

Atividades de autocuidado, variáveis sociodemográficas, tratamento e sintomas depressivos entre idosos com Diabetes Mellitus

Self-care activities, sociodemographic variables, treatment and depressive symptoms among older adults with Diabetes Mellitus

Actividades de autocuidado, variables sociodemográficas, tratamiento y síntomas depresivos entre adultos mayores con Diabetes Mellitus

Fernanda Auxiliadora Trevizani¹

ORCID: 0000-0003-2840-558X

Daniella Tech Doreto¹

ORCID: 0000-0001-9422-7449

Gabriella Santos Lima¹

ORCID: 0000-0001-8657-4002

Sueli Marques¹

ORCID: 0000-0002-4301-087X

¹Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Trevizani FA, Doreto DT, Lima GS, Marques S. Self-care activities, sociodemographic variables, treatment and depressive symptoms among older adults with Diabetes Mellitus. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 2):22-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0579>

Autor Correspondente:

Fernanda Auxiliadora Trevizani
E-mail: fernanda_trevizani@hotmail.com



Submissão: 18-08-2017 **Aprovação:** 10-01-2019

RESUMO

Objetivo: Analisar relação entre atividades de autocuidado de idosos com Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM) e variáveis sociodemográficas, tipo de tratamento e sintomas depressivos.

Método: Estudo inferencial e transversal, com 121 idosos com DM Tipo 2 em atendimento ambulatorial. Utilizaram-se Questionário para caracterização sociodemográfica e de saúde, Questionário Atividades de autocuidado com o DM, Miniexame do Estado Mental e Escala de Depressão Geriátrica. Para associação das variáveis, foi utilizado teste exato de Fisher. Para comparação das médias, foram realizados teste t-Student e análise de variância.

Resultados: A média de idade foi 68,1 anos, sendo a maioria mulheres (57,2%), aposentados (71,9%) e casados (65,3%). As maiores médias foram para as atividades "secar os espaços entre os dedos dos pés, depois de lavá-los" e as menores para "prática de atividades físicas".

Conclusão: Apesar das médias elevadas para as atividades de autocuidado, observou-se a necessidade de seu melhor desempenho e adesão.

Descritores: Idoso; Autocuidado; Diabetes Mellitus; Envelhecimento; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the association between self-care activities of older adults with Type 2 Diabetes Mellitus (DM) and sociodemographic variables, type of treatment and depressive symptoms. **Method:** inferential and cross-sectional study, with 121 older adults with Type 2 DM in ambulatory care. We used a questionnaire for characterization of sociodemographic and health, questionnaire self-care activities with DM, Mini Mental State Examination and Geriatric Depression Scale. The association of variables was used (Fisher's exact test) and for comparing the means (Student's t-test and analysis of variance). **Results:** The mean age was 68.1 years, the majority were women (57.2%), retired (71.9%) and married (65.3%). The highest averages were for the activities: "to dry the spaces between the toes, after washing them" and smaller averages for "exercise".

Conclusion: In spite of high average for self-care activities, there is a need for enhanced performance and compliance to them.

Descriptors: Aged; Self Care; Diabetes Mellitus; Aging; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la relación entre las actividades de autocuidado de adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM) y las variables sociodemográficas, clase de tratamiento y síntomas depresivos. **Método:** se trata de un estudio inferencial y transversal realizado entre 121 adultos mayores con DM tipo 2 en atención ambulatoria, desarrollado mediante el Cuestionario para la caracterización sociodemográfica y de salud, el de Actividades de Autocuidado con la DM, el Mini Examen del Estado Mental y la Escala de Depresión Geriátrica. Para asociar las variables se utilizó la Prueba Exacta de Fisher y para comparar los promedios, la Prueba t de Student y el Análisis de varianza. **Resultados:** la edad promedio era de 68,1 años, la mayoría del sexo femenino (57,2%), jubilados (71,9%) y casados (65,3%). Los promedios más altos apuntaron hacia las actividades: "secar los espacios entre los dedos después de lavarlos" y los más bajos hacia la "práctica de actividades físicas". **Conclusión:** A pesar de los promedios elevados en las actividades de autocuidado, se nota la necesidad de mejorar el rendimiento y el cumplimiento de las mismas.

Descritores: Anciano; Autocuidado; Diabetes Mellitus; Envejecimiento; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. No ano de 2015, a população de idosos, no mundo, aumentou para 900 milhões e espera-se que em 2050 haja 2100 milhões de idosos, ou seja, 22,0% da população global⁽¹⁾.

Nesse cenário, surge o aumento das condições crônicas não transmissíveis, como o Diabetes Mellitus (DM), que tem apresentado altas prevalências em virtude do envelhecimento populacional, da maior urbanização, do progressivo predomínio de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevivência de pacientes com essa doença. Estima-se que em 2035 a população mundial com DM deverá atingir 471 milhões de pessoas⁽²⁾. No Brasil, também é observado um aumento do número de pessoas diagnosticadas com DM, acometendo mais de 14,3 milhões de pessoas⁽³⁻⁴⁾.

O Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) é caracterizado pela deterioração da função da célula beta-pancreática, resultando a combinação da resistência à ação da insulina e da resposta secretora inadequada de insulina compensatória. É causada pela interação de fatores genéticos e ambientais. Existem fatores que contribuem para o desenvolvimento do DM2, tais como hereditariedade, idade maior ou igual a 45 anos, excesso de peso, sedentarismo, hipertensão arterial, doença coronariana HDL baixo ou triglicérides elevados, uso de medicamentos hiperglicemiantes (corticoides, betabloqueadores) e DM gestacional prévio⁽²⁾.

Dentre as condições crônicas, destacam-se, também, a prevalência de doenças neurológico-degenerativas e as tendências à depressão⁽⁵⁾. Estima-se que entre 15 a 25% da população geral tenham sintomas depressivos e, no Brasil, entre 24 a 30 milhões de pessoas tenham ou virão a ter, pelo menos, um episódio depressivo no decorrer da vida⁽⁶⁾. Destacamos ainda que a depressão é mais comum em adultos mais velhos com DM do que na população mais jovem, sendo que sua prevalência parece aumentar com a duração dessa doença⁽⁷⁾. O diagnóstico precoce de depressão é necessário para um adequado controle glicêmico e prevenção de complicações metabólicas⁽⁸⁾.

A existência de condições crônicas implica em mudanças significativas no estilo e na qualidade de vida do indivíduo. O autocuidado é um dos aspectos a serem abordados e incentivados, uma vez que sua prática melhora o estado de saúde e reduz o custo com os tratamentos⁽⁹⁾. A prática de autocuidado é definida como ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem-estar⁽¹⁰⁾.

As práticas de autocuidado ajudam no controle metabólico do DM⁽¹¹⁾. Sendo assim, a adesão a hábitos de vida saudável é fundamental para o tratamento da doença.

Considerando a prevalência de DM na população idosa e o grau de complexidade das atividades de autocuidado necessárias para o adequado controle da doença, bem como a consequente diminuição da ocorrência das complicações, com vistas à melhor qualidade de vida para essa amostra populacional, observa-se a necessidade de avaliar a prática de atividades de autocuidado do idoso com diabetes.

OBJETIVO

Verificar a relação entre a atividade de autocuidado com o DM e as variáveis sociodemográficas, tipo de tratamento e os sintomas de depressão de idosos com DM2 acompanhados em

um Ambulatório de Diabetes de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista.

MÉTODO

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, mediante o protocolo n°23330013.7.0000.5393. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo quantitativo, inferencial e transversal desenvolvido no Ambulatório de Diabetes de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista, no período de fevereiro a junho de 2014.

Amostra, critérios de inclusão e exclusão

A amostra do estudo foi composta por 121 idosos com DM2 e que atenderam aos critérios de inclusão: possuir 60 anos ou mais de idade, sexo masculino ou feminino, ter diagnóstico médico de DM2, estar em atendimento no referido Ambulatório e apresentar no momento da entrevista condições cognitivas para compreender e responder ao questionário (avaliada por meio da aplicação do Miniexame do Estado Mental). Para a seleção da amostra, utilizou-se amostragem de conveniência, que é um tipo de amostragem não probabilística, na qual a probabilidade de um indivíduo ser incluído não é conhecida⁽¹²⁾.

Protocolo do Estudo

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, utilizando-se:

- Miniexame do Estado Mental (MEEM), validado e modificado no Brasil⁽¹³⁾, que vem sendo utilizado para detecção de perdas cognitivas e avaliação da evolução das doenças e de respostas ao tratamento. Permite um escore total de 30 pontos, sendo que valores mais altos indicam melhor desempenho cognitivo. Neste estudo, optou-se por utilizar a nota de corte baseada nos níveis de escolaridade do idoso⁽¹⁴⁾;
- Questionário para caracterização sociodemográfica e de saúde dos idosos. Aborda questões referentes a aspectos sociais, informações sobre o diagnóstico e tratamento. Foi elaborado pela pesquisadora com base na literatura dessa temática⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ e submetido à validação de face. Para a validação, é necessário a colaboração de profissionais especialistas na área ou de sujeitos da pesquisa, para ler o instrumento e avaliar o conteúdo⁽¹⁷⁾. Assim, foi encaminhado para análise de três pesquisadores das áreas de geriatria, gerontologia e endocrinologia;
- Questionário de Atividades de Autocuidado com Diabetes (QAD), desenvolvido para avaliar a adesão às atividades de autocuidado do paciente com DM. A versão traduzida, adaptada e validada para a cultura brasileira a partir do *The Summary of*

Diabetes Self Care Activities Measure apresentou consistência interna medida pelo alpha de *Cronbach* 0,47⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Possui 15 itens de avaliação do autocuidado com o DM e três itens para a avaliação do tabagismo, distribuídos em sete dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidado com os pés, uso da medicação e tabagismo. O escore de cada item varia de 0 a 7, sendo zero a situação menos desejável e sete a mais favorável, exceto para a dimensão alimentação específica que aborda o consumo de alimentos ricos em gordura e doces, cujos valores foram invertidos⁽¹⁹⁾;

- Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15), que tem a finalidade de rastrear os transtornos de humor em idosos, construída e reduzida⁽²⁰⁾. Para este estudo, adotou-se o escore maior ou igual a 5, para determinar a presença de sintomas depressivos nos idosos estudados, conforme proposto⁽²¹⁾.

Análise dos resultados e estatística

Para o processamento dos dados, foi elaborada uma planilha no programa computacional Microsoft Excel, com dupla digitação e validação dos dados. Posteriormente, o banco de dados foi exportado para o software estatístico SAS[®] 9.0, para a realização das análises.

Para verificar as associações entre as variáveis categóricas, foi utilizado teste exato de Fisher. A medida de consistência interna para os itens do QAD foi avaliada pelo coeficiente alpha de *Cronbach*. Para comparações de médias, foi utilizado o teste t para duas médias e o teste de homogeneidade de variâncias de Bartlett foi aplicado para avaliar o cumprimento do pressuposto de homocedacidade⁽²²⁻²³⁾. O nível de significância foi fixado em 5% para todos os testes.

RESULTADOS

Quanto à caracterização sociodemográfica dos idosos, a média de idade foi de 68,1 anos, a maioria (57,2%) de mulheres, 65,3% eram casados(as) ou moravam com companheiro(a), com a média de anos de estudo de 3,9 (DP=4,3). Quanto à profissão/ocupação, 71,9% eram aposentados e a renda familiar média foi de R\$1.885,38 (Tabela 1).

Referente ao tipo de tratamento adotado para o DM2, 79,3% mencionaram a dieta, 55,4% o uso de associação de antidiabético oral (ADO) e insulina, 33,8% a utilização da insulina e 10,9% o uso do ADO, sendo que 67,8% não realizavam atividade física. Vale destacar que as categorias de tratamento não eram excludentes, permitindo ao participante indicar mais que uma delas.

Quanto às médias de dias na semana em que as atividades de autocuidado eram realizadas, observou-se

que as maiores médias foram para as atividades de “secar os espaços entre os dedos dos pés, depois de lavá-los”; 6,4 (DP=1,8), sendo as menores para as atividades de “realizar atividades físicas por, pelo menos, 30 minutos”, 1,6 (DP=2,6), e “realizar exercício físico específico (nadar, caminhar)”, 1,6 (DP=2,5) (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição dos idosos com DM2 (N=121) em seguimento ambulatorial, segundo as variáveis: faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação e renda, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014

Variáveis	n	%	Mínimo	Máximo	Média (DP)*
Idade			60	86	68,1 (6,2)
60 a 69	80	66,1			
70 a 79	33	27,2			
80 e +	8	6,6			
Sexo					
Feminino	69	57,2			
Masculino	52	42,9			
Estado Civil					
Solteiro(a)	6	5,0			
Casado(a)/morando com companheiro(a)	79	65,3			
Viúvo	29	24,0			
Divorciado/separado	7	5,8			
Escolaridade			0,0	20,0	3,9 (4,3)
Analfabetos	39	32,2			
Lê e escreve informal	8	6,6			
Primeiro grau incompleto	32	26,5			
Primeiro grau completo	22	18,2			
Segundo grau incompleto	6	5,0			
Segundo grau completo	0	0,0			
Terceiro grau completo	5	4,1			
Outros	9	7,4			
Profissão/Ocupação					
Aposentado(a)	87	71,9			
Pensionista	16	13,2			
Desempregado(a)	0	0			
Do lar	7	5,8			
Autônomo	4	3,3			
Outros	7	5,8			
Renda familiar			700,00	6.000,00	1.855,38 (1.034,72)
Total	121	100			

Tabela 2 - Estatística descritiva dos itens do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes para os idosos com DM2 (N=121) em seguimento ambulatorial, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014

Itens do QAD	Média (dias)	Desvio Padrão (DP)
1. Seguir uma dieta saudável	4,9	2,5
2. Seguir a orientação alimentar dada por um profissional	3,4	3,1
3. Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ ou vegetais	4,6	2,6
4. Ingerir carne vermelha e/ ou derivados de leite integral	4,9	2,6
5. Ingerir doces	0,8	1,5
6. Realizar atividades físicas por, pelo menos, 30 minutos	1,6	2,6
7. Realizar exercício físico específico (nadar, caminhar)	1,6	2,5
8. Avaliar o açúcar no sangue	5,4	2,5
9. Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	5,5	2,5
10. Examinar os pés	4,8	3,0
11. Examinar dentro dos sapatos antes de calçá-los	4,2	3,2
12. Secar os espaços entre os dedos dos pés, depois de lavá-los	6,4	1,8
13. Tomar injeções de insulina conforme recomendado	6,1	2,3
14. Tomar o número indicado de comprimidos do diabetes	4,5	3,3

Nota: QAD = Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes.

Em relação ao tabagismo, 51,2% dos idosos relataram que nunca fumaram e 5,8% referiram o hábito de fumar, com média de 0,3 cigarros/dia.

Referente aos sintomas depressivos, 55,4% apresentaram e 44,6% não evidenciaram tais sintomas.

Na comparação entre as médias para as dimensões do QAD e as variáveis estado civil, escolaridade e renda dos idosos estudados, houve significância estatística entre a variável estado civil e a dimensão monitorização da glicemia ($p=0,03$), evidenciando menores médias de dias na semana para os solteiros, 3,3 ($DP=3,3$), e para os divorciados/separados, 4,0 ($DP=2,4$). Observa-se, também, significância estatística entre a variável renda e a dimensão alimentação específica ($p=0,00$), mostrando menor média, 3,8

($DP=1,4$), para os idosos que se encontravam no 1º tercil de renda, ou seja, possuíam renda de até R\$ 1.300,00 (Tabela 3).

Na comparação entre as médias para as dimensões do QAD e a variável tipos de tratamento dos participantes deste estudo, observou-se que houve significância estatística entre os seguintes: tratamento com dieta e a dimensão cuidados com os pés ($p=0,03$); tratamento com insulina e as dimensões monitorização da glicemia ($p=0,01$) e medicação ($p=0,00$); tratamento com ADO e insulina e as dimensões monitorização da glicemia ($p=0,01$) e medicação ($p=0,00$); tratamento com ADO e as dimensões alimentação geral ($p=0,01$), monitorização da glicemia ($p=0,00$), medicação ($p=0,01$) e atividade física com a dimensão atividade física ($p=0,00$) (Tabela 4).

Tabela 3 - Estatística descritiva e teste de comparação entre as médias para as dimensões do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes e as variáveis estado civil, escolaridade e renda dos idosos (N=121) em seguimento ambulatorial, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014

Variáveis	Dimensões do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes											
	Alimentação Geral		Alimentação Específica		Atividade Física		Monitorização Glicemia		Cuidados com pés		Medicação	
	Média (DP)	Valor de p	Média (DP)	Valor de p	Média (DP)	Valor de p	Média (DP)	Valor de p	Média (DP)	Valor de p	Média (DP)	Valor de p
Estado Civil*												
Solteiro	4,6 (3,1)		4,0 (1,0)		1,1 (2,8)		3,3 (3,3)		4,6 (2,0)		5,8 (1,2)	
Casado	4,3 (2,4)	0,22	4,2 (1,3)	0,84	1,5 (2,4)	0,42	5,5 (2,3)	0,03	5,4 (1,9)	0,23	5,9 (1,9)	0,70
Viúvo	3,3 (2,5)		4,4 (1,5)		1,4 (2,5)		5,9 (2,1)		4,6 (2,2)		5,6 (1,1)	
Divorciado/Separado	4,7 (2,4)		4,3 (1,4)		3,0 (2,8)		4,0 (2,4)		5,2 (2,1)		6,0 (1,2)	
Anos de Estudo												
Nenhum	4,2 (2,5)		4,2 (1,3)		1,9 (2,8)		5,3 (2,4)		5,0 (2,2)		5,6 (1,1)	
1 a 4 anos	3,9 (2,5)	0,51	4,1 (1,4)	0,82	1,0 (2,1)	0,37	5,6 (2,4)	0,74	5,2 (1,9)	0,59	5,9 (1,2)	0,47
5 a 8 anos	4,7 (2,5)		4,4 (1,6)		2,1 (2,8)		4,9 (2,2)		5,0 (1,7)		6,1 (1,1)	
9 a 11 anos	2,9 (2,5)		4,5 (1,5)		1,8 (3,1)		5,0 (3,4)		4,3 (2,8)		5,3 (1,1)	
12 e +	4,6 (1,9)		4,6 (1,0)		1,0 (1,5)		6,1 (1,4)		6,0 (2,2)		5,9 (1,2)	
Tercil de Renda*												
1º até R\$ 1.399,99	4,1 (2,4)		3,8 (1,4)		1,1 (2,2)		5,7 (2,3)		4,9 (2,1)		5,7 (1,1)	
2º R\$ 1.400,00 até 2.099,99	4,2 (2,4)	0,94	4,0 (1,3)	0,00	2,0 (2,7)	0,26	5,4 (2,5)	0,66	5,3 (1,9)	0,74	5,9 (1,2)	0,77
3º R\$ 2.100,00	4,0 (2,6)		4,9 (1,2)		1,4 (2,4)		5,2 (5,3)		5,1 (2,2)		5,8 (1,1)	

Nota: * Teste de comparação de médias pela análise de variância, valor significativo $p<0,05$.

Tabela 4 - Estatística descritiva e teste de comparação entre as médias para as dimensões do Questionário de Atividades de Autocuidado com Diabetes e a variável tipo de tratamento dos idosos em seguimento ambulatorial (N=121), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014

Variáveis	Tipos de tratamento	n	Dimensões do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes											
			Alimentação Geral		Alimentação Específica		Atividade Física		Monitorização Glicemia		Cuidados com pés		Medicação	
			Média (DP)	Valor de p	Média (DP)	Valor de p	Média (DP)	Valor de p	Média (DP)	Valor de p	Média (DP)	Valor de p	Média (DP)	Valor de p
Dieta														
Não	(25)	0,7(1,0)	1,00	4,2(1,2)	0,48	1,8(2,6)	0,29	4,8(2,8)	0,06	4,4(2,3)	0,03	5,7(1,1)	0,37	
Sim	(96)	5,0(1,9)		4,2(1,4)		1,4(2,5)		5,6(2,2)		5,3(1,9)		5,8(1,1)		
Insulina														
Não	(80)	4,1(2,5)	0,49	4,2(1,4)	0,43	1,7(2,5)	0,18	5,1(2,5)	0,01	5,2(2,0)	0,20	6,4(0,9)	0,00	
Sim	(41)	4,1(2,0)		4,3(1,3)		1,2(2,4)		6,1(1,7)		5,0(2,4)		4,6(0,1)		
Associação (ADO+insulina)														
Não	(54)	3,7(2,4)	0,09	4,2(1,3)	0,47	1,5(2,6)	0,46	4,8(2,7)	0,01	4,9(2,2)	0,20	4,6(0,1)	0,00	
Sim	(67)	4,3(2,4)		4,2(1,4)		1,5(2,4)		5,9(1,9)		5,2(1,9)		6,8(0,6)		
Antidiabético Oral														
Não	(108)	4,2(2,4)	0,01	4,2(1,4)	0,44	1,4(2,4)	0,10	6,0(1,8)	0,00	5,1 (2,0)	0,32	5,9(1,1)	0,00	
Sim	(13)	2,6(2,7)		4,2(1,2)		2,3(3,1)		1(1,5)		4,8(2,4)		4,6(0,0)		
Atividade Física														
Não	(82)	3,9(2,4)	0,06	4,3(1,4)	0,49	0,1(0,9)	0,00	5,3(2,4)	0,35	4,9(2,1)	0,06	5,7(1,1)	0,20	
Sim	(39)	4,5(2,4)		4,3(1,4)		4,3(2,2)		5,6(2,1)		5,5(1,9)		5,9(1,1)		

Nota: Teste t-Student de comparação de médias, valor significativo $p<0,05$.

Tabela 5 - Estatística descritiva e teste de comparação entre as médias para as dimensões do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes e as variáveis com e sem sintomas depressivos em seguimento ambulatorial (N=121), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014

Dimensões - QAD	Com sintomas depressivos Média (DP)	Sem sintomas depressivos Média (DP)	valor de p
Alimentação geral	4,1(2,4)	4,0(2,5)	0,43
Alimentação específica	4,3(1,4)	4,2(1,3)	0,26
Atividade física	2,0(2,8)	1,1(2,1)	0,96
Monitorização da glicemia	5,2(2,4)	5,6(2,3)	0,20
Cuidados com os pés	4,9(2,3)	5,3(1,8)	0,16
Uso da medicação	5,7(1,1)	5,9(1,1)	0,10

Nota: Teste t de comparação de médias, valor significativo $p < 0,05$.

Observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre as médias de dias na semana para cada uma das dimensões do QAD e a presença ou ausência de sintomas depressivos entre os idosos estudados. Nota-se menores médias de dias na dimensão atividades físicas, tanto para os idosos com sintomas de depressão, 2,0 (DP=2,8), quanto para os sem sintomas, 1,1 (DP=2,1) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Observou-se que a amostra constituiu-se de idosos mais jovens, com média de idade de 68,1 anos, predomínio de mulheres, casado(a)/mora com companheiro(a) e aposentado(a), resultados semelhantes aos de outros estudos⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Neste estudo, em relação ao tipo de tratamento realizado para o controle do DM2, destacam-se a dieta alimentar e a associação de ADO e insulina. Dados semelhantes foram encontrados no estudo com idosos de ambos os sexos e com DM, residentes no município de Campinas, onde as principais estratégias utilizadas para o controle do DM foram dieta alimentar e a associação de ADO e insulina⁽²⁶⁾. O tratamento para o DM com fármacos parece ser praticado com maior frequência pelas pessoas com a doença, devido a não necessidade de alterar os hábitos de vida. Porém, estudos evidenciaram que diversos fatores podem influenciar na adesão à medicação, tais como idade, número de medicamentos, tempo de diagnóstico da doença, aspectos psicológicos, custo do tratamento, melhora sintomática, confiança no prescritor, boa comunicação com o prescritor e com a família⁽²⁷⁻²⁸⁾. Observou-se que tratamentos como a prática de atividade física e o uso somente do ADO foram menos citados, o que também foi encontrado em outro estudo⁽²⁵⁾. Deve-se considerar que a amostra foi composta por idosos, fato que pode ter contribuído para a baixa prática de atividade física, devido às limitações próprias do envelhecimento.

Em relação à análise das médias de dias na semana para as atividades de autocuidado, o item "secar os espaços entre os dedos dos pés, depois de lavá-los", neste estudo, obteve a média mais elevada. Outros estudos que objetivaram avaliar as atividades de autocuidado de adultos com DM, em que o instrumento utilizado para a avaliação foi o QAD, encontraram médias inferiores^(25,29). A realização do exame periódico dos pés possibilita a prevenção de complicações do pé diabético⁽³⁰⁾.

A segunda maior média entre as atividades de autocuidado dos idosos com DM foi para o item "tomar injeções de insulina conforme recomendado". Outros estudos apresentaram médias próximas^(25,29). Esse evento está provavelmente relacionado com a crença de que a medicação possui melhor resultado no controle da glicemia do que a alimentação e o exercício físico. Além disso, os pacientes aderem mais facilmente ao uso de medicação do que à alteração no seu estilo de vida, o que exigiria mudança de comportamento.

A terceira maior média foi para o item "avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado", achado semelhante a outro estudo com média de 5,8 dias/semana⁽²⁹⁾. A automonitorização da glicemia capilar é considerada importante para a intervenção no DM, por determinar diretrizes para o tratamento com base nos resultados obtidos, além de possibilitar a reavaliação e manutenção do tratamento⁽²⁾.

No que se refere às médias mais baixas das atividades de autocuidado, destaca-se a prática de atividade física, tais como "realizar atividades físicas por, pelo menos, 30 minutos", "realizar exercício físico específico (nadar e caminhar)", dado semelhante ao de um estudo que encontrou média de 1,5 dia/semana para o referido item⁽²⁶⁾.

Outra prática de atividade de autocuidado relevante está relacionada com a alimentação. Estudo semelhante⁽²⁹⁾ encontrou médias superiores às desta pesquisa. Para a prevenção, tratamento e controle do DM, a dieta saudável é fundamental e o seu principal objetivo é assegurar o equilíbrio entre a ingestão alimentar e a insulina⁽⁸⁾.

Reflexões são necessárias, uma vez que possíveis contradições podem estar relacionadas aos resultados obtidos neste estudo. Nessa perspectiva, vale observar que a média de dias/semana do item "seguir uma dieta saudável" foi superior à média do item "seguir a orientação alimentar dada por um profissional", sendo que a maioria dos idosos referiram como um dos tratamentos a dieta. A percepção que os idosos entrevistados possuem acerca de uma dieta saudável pode não representar composições nutricionais adequadas. Nesse sentido, na realização do planejamento dietético alimentar, é imprescindível orientar a família e os idosos para que ocorra uma reorganização na dinâmica familiar, de modo que todos os membros repensem sua alimentação a fim de torná-la mais saudável, contribuindo, por consequência, no processo de adaptação da pessoa com DM.

Com relação à ingestão de doces, a média encontrada neste estudo foi baixa. Outro estudo encontrou médias superiores: 1,53 dias/semana⁽³¹⁾. Apesar do resultado encontrado, é essencial ressaltar que, durante a entrevista, vários idosos relataram ingerir doces diet. No instrumento utilizado não há itens que abordem o tipo de doce consumido, porém, o baixo consumo semanal de doces sinaliza a compreensão das orientações e da necessidade dos hábitos de vida mais saudáveis para o controle do DM.

Sobre o hábito de fumar e a média de cigarros consumidos, resultados semelhantes foram encontrados em diferentes estudos: realizado com adultos e idosos com DM2, residentes no município de Viçosa-MG⁽³²⁾, e com adultos de ambos os sexos com DM atendidos em duas Unidades Básicas de Saúde do Interior Paulista⁽²⁹⁾. O tabagismo dificulta o controle glicêmico e metabólico, além de contribuir para o aumento da taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares causadas pelo diabetes⁽²⁾.

Referente aos sintomas depressivos, os dados encontrados neste estudo corroboram os resultados de outra pesquisa que verificou a prevalência de sintomas depressivos entre senescentes⁽³³⁾. A prevalência da presença de sintomas depressivos apresentada pelos idosos estudados parece não ter prejudicado a sua prática de atividades de autocuidado. Em contrapartida, estudo com adultos com DM2 mostrou que a presença de sintomas depressivos contribuiu para menor adesão ao tratamento do DM e mau controle metabólico⁽³⁴⁾.

A análise da comparação entre as médias das dimensões do QAD e as variáveis sociodemográficas mostrou que, no que se refere ao estado civil e à monitorização da glicemia, os idosos casados ou com companheiro monitorizavam mais a glicemia do que os divorciados/separados. Acredita-se que o apoio familiar propicia o tratamento para o DM⁽³⁵⁾. Quanto aos viúvos, supõe-se que coabitam com outros membros da família que também proporcionam apoio e incentivo ao autocuidado. Em relação à renda, houve menor média de dias na semana para seguir uma alimentação específica para os idosos que possuíam renda mensal de até R\$1.300,00. Porém, em estudo realizado com adultos com DM2, não houve associação entre a adesão ao tratamento e a variável renda familiar⁽³⁶⁾. O plano alimentar mais adequado envolve diversos fatores, dentre eles os socioeconômicos^(2,8).

No que diz respeito à comparação entre as médias das dimensões do QAD e aos tipos de tratamento, observou-se que idosos que indicaram o tratamento com dieta obtiveram maior média de dias com os cuidados com os pés. Um estudo realizado com pessoas com DM e complicações em membros inferiores mostrou que o autocuidado com a alimentação foi próximo ao desejável, mas o cuidado com os pés obteve baixa média⁽²⁹⁾.

Em relação aos idosos que realizavam o tratamento com insulina, foi apresentada maior média de dias na dimensão monitorização da glicemia e na dimensão medicação. Estudo que avaliou as experiências de pacientes com monitoração da glicemia mostrou que a dimensão do autocuidado promove benefícios e colabora na escolha das decisões para o controle da doença⁽³⁷⁾. Ressalta-se que a realização da monitorização da glicemia capilar está indicada para todo paciente tratado com insulina ou agentes antidiabéticos orais⁽²⁾. Estudo transversal verificou a adesão de pessoas com DM2 ao tratamento medicamentoso, sendo identificado alta adesão pela amostra em questão, embora não fosse observada significância estatística para os diferentes tipos de tratamento (somente insulina, somente antidiabético oral e associações). As autoras salientam que não há ainda uma definição de consenso sobre a adesão medicamentosa do paciente com DM2⁽³⁸⁾.

Quanto aos idosos que realizavam o tratamento com ADO e insulina, verificaram-se maiores médias para as dimensões monitorização da glicemia, sendo apresentado dado semelhante em outro estudo⁽²⁵⁾. Em contrapartida, os resultados foram divergentes quanto ao tratamento ADO e insulina e à dimensão medicação e quanto ao tratamento com ADO e às dimensões alimentação geral, monitorização da glicemia e medicação⁽²⁵⁾. No entanto, acredita-se que as pessoas com DM realizam com maior frequência a atividade de autocuidado relacionada ao uso de medicação, independentemente do tipo de fármaco prescrito⁽²⁵⁾. Verificou-se que os idosos que fazem tratamento com ADO tiveram maior média na dimensão alimentação geral, situação que vem ao encontro da literatura, em que pacientes aderentes

ao tratamento com ADO tendem a seguir uma dieta regular e a manter controle sobre a doença⁽³⁹⁻⁴⁰⁾.

Quanto aos achados relativos à atividade física, é relevante retomar alguns aspectos que envolvem esse autocuidado, devido à sua baixa adesão. Tendo em vista que a atividade física reduz a resistência à insulina, facilitando a utilização periférica de glicose, há consequente melhora do controle glicêmico, o que proporciona a redução do peso corporal, previne complicações microvasculares e macrovasculares e corrobora para o manejo adequado do tratamento do DM2.

No referido ambulatório deste estudo são oferecidas às pessoas com diagnóstico de DM atividades de educação em saúde de forma coletiva ou individual, com objetivo de prevenir complicações da doença, sanar dúvidas sobre o tratamento medicamentoso e insulino terapia, estimular a realização de atividade física e de uma dieta saudável e promover qualidade de vida desses pacientes. Diante disso, os idosos deste estudo podem ter sido beneficiados, pois a participação nessas atividades, de maneira efetiva, sugere maior estímulo para o autocuidado, minimizando a influência dos sintomas depressivos em seu cotidiano com a doença crônica.

Dentro do contexto das doenças crônicas, destaca-se o DM2, cuja atenção exige envolvimento de profissionais da área da saúde, dos pacientes e dos familiares para um acompanhamento sistematizado com enfoque em vários aspectos da assistência à saúde. O tratamento para o DM2 possui especificidades e peculiaridades que fazem do paciente o principal responsável pelo manejo da doença, por meio das atividades de autocuidado, que deve ser concebido na perspectiva apoiada e não na mera transferência de responsabilidade para os indivíduos que vivem com a doença e seus familiares.

Limitações do estudo

Quanto às limitações deste estudo, ressalta-se que os resultados apresentados são peculiares da amostra aqui estudada. Assim, generalizações devem ser vistas com cautela, para evitar equívocos. Além disso, por se tratar de um estudo de corte transversal, não pode ser determinada a causalidade dos fatores estudados.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Observou-se que, apesar das médias elevadas de dias na semana para determinadas atividades de autocuidado, ainda existem lacunas no desempenho de atividades relevantes para o autocuidado com o DM, sendo inevitável a orientação direcionada para a mudança do estilo de vida e o desenvolvimento de habilidades que favoreçam e potencializem a independência e a autonomia do idoso para o desempenho do autocuidado.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram observar que a amostra constituiu-se de idosos mais jovens, com predomínio de mulheres, casado(a)/ mora com companheiro(a) e aposentados. Quanto ao tipo de tratamento, destacam-se a dieta alimentar e a associação (ADO e insulina). As maiores médias das atividades de autocuidado foram para atividades "secar os espaços entre os dedos dos pés, depois

de lavá-los”, sendo que nas menores médias destaca-se a prática de atividades físicas. Em relação ao hábito de fumar, pouco mais da metade referiu que nunca ter fumado. Apesar da prevalência dos sintomas depressivos, estes não influenciaram na prática de atividades de autocuidado. Os idosos casados ou com companheiro monitorizavam mais a glicemia do que os divorciados/separados. Quanto à renda, houve menor média de dias na semana para seguir uma alimentação específica para os idosos que possuíam renda mensal de até R\$1.300,00. Observou-se que os idosos que indicaram o tratamento com dieta obtiveram maior média de dias com os cuidados com os pés. Em relação aos idosos que realizavam o tratamento com insulina, foi apresentada maior média de dias na dimensão monitorização da glicemia e na dimensão medicação.

No entanto, apesar das médias elevadas de dias na semana para determinadas atividades de autocuidado, reitera-se a necessidade de melhor adesão às atividades de autocuidado com o DM.

Dessa forma, é de fundamental relevância investimentos por parte dos profissionais da área da saúde, em especial o enfermeiro, na elaboração de ações educativas planejadas e direcionadas ao autocuidado com o diabetes que considerem a idade, o nível de escolaridade, o poder aquisitivo, o estado civil, as limitações físicas e funcionais, os prejuízos na cognição, a saúde mental, entre outras. Para tanto, necessita-se envolver o idoso, a família, a comunidade e os serviços assistenciais da rede de atenção à saúde, com destaque para as equipes atuantes na atenção básica, valorizando, desse modo, práticas colaborativas e contínuas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization-WHO. Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health. 69^o World Health Assembly [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2017 Jul 14]. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes-SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) [Internet]. São Paulo: A.C. Farmacêutica; 2016 [cited 2017 Jul 14]. Available from: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>.
3. International Diabetes Federation-IDF. Atlas. 8th ed. [Internet]. Brussels: International Diabetes Federation; 2017. [cited 2018 Jun 01]. Available from: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html>.
4. Brito GMG, Gois CFL, Zanetti ML, Resende GGS, Silva JRS. Quality of life, knowledge and attitude after educational program for diabetes. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(3):298-306. doi: 10.1590/1982-0194201600042
5. Santos CA, Ribeiro AQ, Rosa COB, Ribeiro RCL. Depression, cognitive deficit and factors associated with malnutrition in elderly people with cancer. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(3):760-751. doi: 10.1590/1413-81232015203.06252014
6. Öztürk ZA, Yesil Y, Kuyumcu ME, Savas E, Uygun Ö, Sayiner ZA, et. al. Association of depression and sleep quality with complications of type 2 diabetes in geriatric patients. *Aging Clin Exp. Res*. 2015; 27(4):533-538. doi: 10.1007/s40520-014-0293-0
7. Ludman EJ, Peterson D, Katon WJ, Lin EH, Von Korff M, Ciechanowski P, et al. Improving confidence for self care in patients with depression and chronic illnesses. *Behav Med*. 2013; 39(1):1-6. doi: 10.1080/08964289.2012.708682
8. American Diabetes Association-ADA. Standards of medical care in diabetes: 2016 (Supplement 1) [Internet]. Arlington (VA): ADA; 2016 [cited 2016 Jun 12]. Available from: <http://www.healthmonix.com/ADAWebcastSOC2016/common/files/2016SofC.pdf>
9. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis (MO): Mosby Inc; 2001
10. Orem DE, Taylor SG. Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. *Nurs Sci Q*. 2011;24(1):35-41. doi: 10.1177/0894318410389061
11. Cortez DN, Macedo MML, Souza DAS, Santos JC, Afonso GS, Reis IA, et al. Evaluating the effectiveness of an empowerment program for self-care in type 2 diabetes: a cluster randomized trial. *BMC Public Health*. 2017;17:41. doi: 10.1186/s12889-016-3937-5
12. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de Bioestatística. 2^a ed. São Paulo: Cengage Learning; 2006.
13. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 1994 [cited 2015 Dec 10]; 52(1):1-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>
14. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 2003 [cited 2015 Dec 10]; 61(3-B):777-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n3B/17294.pdf>
15. Stacciarini TSG, Pace AE, Haas VJ. Insulin self-administration technique with disposable syringe among patients with Diabetes Mellitus followed by the family health strategy. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(4):474-80. doi: 10.1590/S0104-11692009000400007
16. Villas Boas LCG, Foss MC, Foss-Freitas MC, Torres HC, Monteiro LZ, Pace AE. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com Diabetes Mellitus. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2017 Mar 13];20(2):272-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a08v20n2.pdf>
17. Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, crítica e utilização. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001.
18. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes selfcare activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care* [Internet]. 2000 [cited 2017 Mar 13];23(7):943-50. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/23/7/943.full.pdf>
19. Michels MJ, Coral MHC, Sakae TM, Damas TB, Furlanetto LM. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes:

- tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2010;54(3):644-51. doi: 10.1590/S0004-27302010000700009
20. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res*. 1982-1983; 17(1):37-49.
 21. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*[Internet]. 1999 [cited 2015 Dec 20];57(2-B):421-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n2B/1446.pdf>
 22. Berquó ES, Souza JMP, Gotlieb SD. *Bioestatística*. São Paulo: EPU; 1981
 23. Snedecor GW, Cochran WG. *Statistical Methods*. 8th ed. Ames (IA): Iowa State University Press; 1989.
 24. Borba AKOT, Marques APO, Leal MCC, Ramos RSPS, Guerra ACCG, Caldas TM. Adherence to drug therapy in diabetic elderly. *Rev RENE*[Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 15];14(2):394-404. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3400/2636>
 25. Coelho ACM, Villas Boas LCG, Gomides DS, Foss-Freitas C, Pace AE. Self-care activities and their relationship to metabolic and clinical control of people with Diabetes Mellitus. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(3):697-705. doi: 10.1590/0104-07072015000660014
 26. Prado MAMB, Francisco PMSB, Barros MBA. Diabetes in the elderly: drug use and the risk of drug interaction. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(11):3447-58. doi: 10.1590/1413-812320152111.24462015
 27. Carvalho CV, Rocha LP, Carvalho DP, Silva BT, Oliveira SM, Silveira RB. Adherence of people with type II Diabetes Mellitus to drug treatment. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(9):3402-9. doi: 10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201711
 28. Souza MSF, Kopittke L. Adesão ao tratamento com psicofármacos: fatores de proteção e motivos de não adesão ao tratamento farmacológico. *Rev APS*[Internet]. 2016 [cited 2018 Oct 03];19(3):361-9. Available from: <http://ojs2.ufrj.br/aps/article/view/15497/8139>
 29. Gomides DS, Villas-Boas LCG, Coelho ACM, Pace AE. Self-care of people with diabetes mellitus who have lower limb complications. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(3):289-93. doi: 10.1590/S0103-21002013000300014.
 30. Oliveira PS, Bezerra EP, Andrade LL, Gomes PLF, Soares MJGO, Costa MML. Practice nurse family health strategy in the prevention of diabetic foot. *Rev Pesqui: Cuid Fundam*. 2016;8(3):4841-9. doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4841-4849
 31. Veras VS, Santos MA, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Pedersoli TAM, Zanetti ML. Self care among patients enrolled in a self-monitoring blood glucose program. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014;35(4):42-8. doi: 10.1590/1983-1447.2014.04.47820
 32. Vito NC, Fogal AS, Nascimento CM, Franceschini SCC, Ribeiro AQ. Prevalence and associated factors of diabetes in the elderly population in Viçosa, Minas Gerais, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(4):953-65. doi: 10.1590/1980-5497201500040022
 33. Frade J, Barbosa P, Cardoso S, Nunes C. Depression in the elderly: symptoms in institutionalised and non-institutionalised individuals. *Rev Enf Ref*. 2015;1V(4):41-48. doi: 10.12707/RIV14030
 34. Coelho MP, Chianca TCM, Soares SM. Depression in diabetic people - unveiling the hidden enemy. *REME Rev Min Enferm*. 2013;17(4):782-91. doi: 10.5935/1415-2762.20130057
 35. Sérvan PR. Obesity and diabetes. *Nutr Hosp*. [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 18];28(Supl. 5):138-43. Available from: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6929.pdf>
 36. Faria HTG, Rodrigues FFL, Zanetti ML, Araújo MFM, Damasceno MMC. Factors associated with adherence to treatment of patients with diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(3):231-7. doi: 10.1590/S0103-21002013000300005
 37. Dlugasch LB, Ugarriza DN. Self-monitoring of blood glucose experiences of adults with type 2 diabetes. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2014;26(6):323-9. doi: 10.1002/2327-6924.12042
 38. Villas Boas LCG, Foss-Freitas MC, Pace AE. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(2):268-73. doi: 10.5935/0034-7167.20140036
 39. Arrelias CCA, Faria HTG, Teixeira CRS, Santos MA, Zanetti ML. Adherence to diabetes mellitus treatment and sociodemographic, clinical and metabolic control variables. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(4):315-22. doi: 10.1590/1982-0194201500054
 40. Wong MC, Wu CH, Wang HH, Li HW, Hui EM, Lam AT, et al. Association between the 8-item Morisky medication adherence scale (MMAS-8) score and glycaemic control among Chinese diabetes patients. *J Clin Pharmacol*. 2015;55(3):279-87. doi: 10.1002/jcph.408