



ARTIGO ORIGINAL

ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2*

SELF-CARE ACTIVITIES IN PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

ACTIVIDADES DE CUIDADO PERSONAL EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Sinderlândia Domingas dos Santos¹, Mariana Rodrigues da Rocha², Ionara Holanda de Moura³, Raylane Gomes Paiva⁴, Thais Raiane da Silva Amorim⁵, Aparecida do Espírito Santo de Holanda Rocha⁶, Marco Túlio Costa Caldas⁷, Ana Roberta Vilarouca da Silva⁸

RESUMO

Objetivo: analisar a frequência de atividades de autocuidado em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 e sua associação com o controle clínico. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, analítico, em cinco Estratégias Saúde da Família, com 86 indivíduos. Coletaram-se os dados por meio de um formulário e um Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes. Analisaram-se os dados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) IBM®, versão 20.0. **Resultados:** observou-se, considerando o autocuidado, resultado satisfatório para a ingestão de doces e uso de medicamentos e insatisfatório para as demais atividades. Encontrou-se baixo percentual de tabagismo. Associou-se a frequência de atividades de autocuidado significativamente com tempo de diagnóstico, tipo de medicação e glicemia capilar. **Conclusão:** conduziram-se os resultados a um perfil de autocuidado insatisfatório que influencia no mau controle clínico do DM2. Permitiu-se, além disso, avaliar a importância do autocuidado no controle metabólico do DM2, servindo como subsídio para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. **Descritores:** Diabetes Mellitus tipo 2; Autocuidado; Enfermagem; Comportamento; Controle; Atividades Cotidianas.

ABSTRACT

Objective: to analyze the frequency of self-care activities in people with type 2 diabetes mellitus and their association with clinical control. **Method:** this is a quantitative, analytical study in five Family Health Strategies, with 86 individuals. Data was collected using a form and a Diabetes Self-Care Activity Questionnaire. Data was analyzed using IBM® *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), version 20.0. **Results:** it was observed, considering self-care, a satisfactory result for the ingestion of sweets and medication use and unsatisfactory for the other activities. A low percentage of smoking was found. The frequency of self-care activities was significantly associated with time since diagnosis, type of medication and capillary blood glucose. **Conclusion:** the results were led to an unsatisfactory self-care profile that influences poor clinical control of T2DM. It was also allowed to evaluate the importance of self-care in the metabolic control of DM2, serving as a subsidy for the development of coping strategies. **Descriptors:** Diabetes Mellitus Type 2; Self Care; Nursing; Behavior; Control; Activities of Daily Living.

RESUMEN

Objetivo: analizar la frecuencia de las actividades de autocuidado en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y su asociación con el control clínico. **Método:** este es un estudio cuantitativo y analítico en cinco Estrategias de Salud Familiar, con 86 individuos. Los datos se recopilaron mediante un formulario y un Cuestionario de Actividades de autocuidado como Diabetes. Los datos se analizaron utilizando el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) IBM®, versión 20.0. **Resultados:** se observó, considerando el autocuidado, un resultado satisfactorio para la ingestión de dulces y el uso de medicamentos e insatisfactorio para las otras actividades. Se encontró un bajo porcentaje de tabaquismo. La frecuencia de las actividades de autocuidado se asoció significativamente con el tiempo desde el diagnóstico, el tipo de medicamento y la glucosa en sangre capilar. **Conclusión:** los resultados condujeron a un perfil de autocuidado insatisfactorio que influye en el control clínico deficiente de la DM2. También se permitió evaluar la importancia del autocuidado en el control metabólico de DM2, sirviendo como un subsidio para el desarrollo de estrategias de afrontamiento. **Descriptor:** Diabetes Mellitus Tipo 2; Autocuidado; Enfermagem; Conducta; Control; Actividades Cotidianas.

^{1,2,3,4,5,6,8}Universidade Federal do Piauí/UFPI. Picos (PI), Brasil. ¹ <https://orcid.org/0000-0002-6326-8827> ² <https://orcid.org/0000-0002-4745-9690>
³ <https://orcid.org/0000-0003-4866-6381> ⁴ <https://orcid.org/0000-0003-07927434> ⁵ <https://orcid.org/0000-0003-3344-5383> ⁶
<https://orcid.org/0000-0003-0116-2450> ⁸ <https://orcid.org/0000-0001-5087-4310> ⁷Centro Universitário Santo Agostinho. Teresina (PI), Brasil. ⁷ <https://orcid.org/0000-0001-8231-3948>

*Artigo extraído de Trabalho de Conclusão de Curso << Frequência de atividades de autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 >>. Universidade Federal do Piauí. 2018.

Como citar este artigo

Santos SD, Rocha MR, Moura IH, Paiva RG, Amorim TRS, Rocha AESH, et al. Atividades de autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e241793 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241793>

INTRODUÇÃO

Sabe-se que o Diabetes Mellitus (DM) é uma condição crônica que ocorre quando existem elevados níveis de glicose no sangue porque o corpo não pode produzir a quantidade suficiente de insulina ou usá-la de forma eficaz. Leva-se, pela falta de insulina ou a incapacidade das células de responder à insulina, a altos níveis de glicose no sangue - a hiperglicemia -, que é a marca do diabetes.¹

Classifica-se o DM é classificado em: tipo 1; tipo 2; Diabetes Gestacional (DG) e tipos específicos de diabetes. Contabiliza-se o DM2 como 90% a 95% de todos os diabetes. Englobam-se indivíduos que têm relativa deficiência de insulina e tem resistência periférica à insulina. Aumenta-se o risco de desenvolver DM2 com a idade, falta de atividade física, obesidade, má alimentação, tabagismo e histórico familiar.²

Estimou-se, para o ano de 2017, em 7,2% a 11,3% a prevalência de adultos com diabetes, sendo 8,8% em pessoas entre 20 e 79 anos de idade. Apresentou-se o Brasil na 4ª posição do *ranking* dos dez principais países para o número de pessoas com diabetes (de 20 a 79 anos), com estimativa entre 11,4 % a 13,5% (11,5 milhões de pessoas) em pessoas nessa faixa etária e projeção de 20,3 milhões de pessoas para 2045 se as tendências atuais persistirem.¹

Devem-se envolver, na perspectiva de controlar o DM e prevenir complicações, o conhecimento e a execução de atividades de autocuidado por parte do paciente no seu tratamento. Englobam-se: monitoramento do índice glicêmico; adequação da alimentação; cuidado com os pés e prática de atividades físicas. Precisa-se considerar, no entanto, que o seguimento adequado do tratamento prescrito é de difícil aceitação em virtude da necessidade de disciplina e incorporação de novos hábitos.³

Definiu-se autocuidado, em 1980, como a prática de atividades que são realizadas pelos próprios pacientes nas quais estes devem assumir responsabilidades das suas próprias ações, visando a alcançar melhorias na qualidade de vida, na saúde e bem-estar.⁴

Entende-se que identificar os usuários que, ao longo do tempo, não conseguem realizar o autocuidado para manter o controle de diabetes é uma importante estratégia para que se possam traçar medidas que minimizem o aparecimento de complicações da doença.⁵

Tem-se avaliado, por diversos estudos, a realização de atividades de autocuidado em pessoas com diabetes e sua importância para o controle clínico do diabetes.^{3,6-9} Considera-se, assim, a importância dessas investigações, pois permitem avaliar o impacto dessas atividades no controle e prevenção de complicações do DM2 e

servem de subsídio para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

OBJETIVO

- Analisar a frequência de atividades de autocuidado em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 e sua associação com o controle clínico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo analítico. Compôs-se a população por 303 pessoas com DM2, de ambos os sexos, cadastradas em cinco Estratégias Saúde da Família (ESFs). Obteve-se, após o cálculo para a amostra finita e baseado na prevalência de DM2 em adultos, que o número de pessoas que deveriam ser investigadas seria de 101. Pontua-se, no entanto, devido a dificuldades de acesso aos domicílios, à impossibilidade física e recusa de algumas pessoas em participar, que a amostra final foi composta por 86 pessoas.

Estabeleceram-se como critérios de inclusão: ter idade acima de 18 anos e ter diagnóstico de DM2 de, no mínimo, dois anos. Elencaram-se como critérios de exclusão: não saber ler e escrever; estar gestante e ter limitações físicas e cognitivas aparentes ou declaradas pelo pesquisado.

Avaliaram-se as características sociodemográficas e clínicas, coletadas a partir de um formulário, e as atividades de autocuidado por meio do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD).

Traduziu-se e adaptou-se o QAD para a cultura brasileira por Michels e colaboradores a partir do instrumento original *Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire* (SDSCA), desenvolvido para avaliar, de maneira sistematizada, a aderência às atividades de autocuidado em pessoas com diabetes. Possui o QAD seis dimensões e quinze itens: alimentação geral; alimentação específica; atividade física; monitorização da glicemia; cuidado com os pés e uso da medicação, mais a avaliação do tabagismo.¹⁰

Analisaram-se as atividades de autocuidado considerando-se a frequência de aderência nos sete dias anteriores à coleta de dados. Variaram-se os escores de zero (menos desejável) a sete (mais desejável). Inverteram-se, nos itens “ingerir alimentos ricos em gorduras” e “ingerir doces”, os valores e seus escores corresponderam ao número de dias da semana em que os participantes não ingeriram esses alimentos, ou seja, que realizaram o autocuidado. Consideraram-se como insatisfatórias as atividades realizadas com frequência de zero a quatro dias e satisfatórias aquelas com frequência entre cinco e sete dias, conforme recomendado na literatura.

Coletaram-se os dados para a investigação nos meses de fevereiro a maio de 2018, em sala reservada das unidades de saúde, nos dias de consulta médica ou de Enfermagem para

diabéticos e também por meio de visitas domiciliares.

Dispuseram-se o organizaram-se os dados para a análise em planilha eletrônica do *software* Excel 10.0, processando-os no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) IBM®, versão 20.0. Descreveram-se as variáveis contínuas como frequência, porcentagem, média, desvio-padrão, mínimo e máximo; e as categóricas como frequência e porcentagem.

Utilizou-se o teste Kolmorov Smirnov para avaliar a normalidade de distribuição da amostra. Utilizaram-se, com o intuito de verificar associação entre médias, os testes *t de student* e ANOVA. Consideraram-se como estatisticamente significantes para todas as análises estatísticas aquelas com $p < 0,05$.

Aprovou-se o projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Federal do Piauí sob o parecer nº

2.389.110. Solicitou-se, aos que concordaram participar da pesquisa, a assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, no qual havia informações detalhadas sobre o estudo.

RESULTADOS

Detalha-se que predominaram os indivíduos do sexo feminino (70,9%), na faixa etária de 50 a 69 anos (61,6%), com idade média de $57,9 \pm 11,8$ anos, autodeclarados de cor parda (57,0%), casados ou em união estável (64,0%), aposentados (52,3%), com escolaridade média de $8,8 \pm 5,5$ anos de estudo; a renda mensal média foi de R\$ 2.458,00, com 26,7% dos pesquisados pertencentes à classe econômica D-E.

Apresentam-se a caracterização clínica, a frequência de atividades de autocuidado e dados sobre tabagismo nas tabelas 1, 2 e 3, respectivamente.

Tabela 1. Caracterização da amostra quanto aos dados clínicos. Picos (PI), Brasil, 2018.

Variáveis	n	%	Mínimo	Máximo	Média ± DP*
Tratamento medicamentoso					
Nenhum	7	8,1			
Antidiabético oral	70	81,4			
Insulina	2	2,3			
Associação	7	8,1			
Tempo de diagnóstico (anos)			2	30	$8,6 \pm 7,1$
2 - 10	63	73,3			
11 - 20	18	20,9			
> 20	5	5,8			
Glicemia capilar			94	594	235 ± 98
Bom controle glicêmico	19	22,1			
Mau controle glicêmico	67	77,9			

*DP: desvio-padrão.

Tabela 2. Atividades de autocuidado. Picos (PI), Brasil, 2018.

Itens do QAD	Aderência (frequência de dias da semana)				
	0 - 4		5 - 7		Média ± DP*
	n	%	n	%	
1 Seguir dieta saudável	49	57	37	43	$3,8 \pm 2,5$
2 Seguir a orientação alimentar	50	58,1	36	41,9	$3,4 \pm 2,6$
3 Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	40	46,5	46	53,5	$4,7 \pm 2,1$
4 Ingerir carne vermelha e/ou derivados do leite integral	61	70,9	25	29,1	$3,3 \pm 2,1$
5 Ingerir doces	9	10,5	77	89,5	$6,1 \pm 1,2$
6 Realizar atividade física por, pelo menos, 30 minutos	60	69,8	26	30,2	$2,7 \pm 2,4$
7 Realizar atividade física específica	60	69,8	26	30,2	$2,4 \pm 2,5$
8 Avaliar o açúcar no sangue	84	97,7	2	2,3	$0,7 \pm 1,3$
9 Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	83	96,5	3	3,5	$0,5 \pm 1,2$
10 Examinar os seus pés	59	68,6	27	31,4	$2,8 \pm 3,0$
11 Examinar dentro dos calçados antes de usá-los	63	73,3	23	26,7	$2,3 \pm 2,9$
12 Secar os espaços entre os dedos depois de lavá-los	45	52,3	41	47,7	$3,7 \pm 3,2$
13 Tomar medicamentos conforme recomendados**	4	4,7	75	87,2	$6,6 \pm 1,4$
14 Tomar injeções de insulina conforme recomendadas***			9	100	$7,0 \pm 0,0$
15 Tomar o número recomendado de comprimidos do diabetes****	8	9,3	70	81,4	$6,4 \pm 1,7$

*DP: desvio-padrão. ** Sete pessoas não utilizavam nenhum tipo de medicamento. *** Nove pessoas faziam uso de insulina. **** Uma pessoa não fazia uso de antidiabético oral.

Tabela 3. Características descritivas relativas ao tabagismo. Picos (PI), Brasil, 2018.

Itens do QAD Tabagismo	n	Frequência	
		%	Média ±DP*
1 Fumar			
Sim	3	3,5	
Não	83	96,5	
2 Quantidade de cigarros por dia			16,7 ± 5,8
3 Quando fumou o seu último cigarro			
Nunca fumou	49	57,0	
Há mais de dois anos	30	34,9	
Um a dois anos atrás	2	2,3	
Quatro a 12 meses atrás	1	1,2	
No último mês	1	1,2	
Hoje	3	3,5	

*DP: desvio-padrão.

Evidencia-se que as dimensões “medicação” e “monitorização da glicemia” foram as que tiveram maior e menor escore, respectivamente, sendo que as únicas atividades consideradas como satisfatórias foram: ingerir doces (89,5%); tomar os medicamentos conforme o recomendado (87,2%); tomar as injeções de insulina conforme o recomendado (100%) e tomar o número adequado

de comprimidos para o diabetes (81,4%). Referiu-se o tabagismo por apenas 3,5% da amostra.

Detalha-se que pessoas com maior tempo de diagnóstico e que faziam uso de insulina tiveram melhores escores de autocuidado para a realização da monitorização da glicemia ($p= 0,007$ e $p= 0,001$, respectivamente) (Tabela 4).

Tabela 4. Relação entre tempo de diagnóstico, tipo de medicação utilizada e frequência de automonitorização da glicemia. Picos (PI), Brasil, 2018.

Escore das variáveis	Automonitorização da glicemia	
	Média ± DP*	#p-valor
Tempo de diagnóstico (anos)		
1 - 10	0,5 ± 1,0	0,007
11 - 20	0,6 ± 1,1	
> 20	2,2 ± 2,0	
Tipo de medicação		
Nenhum	0,0 ± 0,0	0,001
ADO	0,5 ± 1,0	
Insulina	2,2 ± 1,0	
Associação	1,9 ± 1,8	

*DP: desvio-padrão. # Teste anova; valor de p significante < 0,05

Observa-se, na amostra estudada, que os pesquisados que estavam com bom controle glicêmico tiveram melhor escore para as dimensões do autocuidado alimentação geral e atividade física. Percebe-se que esses indivíduos seguiram uma dieta saudável e a orientação

profissional com maior frequência na semana do que os com mau controle glicêmico ($p= 0,025$). Realizou-se, por esses, atividade física durante os últimos sete dias com maior frequência do que os com mau controle glicêmico ($p= 0,001$) (Tabela 5).

Tabela 5. Relação entre controle glicêmico e frequência de atividades de autocuidado. Picos (PI), Brasil, 2018.

Variáveis	Bom controle glicêmico	Mau controle glicêmico	p-valor
	Média ± DP*	Média ± DP*	
Alimentação Geral	4,6 ± 2,0	3,3 ± 2,3	0,025
Frutas e/ou vegetais	5,1 ± 2,0	4,6 ± 2,3	0,398
Carnes vermelhas e derivados do leite integral	3,0 ± 2,1	3,3 ± 2,2	0,605
Doces	6,0 ± 1,2	6,1 ± 1,2	0,762
Atividade Física	4,1 ± 2,3	2,1 ± 2,2	0,001
Monitorização da Glicemia	0,7 ± 1,3	0,6 ± 1,2	0,663
Tomar medicação conforme o recomendado	6,9 ± 0,2	6,5 ± 1,6	0,062

*DP: desvio-padrão. # Teste t de student; valor de p significante < 0,05.

DISCUSSÃO

Mostrou-se a caracterização sociodemográfica e clínica deste estudo semelhante à de outros estudos realizados com pessoas com DM.^{6,7} Pode-se explicar o diagnóstico de DM mais frequente em mulheres pela maior procura desse público aos serviços de saúde. Tem-se associado o DM à maior idade, baixa escolaridade e renda.^{3,11-3} Reitera-se que maus hábitos alimentares, maior frequência de sedentarismo e excesso de peso estão associados com o aumento da prevalência do diabetes na população.¹⁴

Referiu-se, pelos pesquisados, seguir dieta saudável, orientação alimentar dada por um profissional, em menos de quatro dias da semana, assemelhando-se a achados de outros estudos.^{3,15} Encontrou-se, em estudo que empregou a versão original do instrumento utilizado nesta pesquisa para avaliar autocuidado em DM2, que 53,1% da amostra estudada não seguiram orientações nutricionais de um profissional de saúde.⁹

Recomenda-se, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a ingestão diária de, pelo menos, 400 gramas de frutas e hortaliças (equivalente a cinco porções desses alimentos).¹⁵ Ocorreu-se o seguimento dessa recomendação pelos pesquisados em menos de cinco dias da semana, dado semelhante ao encontrado por outros autores.^{6,14-6-7}

Aconselha-se a ingestão de grande variedade de alimentos nutritivos tais como, legumes, leguminosas, frutas, cereais, carnes magras, aves, peixes, ovos, leite e derivados (desnatados) e a redução da ingestão de alimentos com gordura saturada, álcool e sal/açúcar adicionados com a finalidade de controlar níveis glicêmicos e manter o peso adequado em indivíduos com DM.¹⁸

Alerta-se que o autocuidado para a ingestão de carnes vermelhas e/ou derivados do leite integral foi insatisfatório, assim como achados de outras investigações.^{3,6} Mostrou-se, em recente pesquisa de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel), que o consumo desses alimentos pela população brasileira ainda é inadequado.¹⁹

Deve-se limitar, em pessoas com DM, o consumo de alimentos que contenham açúcares livres por terem relação direta com o aumento dos níveis glicêmicos, além de estarem associados com o excesso de peso e obesidade.¹³ Tem-se o autocuidado para o consumo de doces por pessoas com DM evidenciado como satisfatório a partir de diversas investigações em que se utilizou esse instrumento de avaliação.^{3,6,14-7}

Acrescenta-se que outra importante recomendação para pessoas com DM é a prática de exercícios físicos diários para melhorar o metabolismo, o perfil lipídico, diminuir a pressão arterial e favorecer o controle glicêmico.^{1,2,13} Adverte-se, no entanto, que esse autocuidado se

mostrou insatisfatório tanto nesta pesquisa quanto em diversas outras.^{6,15-6,20}

Descreve-se, em estudo realizado com 225 pacientes com DM, que 62% com DM2 relataram não praticar exercício físico regularmente e, ao avaliar o relato dos motivos da não adesão a essa atividade de autocuidado, afirmaram: “por desconforto”, “por restrição médica” e “por não gostarem”.²¹

Confirmam-se esses resultados com os do estudo que apresenta as frequências para as capitais brasileiras dos indicadores relativos ao estilo de vida: elevado consumo de carne com excesso de gordura; baixo consumo recomendado de frutas e hortaliças; prática de atividade física no tempo livre aquém do recomendado.²²

Trazem-se, pela Sociedade Brasileira de Diabetes, recomendações para a frequência de automonitorização da glicemia para pacientes em tratamento com insulina, no entanto, não há consenso para pacientes com DM2 tratados apenas com antidiabéticos orais - tratamento utilizado pela maioria dos investigados. Relatou-se, além disso, pela maioria, não ter recebido orientação profissional quanto à frequência dessa prática, o que pode explicar os baixos escores para essa atividade de autocuidado.¹³

Pode-se observar ainda que os indivíduos que faziam uso de insulina e que tinham maior tempo de diagnóstico foram os que realizaram esse autocuidado com maior frequência, confirmando que é um autocuidado que varia de acordo com a necessidade de cada paciente e a recomendação de sua realização, assim como demonstrado na literatura.^{6,14-7}

Encontrou-se, em conformidade com outro estudo, relação significativa entre maior tempo de diagnóstico e maior aderência ao tratamento medicamentoso.⁷ Relaciona-se o menor uso de medicamentos entre adultos mais jovens possivelmente a um diagnóstico mais recente e doença menos avançada, situações que favorecem o controle por medidas não farmacológicas, como a dieta e atividade física;¹¹ além disso, aqueles com maior tempo de diagnóstico podem ter mais informações sobre a doença, o que os torna mais seguros e autoconfiantes em relação ao tratamento proposto.²³

Percebe-se que o autocuidado para o uso da medicação foi o mais satisfatório.¹⁷ Reitera-se, no entanto, que o tratamento medicamentoso por si só não é suficiente para garantir um bom controle glicêmico ou metabólico de modo que o tratamento não medicamentoso tem considerável importância nesse desfecho. Confirma-se isso em recente investigação ao obter os seguintes resultados: os participantes com altos escores para a terapia medicamentosa tiveram o valor médio da hemoglobina glicada (HbA1c) de 9,73%, indicando mau controle glicêmico. Obtiveram-se, além disso, por esses participantes, também, baixos escores

para os itens ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais, ingerir alimentos ricos em gorduras e no domínio atividade física.²⁰ Conduz-se ao mau controle glicêmico pela não adesão à prática de atividade física, assim como ao tratamento medicamentoso e ao plano alimentar.^{7,24}

Atenta-se que a hiperglicemia, se não for controlada ao longo do tempo, pode causar danos a vários órgãos do corpo, levando ao desenvolvimento de incapacidades e complicações de saúde com risco de vida, como doença cardiovascular, neuropatia, nefropatia e doença ocular, levando à retinopatia e à cegueira.¹ Tem-se o autocuidado satisfatório com a adoção de hábitos de vida saudáveis pela alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo, que são o fundamento do tratamento do DM2.²⁵

Mencionou-se, pela maioria dos pesquisados, não fumar, e uma quantidade expressiva nunca havia fumado ou cessou esse hábito, assim como evidenciado em outros estudos.^{6,8,14-6-7} Tem-se notado, no Brasil, a redução do uso do tabaco resultante de políticas públicas de combate ao fumo, a exemplo das mensagens de advertências nas embalagens, o aumento dos impostos sobre o produto e a proibição de propagandas.²⁶

Reafirmam-se, por esses resultados, as evidências de estudo desenvolvido com dados da Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2013: os indivíduos com diabetes priorizam cessar hábitos nocivos, tais como o consumo de doces, uso de tabaco e álcool, adotar novos hábitos/práticas que trazem benefícios à saúde e contribuir para o controle glicêmico, como a prática regular de atividade física ou o consumo adequado de frutas e hortaliças.²⁷

Encontraram-se, quanto ao cuidado com os pés, frequências de aderência ao autocuidado insatisfatório com escores inferiores aos de diversas pesquisas.^{3,6,14-7,28} Enfatiza-se que, para prevenir complicações nos pés, alguns cuidados são essenciais, tais como: o exame diário dos pés em busca de edema, eritema, calosidade, descoloração, cortes ou perfurações e ressecamento excessivo; a manutenção da higiene, secagem cuidadosa, principalmente entre os dedos, cortar as unhas em linha reta, sem deixar pontas, e a não utilização de calçados apertados.²⁹

CONCLUSÃO

Revelou-se que a amostra possuía autocuidado insatisfatório para a maioria das atividades. Notou-se que o tratamento medicamentoso isoladamente não foi capaz para garantir o controle clínico, ao passo que o tratamento não medicamentoso, principalmente a alimentação adequada e a prática regular de atividade física mostraram maiores efeitos para esse controle.

Considera-se que alguns itens do QAD questionam o pesquisado de forma muito subjetiva, a exemplo do item seguir dieta saudável, de modo que se pode questionar “o que é alimentação saudável para cada um dos pesquisados?”. Acredita-se que o item examinar dentro dos calçados antes de usá-los também cabe ressalva: algumas pessoas relataram não usar sapatos ou não o fazer todos os dias.

Cita-se, como limitação na realização deste trabalho, a existência de poucos estudos que relacionavam a aderência às atividades de autocuidado com o controle clínico e metabólico em pessoas com DM. Sugere-se, assim, que estudos futuros sejam realizados para preencher lacunas do conhecimento referentes a essa temática e se possa compreender efetivamente a influência dessas práticas no tratamento de DM.

Mostrou-se a investigação relevante posto que seus resultados podem ser generalizados, pois corroboram os achados pela literatura vigente. Permitiu-se, pelos dados aqui apresentados, avaliar a importância do autocuidado no controle metabólico do DM2, servindo como subsídio para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas [Internet]. 8th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2017 [cited 2018 Apr 26]. Available from: <http://www.idf.org/elibrary/epidemiology-research/diabetes-atlas.html>
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2018. Diabetes Care. 2018 Jan;41(Suppl 1): S1-S2. DOI: [10.2337/dc18-SINT01](https://doi.org/10.2337/dc18-SINT01)
3. Roos AC, Baptista AR, Miranda RC. Compliance with the treatment of patients with type 2 Diabetes Mellitus. Demetra. 2015;10(2):329-46. DOI: [10.12957/demetra.2015.13990](https://doi.org/10.12957/demetra.2015.13990)
4. Orem D. Nursing concepts of practice. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Book;1980.
5. Cortez DN, Reis IA, Souza DAS, Macedo MML, Torres HC. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. Acta Paul Enferm. 2015 May/June;28(3):250-5. DOI: [10.1590/1982-0194201500042](https://doi.org/10.1590/1982-0194201500042)
6. Coelho ACM, Villas Boas LCG, Gomides DS, Foss-Freitas MC, Pace AE. Self-care activities and their relationship to metabolic and clinical control of people with diabetes Mellitus. Texto contexto-enferm. 2015 July/Sept;24(3):697-705. DOI: [10.1590/0104-07072015000660014](https://doi.org/10.1590/0104-07072015000660014)
7. 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 July/Aug;28(4):315-22. DOI: [10.1590/1982-0194201500054](https://doi.org/10.1590/1982-0194201500054)

8. Freitas SS, Silva GRF, Rezende Neta DS, Silvada ARV. Analysis of the self-care of diabetics according to by the Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (SDSCA). *Acta Sci Health Sci.* 2014 Mar;36(1):73-81. DOI: [10.4025/actascihealthsci.v36i1.16251](https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v36i1.16251)
9. Michels MJ, Coral MHC, Sakae TM, Damas TB, Furlanetto LM. Questionnaire of Diabetes Self-Care Activities: translation, cross-cultural adaptation and evaluation of psychometric properties. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2010 Oct;54(7):644-51. DOI: [10.1590/S0004-27302010000700009](https://doi.org/10.1590/S0004-27302010000700009)
10. Stopa SR, César CLG, Segri NJ, Goldbaum M, Guimarães VMV, Alves MCGP, *et al.* Self-reported diabetes in older people: comparison of prevalences and control measures. *Rev Saúde Pública.* 2014 Aug;48(4):554-62. DOI: [10.1590/S0034-8910.2014048005219](https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005219)
11. Malta DC, Iser MPM, Chueiri PS, Stopa SR, Szwarzwald CL, Schmidt MI, *et al.* Cuidados em saúde entre portadores de diabetes mellitus autorreferido no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol.* 2015 Dec;18(2):17-32. DOI: [10.1590/1980-5497201500060003](https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060003)
12. Assunção SC, Fonseca AP, Silveira MF, Caldeira AP, Pinho L. Knowledge and attitude of patients with diabetes mellitus in Primary Health Care. *Esc Anna Nery.* 2017 Nov;21(4):e20170208. DOI: [10.1590/2177-9465-ean-2017-0208](https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0208)
13. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 [Internet]. São Paulo: SBD; 2017 [cited 2018 Apr 30]. Available from: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>
14. Visentin A, Mantovani MF, Caveião C, Hey AP, Scheneider EP, Paulino V. Self-care of users with type 1 diabetes in a basic health unit. *J Nurs UFPE on line.* 2016 Mar;3(10):991-8. DOI: [10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201607](https://doi.org/10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201607)
15. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention chronic diseases [Internet]. Geneva: WHO;2003 [cited 2018 June 01]. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en>
16. Daniele TMC, Vasconcelos JP, Coutinho FG. Evaluation of self-care of patients with type 2 Diabetes Mellitus in a primary care unit. *Rev Cinergis.* 2014 July/Sept;15(13):335-9. DOI: [10.17058/cinergis.v15i3.4990](https://doi.org/10.17058/cinergis.v15i3.4990)
17. Veras VS, Santos MA, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Pedersoli TAM, Zanetti AL. Self-care among patients enrolled in a self-monitoring blood glucose program. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014 Dec;4(35):42-8. DOI: [10.1590/1983-1447.2014.04.47820](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.47820)
18. Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). General practice management of type 2 diabetes: 2016-18 [Internet]. East Melbourne, Vic: RACGP;2016 [cited 2018 May 28]. Available from: <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/management-of-type-2-diabetes>
19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde;2017 [cited 2018 Aug 10]. Available from: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>
20. Souza JD, Baptista MHB, Gomildes DS, Pace AE. Adherence to diabetes mellitus care at three levels of health care. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2017 Oct;21(4): e20170045. DOI: [10.1590/2177-9465-ean-2017-0045](https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0045)
21. Duarte CK, Almeida JC, Merker AJS, Brauer FO, Rodrigues TC. Physical activity level and exercise in patients with diabetes mellitus. *Rev Assoc Med Bras.* 2012 Mar/Apr;58(2):215-21. DOI: [10.1590/S0104-42302012000200018](https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000200018)
22. Malta DC, Iser BPM, Santos MAS, Andrade SSA, Stopa SR, Bernal RTI, *et al.* Lifestyles in Brazilian capitals according to the National Health Survey and the Surveillance System for Protective and Risk Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey (Vigitel), 2013. *Rev Bras Epidemiol.* 2015 Dec;18(2):68-82. DOI: [10.1590/1980-5497201500060007](https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060007)
23. Tiv M, Viel JF, Mauny F, Eschwege E, Weill A, Fournier C, *et al.* Medication adherence in type 2 diabetes: the ENTRED study 2007, a French Population-Based Study. *PLoS One.* 2012;3(7):e32412. DOI: [10.1371/journal.pone.0032411](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0032411)
24. Gonela, JT, Santos MA, Castro V, Teixeira CRS, Damasceno MMC, Zanetti ML. Level of physical activity and caloric expenditure of individuals with diabetes mellitus during leisure activities. *Rev Bras Educ Fís Esporte.* 2016 July/Sept;30(3):583-90. DOI: [10.1590/1807-55092016000300575](https://doi.org/10.1590/1807-55092016000300575)
25. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o autocuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde;2013 [cited 2018 May 03]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf
26. Silva ST, Martins MC, Faria FR, Cotta RMM. Combating smoking in Brazil: the strategic importance of government actions. *Ciênc Saúde* <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/index>

Coletiva. 2014 Feb;19(2):539-52. DOI: [10.1590/1413-81232014192.19802012](https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.19802012)

27. Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Damacena GN, Almeida WS, Malta DC, Stopa SR, *et al.* Recommendations and practice of healthy behaviors among patients with diagnosis and diabetes in Brazil: National Health Survey (PNS), 2013. *Rev Bras Epidemiol.* 2015 Dec;18(2):132-45. DOI: [10.1590/1980-5497201500060012](https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060012)

28. Rezende Neta DS, Silva ARV, Silva GRF. Adherence to foot self-care in diabetes mellitus patients. *Rev Bras Enferm.* 2015 Jan/Feb;68(1):103-8. DOI: [10.1590/0034-7167.2015680115p](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680115p)

29. Cubas MR, Santos OM, Retzlaff EMA, Telma HLC, Andrade IPS, Moser ADL, *et al.* Diabetic foot: orientations and knowledge about prevention care. *Fisioter Mov* [Internet]. 2013 July/Sept [cited 2018 May 04];26(3):647-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v26n3/a19v26n3.pdf>

Correspondência

Mariana Rodrigues da Rocha

E-mail: mariana_rodrigues.rr@hotmail.com

Submissão: 02/07/2019

Aceito: 12/10/2019

Copyright© 2019 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.