insulina me daria mais autonomia e qualidade de vida (P36). *Eu achei que iria morrer. Diziam que insulina era complicada, mas foi uma saída para mim. A insulina só tem me ajudado* (P15).

Esse processo também implicou mudanças na forma como os participantes se percebem, evidenciando uma reconstrução identitária marcada pela incorporação da condição crônica: *Eu era um homem saudável e hoje eu me sinto um diabético* (P30).

Autogestão situada: negociações cotidianas entre prescrições e vida real

A autogestão da insulino terapia mostrou-se fortemente ancorada nas práticas cotidianas, especialmente na alimentação, que emergiu como principal eixo de controle glicêmico. Os participantes relataram a necessidade de mudanças significativas nos hábitos alimentares: *Hoje eu tenho mais controle, gosto muito de doce... tive que cortar tudo isso* (P6). *Eu desenvolvi o diabetes porque não tive uma alimentação muito boa, eu bebia muito, tomava muito refrigerante... eu tive que mudar tudo, aprender a tabela nutricional, fazer acompanhamento com nutricionista* (P55).

Entretanto, essas mudanças não ocorrem de forma linear, sendo permeadas por negociações constantes entre restrições e desejos: *A gente ainda come besteira, exagera às vezes, porém não é com aquela liberdade que eu tinha* (P36).

A necessidade de monitoramento contínuo e ajustes na dose de insulina evidencia a complexidade do manejo cotidiano: *Em uma pequena mudança já dá uma grande distorção na quantidade de insulina que você vai tomar* (P60). Além disso, a atividade física, embora reconhecida como importante, foi apontada como um desafio: *Inserir atividade física foi bem difícil. Não gosto, mas tive que me adaptar* (P6).

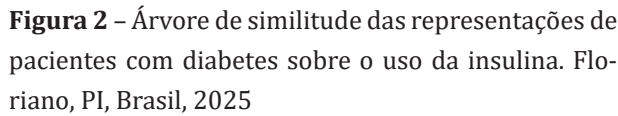
Esses achados indicam que a autogestão é construída a partir da experiência, sendo mediada por tentativas, erros e aprendizados progressivos.

Redes de apoio e lacunas no cuidado na autogestão da insulino terapia

O suporte profissional e familiar emergiu como elemento central no processo de autogestão, especialmente no início da insulino terapia. Em alguns casos,

No entanto, também foram identificadas lacunas importantes no processo educativo, com orientações consideradas insuficientes para o manejo autônomo: *Achei que teria muito mais informações, mas só tive o necessário* (P8). A dependência de terceiros, sobretudo familiares, foi frequente no início do tratamento: *Quem aplicava era minha mãe... até que eu tive que aprender sozinha* (P8).

Além disso, na árvore de similitude (Figura 2) é apresentado um agrupamento geral de palavras extraídas dos depoimentos dos pacientes, onde cada cluster indica palavras com significados próximos, mostrando temas centrais na percepção dos pacientes que se somam à nuvem de palavras.



do a complexidade do manejo cotidiano descrito pelos participantes. A proximidade entre termos relacionados à orientação e aos profissionais de saúde sugere que o suporte profissional ocupa lugar relevante nas narrativas dos participantes, especialmente no que se refere ao aprendizado e à condução do tratamento.

Observa-se também que a adaptação com a autoaplicação da insulina ocorre em um processo gradual. A alimentação surge como aspecto central no controle da doença, exigindo disciplina e mudanças de hábito, principalmente em relação ao açúcar e carboidratos. De modo geral, o DM é percebido como uma condição difícil, que alcança as dimensões emocionais e comportamentais do indivíduo, mas que com acompanhamento, acolhimento e orientação adequada pode se tornar um processo mais leve.

Discussão

Os achados deste estudo evidenciam que a autogestão da insulino terapia na APS ultrapassa a dimensão técnico-operacional, configurando-se como um processo complexo, dinâmico e profundamente atravessado por aspectos psicossociais que podem diminuir a motivação e dificultar a participação em programas de autogestão estruturados⁽¹⁹⁾. A predominância de participantes com menor escolaridade e pertencentes a grupos socialmente vulneráveis sugere que a capacidade de autogestão não pode ser compreendida de forma dissociada das desigualdades sociais, que condicionam o acesso à informação, a compreensão das orientações e a autonomia no cuidado⁽²⁰⁾. Nesse contexto, a autogestão vai além da mera adesão ao tratamento, abrangendo um processo dinâmico de conciliação entre saúde, identidade e autonomia⁽²¹⁾.

Seguindo esse direcionamento, é preciso diferenciar dois termos que, embora muitas vezes sejam componentes relacionados, configuram-se como elementos distintos no cuidado do DM: autogestão e autocuidado. A autogestão (ou autogerenciamento) envolve comportamentos orientados por profissionais de saúde, enquanto o autocuidado refere-se a

ações autônomas realizadas pelo próprio paciente para manter a saúde e prevenir complicações. Embora frequentemente utilizados como sinônimos, ambos se complementam e favorecem a colaboração contínua entre pacientes e profissionais de saúde⁽²²⁾.

A experiência inicial com a insulino terapia, marcada por medo, negação e associação com agravamento da doença, revela crenças influenciadas pelo contexto sociocultural e moldadas dinamicamente pelas experiências⁽²³⁾. Tais percepções contribuem para a não adesão inicial ao tratamento e evidenciam a necessidade de compreender a dinâmica afetiva e cognitiva complexa e em constante mudança que ocorre no que, para muitos, pode parecer simples e ao mesmo tempo desconcertante, ou seja, a transição dos pacientes da prescrição da insulino terapia para a sua implementação⁽²⁴⁾.

A ressignificação progressiva da insulina, de elemento associado à morte para instrumento de autonomia e controle, aponta que, embora pacientes tenham uma boa convivência e aceitação da doença atualmente, vários deles relataram revolta e dificuldade de aceitar a doença no início do diagnóstico⁽²⁵⁾. Essa transição demonstra um processo de reconstrução identitária, no qual o paciente incorpora gradativamente a condição crônica à sua vida, o que reforça a necessidade de um cuidado centrado na pessoa, que reconheça e acolha as dimensões emocionais do adoecimento. Assim, a insulino terapia pode representar uma experiência de reorganização biográfica, na qual o indivíduo ajusta práticas, expectativas e vínculos sociais diante das exigências impostas pela condição crônica⁽²⁶⁾.

A análise das práticas cotidianas revela que a autogestão se constitui como um campo de negociações constantes entre prescrições biomédicas e a realidade vivida. A alimentação, destacada como eixo central do controle glicêmico, não se restringe a uma dimensão nutricional, mas envolve aspectos culturais, sociais, econômicos e afetivos, o que torna sua modificação um processo estrutural e político⁽²⁰⁾. Ademais, a coexistência entre restrição e transgressão alimentar demonstra que a adesão não pode ser interpretada

de forma dicotômica (adesão/não adesão), mas como uma série de análises e considerações por parte dos pacientes⁽²⁴⁾. De modo semelhante, o manejo da insulino terapia, que exige ajustes contínuos e monitoramento frequente, evidencia a complexidade do cuidado e a necessidade de competências que vão além da simples execução de técnicas, incluindo tomada de decisão, interpretação de sinais e autorregulação.

Os resultados também revelam uma tensão importante entre dependência e autonomia no processo de autogestão. Embora o apoio familiar e profissional seja fundamental, especialmente no início do tratamento, a insuficiência de orientações estruturadas limita a construção de uma autogestão efetiva, pois os pacientes podem ter dificuldades para entender instruções de saúde complexas ou tomar decisões informadas sobre seus cuidados⁽²²⁾.

Essa fragilidade educativa sugere que o cuidado na APS ainda pode permanecer centrado em orientações pontuais, pouco sistematizadas e nem sempre sensíveis às singularidades, conhecimentos prévios e necessidades concretas dos usuários⁽²⁷⁾. A análise lexical, utilizada de forma complementar, reforçou elementos já identificados nas entrevistas, especialmente a centralidade de termos operacionais relacionados à insulina, à aplicação e à alimentação, bem como a presença de expressões associadas ao medo e à dificuldade. Esses achados sugerem que a experiência da insulino terapia combina demandas práticas e emocionais, o que reforça a necessidade de integrar suporte técnico, educativo e emocional no acompanhamento das pessoas com diabetes. Além disso, a centralidade do médico como principal fonte de orientação evidencia uma subutilização do potencial da equipe multiprofissional, especialmente do enfermeiro, cuja atuação é estratégica na educação em saúde, no acompanhamento longitudinal e no fortalecimento da autonomia do usuário.

Sob uma perspectiva crítica, os resultados sugerem que o modelo atual de cuidado ainda privilegia a lógica prescritiva, centrada no “o que fazer”, em detrimento de uma abordagem que valorize o “como

fazer” e o “por que fazer”, fundamentais para a construção de uma autogestão informada e sustentável. Nesse sentido, a promoção da autonomia não pode ser entendida apenas como transferência de responsabilidades para o paciente, mas envolve o estabelecimento de objetivos e o trabalho colaborativo com profissionais de saúde, além de abordar desafios psicológicos para o alcance do sucesso do manejo a longo prazo, incluindo educação estruturada, definição de metas e empoderamento dos pacientes⁽²²⁾.

Por fim, este estudo contribui para a compreensão da autogestão da insulino terapia como um fenômeno multidimensional, que exige a articulação entre conhecimento técnico, suporte emocional, condições sociais favoráveis e acompanhamento longitudinal. Os achados reforçam a necessidade de reorientação das práticas na APS, com fortalecimento do papel da enfermagem, ampliação das estratégias de educação em saúde e incorporação de abordagens centradas na pessoa, capazes de promover não apenas o controle glicêmico, mas também a autonomia, a qualidade de vida e o empoderamento dos indivíduos no cuidado de sua condição crônica.

Limitações do estudo

Como limitação, destaca-se o recorte restrito a um único município, o que pode limitar a transferência dos resultados para outros contextos com diferentes características socioculturais e organizacionais da APS. Além disso, a amostra composta por participantes em uso de insulina, predominantemente pertencentes a grupos socialmente vulneráveis, pode refletir experiências específicas que não contemplam a diversidade de perfis de pessoas com diabetes. Outro aspecto refere-se à possibilidade de viés de memória e desejabilidade social, uma vez que os dados foram obtidos por meio de entrevistas, podendo os participantes enfatizar experiências mais marcantes ou socialmente aceitáveis. Ademais, embora a análise lexical tenha contribuído para aprofundar a compreensão dos significados atribuídos à insulino terapia, essa

abordagem pode não captar integralmente a complexidade das experiências individuais. Por fim, não foram exploradas variáveis clínicas objetivas, como níveis glicêmicos ou adesão mensurada, o que limita a articulação direta entre percepções e desfechos clínicos.

Contribuições para a prática

A incorporação da temática da autogestão da insulino-terapia na formação em saúde e na educação permanente contribui para o desenvolvimento de profissionais mais preparados para atuar no cuidado às condições crônicas, com ênfase na educação em saúde, no vínculo e no acolhimento das dimensões subjetivas do adoecimento. Além disso, o fortalecimento do cuidado centrado na pessoa na APS requer a valorização de estratégias educativas contínuas, personalizadas e contextualizadas, que promovam o letramento em saúde, a autonomia e a corresponsabilização no manejo do DM. Destaca-se, ainda, a ampliação do papel da enfermagem na condução de ações educativas, no acompanhamento longitudinal e no suporte emocional, bem como a utilização de tecnologias leves, como escuta qualificada, comunicação efetiva e construção de vínculos. Tais estratégias favorecem a integração entre saber técnico e experiência do usuário, contribuindo para o cuidado integral, a melhoria do controle glicêmico e a promoção da qualidade de vida das pessoas com diabetes no território.

Conclusão

O estudo desvelou que a autogestão da insulino-terapia na Atenção Primária à Saúde configura-se como um processo complexo, dinâmico e multidimensional, influenciado por fatores emocionais, sociais e estruturais. A experiência com o uso da insulina é inicialmente marcada por medo e baixa adesão, sendo progressivamente ressignificada como instrumento de controle e autonomia à medida que os pacientes desenvolvem conhecimentos e habilidades para o manejo da doença. Destacam-se, contudo, desafios relacionados à in-

suficiência de orientações estruturadas, à sobrecarga emocional e às dificuldades na incorporação das recomendações terapêuticas ao cotidiano. Nesse contexto, observa-se a necessidade de reorientação das práticas assistenciais, com fortalecimento das estratégias de educação em saúde, ampliação do papel da equipe multiprofissional, especialmente da enfermagem, e incorporação de abordagens centradas na pessoa.

Conclui-se que a promoção de autogestão efetiva requer processos educativos contínuos, contextualizados e sensíveis às singularidades dos indivíduos, capazes de integrar suporte técnico, emocional e social, com vistas à melhoria do controle glicêmico, da autonomia e da qualidade de vida das pessoas com diabetes.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados: **Lira Neto JCG**. Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: **Lira Neto JCG, Bezerra MAR**. Aprovação final da versão a ser publicada e Concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integridade de qualquer parte sejam investigadas e resolvidas adequadamente: **Campos LFR, Lira Neto JCG, Bezerra MAR, Ribeiro IAP, Rocha RC, Nogueira JM, Brito MA**.

Disponibilidade de dados

O conjunto de dados que dá suporte aos resultados estará disponível mediante solicitação ao autor correspondente.

Referências

1. Hasankhani MB, Mirzaei H, Karamoozian A. Global trend analysis of diabetes mellitus incidence, mortality, and mortality-to-incidence ratio from 1990 to 2019. *Sci Rep.* 2023;13(1):21908. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-49249-0>
2. Hossain MJ, Al-Mamun M, Islam MR. Diabetes mellitus, the fastest growing global public health

- concern: Early detection should be focused. *Health Sci Rep*. 2024;7(3):e2004. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/hsr2.2004>
3. Tegegne KD, Gebeyehu NA, Yirdaw LT, Yitayew YA, Kassaw MW. Determinants of poor glycemic control among type 2 diabetes in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2024;12:1256024. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1256024>
 4. Bitew ZW, Alemu A, Jember DA, Tadesse E, Getaneh FB, Sied A, et al. Prevalence of glycemic control and factors associated with poor glycemic control: a systematic review and meta-analysis. *Inquiry*. 2023;60:469580231155716. doi: <https://doi.org/10.1177/00469580231155716>
 5. Genitsaridi I, Salpea P, Salim A, Sajjadi SF, Tomic D, James S, et al. 11th edition of the IDF Diabetes Atlas: global, regional, and national diabetes prevalence estimates for 2024 and projections for 2050. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2026;14(2):149-56. doi: [http://doi.org/10.1016/S2213-8587\(25\)00299-2](http://doi.org/10.1016/S2213-8587(25)00299-2)
 6. Parker ED, Lin J, Mahoney T, Ume N, Yang G, Gabbay RA, et al. Economic costs of diabetes in the U.S. in 2022. *Diabetes Care*. 2024;47(1):26-43. doi: <https://doi.org/10.2337/dci23-0085>
 7. Borrelli EP. Estimating the annual cost burden of diabetic peripheral neuropathy in the United States. *Endocrine*. 2025;90(1):60-5. doi: <https://doi.org/10.1007/s12020-025-04318-4>
 8. McGill JB, Hirsch IB, Parkin CG, Aleppo G, Levy CJ, Gavin JR. The current and future role of insulin therapy in the management of type 2 diabetes: a narrative review. *Diabetes Ther*. 2024;15(5):1085-98. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s13300-024-01569-8>
 9. Yokoyama H, Araki SI, Yamazaki K, Kawai K, Shirabe SI, Oishi M, et al. Trends in glycemic control in patients with insulin therapy compared with non-insulin or no drugs in type 2 diabetes in Japan: a long-term view of real-world treatment between 2002 and 2018 (JDDM 66). *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2022;10(3):e002727. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2021-002727>
 10. Leon C, Crowley C, Hogan H, Jani YH. Exploring the complexity of safe insulin management during transfer of care using qualitative methods. *Diabet Med*. 2025;42(8):e70054. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/dme.70054>
 11. Fonseca LM, Schmidt JJ, Snoek FJ, Weinstock RS, Chaytor N, Stuckey H, et al. Barriers and facilitators of self-management in older people with type 1 diabetes: a narrative review focusing on cognitive impairment. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2024;17:2403-17. doi: <https://doi.org/10.2147/DMSO.S410363>
 12. Rodriguez P, San Martin VT, Pantalone KM. Therapeutic inertia in the management of type 2 diabetes: a narrative review. *Diabetes Ther*. 2024;15(3):567-83. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s13300-024-01530-9>
 13. Tolentino DA, Boy P, Long SN, Roca RPE, Peña M, Palao GMG, et al. Navigating type 2 diabetes care: Asian American perspectives on self-management education and support. *Sci Diabetes Self Manag Care*. 2025;51(3):225-40. doi: <https://doi.org/10.1177/26350106251337487>
 14. Mourão DM, Santos GMS, Duarte GC. Enhancing diabetes self-management through the AADE7 self-care behaviors framework: an observational study. *Einstein (São Paulo)*. 2025;23:eAO1213. doi: https://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2025AO1213
 15. Landu ZK, Crowley T. Primary health care nurses' knowledge, self-efficacy and performance of diabetes self-management support. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2023;15(1):e1-7. doi: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v15i1.3713>
 16. Yimer YS, Ahmed AA, Addissie A, Kidane EG, Reja A, Abdela AA. Patients and healthcare providers needs and challenges in diabetes self-management and support in Ethiopian primary healthcare context. *BMC Health Serv Res*. 2025;25(1):774. doi: <http://doi.org/10.1186/s12913-025-12953-w>
 17. Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, et al. Processes of self-management in chronic illness. *J Nurs Scholarsh*. 2012;44(2):136-44. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x>
 18. Thorne S, Stephens J, Truant T. Building qualitative study design using nursing's disciplinary epistemology. *J Adv Nurs*. 2016;72(2):451-60. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12822>

19. Guldemon N. What is meant by 'integrated personalized diabetes management': a view into the future and what success should look like. *Diabetes Obes Metab.* 2024;26(Suppl. 1):14-29. doi: <https://doi.org/10.1111/dom.15476>
20. Woodward A, Walters K, Davies N, Nimmons D, Protheroe J, Chew-Graham CA, et al. Barriers and facilitators of self-management of diabetes amongst people experiencing socioeconomic deprivation: a systematic review and qualitative synthesis. *Health Expect.* 2024;27(3):e14070. doi: <https://doi.org/10.1111/hex.14070>
21. Diviani N. Self-management. In: Bennett G, Goodall E. *The Palgrave Encyclopedia of Disability*. Cham: Springer Nature Switzerland; 2025. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-031-40858-8_441-1
22. Puzhakkal S, Kavanagh S, Conway B, Kow CS, Hasan SS. Self-care and self-management in diabetes: concepts, theories and practices. *Int J Clin Pharm.* 2025;47(6):2094-100. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s11096-025-01941-z>
23. Liu C, Roza J, Ooi CW, Mathew BK, Elya, Tang WE. Impact of patients' beliefs about insulin on acceptance and adherence to insulin therapy: a qualitative study in primary care. *BMC Prim Care.* 2022;23(1):15. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12875-022-01627-9>
24. Cleves-Valencia JJ, Roncancio-Moreno M, Picione RL. Beyond Therapeutic Adherence: Alternative Pathways for Understanding Medical Treatment in Type 1 Diabetes Mellitus. *Int J Environ Res Public Health.* 2024;21(3):320. doi: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph21030320>
25. Lemos CA, Gonçalves AMRF, Vieira EM, Pereira LRL. Learning demands of diabetes self-management: a qualitative study with people who use insulin. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2024;32:e4167. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6963.4167>
26. Potter DA. Biographical disruption, redefinition, and recovery: Illness identities of women with depression and diabetes. *Health.* 2024;28(6):918-36. doi: <http://doi.org/10.1177/13634593231213773>
27. Andrade RC, Campos HLM, Alves TF, Braga JAC, Dantas ENT, Leon EB. Perception of diabetic users about self-care for their feet: a qualitative analysis. *Cogitare Enferm.* 2024;29:e92149. doi: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.92149>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons