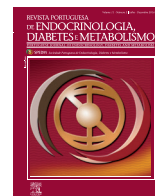




Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo

www.spedmjournal.com



Artigo Original

Capacitação de Pessoas com Diabetes Tipo 2 nos Cuidados de Saúde Primários



Adriana Vasconcelos^a, Carina Pereira^{b*}, Carla Bastos^a, Joana Leão^b, Marta Fevereiro^a, Sara Cunha^b, Sandra Rodrigues^a, Susana Ribeiro^b

^a USF do Mar, ACeS Grande Porto IV, Portugal

^b USF Oceanos, ACeS Matosinhos, Matosinhos, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 08 de fevereiro de 2017

Aceite a 30 de dezembro de 2017

Online a 21 de janeiro de 2018

Palavras-chave:

Autocuidado

Cuidados Primários de Saúde

Diabetes Mellitus Tipo 2

Educação de Doentes

Participação do Doente

R E S U M O

Introdução: Habilitar pessoas para a gestão da diabetes *mellitus* (DM) tipo 2 é um dos desígnios dos profissionais das Unidades de Saúde Familiar (USF). Estes deparam-se diariamente com o desafio de capacitar o doente para o autocuidado da sua doença.

O objetivo foi caraterizar os autocuidados das pessoas com (DM) tipo 2 e identificar fatores associados. **Métodos:** Estudo transversal analítico. Utilizámos uma amostra de conveniência de 100 utentes com DM tipo 2 que se dirigiram a duas USF para consulta de vigilância entre 16 e 30 de junho de 2016. Analisámos variáveis demográficas, terapêutica, controlo glicémico, lipídico e da tensão arterial e resultado da escala validada em português *Summary of Diabetes Self-Care Activities*, que mede o autocuidado na DM.

Resultados: A dimensão menos pontuada da *Summary of Diabetes Self-Care Activities* foi a “automonitorização da glicemia”, seguida da “atividade física”. “Cuidados com os pés” foi a dimensão que mais pontuou. Relativamente à “atividade física” encontramos associações estatisticamente significativas entre o género masculino ($p = 0,041$) e utentes com escolaridade superior ao primeiro ciclo ($p = 0,002$). Na dimensão “automonitorização da glicemia” encontramos associações estatisticamente significativas com utentes com complicações microvasculares ($p = 0,005$), sob terapêutica com insulina/insulina mais antidiabéticos orais ($p = 0,006$) e não controlados glicemicamente ($p = 0,042$). A associação entre a USF e os “cuidados com os pés” e a dimensão “medicamentos” mostraram-se significativas ($p = 0,002$ e $p = 0,011$, respetivamente).

Conclusão: Os níveis de autocuidados são elevados mas os défices encontrados constituem uma forte motivação para a continuação deste projeto.

Type 2 Diabetic Patients Empowerment in Primary Care

A B S T R A C T

Introduction: Empowering the users to better manage their diabetes is one of the Health Care Units professionals' designations. They face the daily challenge of capacitating these users to self-care their illness.

The main objective was to characterize diabetic self-care and to identify associated factors.

Methods: Cross sectional analytical study. We used a convenience sample of 100 diabetic users who went to their health units between the 16th and the 30th of June of 2016 for a routine consultation. We analyzed demographic variables, ongoing treatment, glycemic, lipid and blood pressure control and Summary of Diabetes Self-Care Activities's score, which is an instrument that measures diabetes self-management and is validated for Portuguese language.

Keywords:

Diabetes Mellitus, Type 2

Patient Education

Patient Participation

Primary Health Care

Self-Care

* Autor Correspondente.

Correio eletrónico: carina.pereira@ulsm.min-saude.pt (Carina Pereira)

USF Oceanos, Matosinhos, Portugal

Rua Alfredo Cunha, 365

4450-024 Matosinhos

Portugal

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpedm.2017.10.055>

1646-3439/© 2018 Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Publicado por Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Results: “Blood sugar testing” was Summary of Diabetes Self-Care Activities’s least punctuated domain, followed by “exercise”. “Foot-care” was the most punctuated domain. We’ve found statistical significant associations between “exercise” and the male gender ($p = 0.041$), and also with users with schooling superior to the primary school ($p = 0.002$). Regarding the “blood sugar testing” domain we have found statistical significant associations between users with microvascular complications ($p = 0.005$), taking insulin/insulin and oral hypoglycemic agents ($p = 0.006$) and without glycemic control ($p = 0.042$). The association between Health Unit and “foot-care” was significant ($p = 0.002$), as with the “medication taking” ($p = 0.011$).

Conclusion: Diabetes self-care levels encountered were high but we also found some deficient areas remaining which constitute a strong motivation for us to continue this project.

Introdução

A diabetes *mellitus* (DM) constitui um grave problema de saúde pública, não só pelo aumento da sua incidência, como também pela sua elevada morbimortalidade.

Segundo o relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes, a prevalência da doença em 2015 era de 13,3 %, entre os 20 e os 79 anos.¹

Capacitar as pessoas para a gestão da sua doença crónica é um dos desígnios dos profissionais das Unidades de Saúde Familiar (USF).

A educação terapêutica é um dos pilares do tratamento da DM, cujos objetivos são ampliar os conhecimentos dos doentes sobre a doença, desenvolver habilidades para o autocuidado e estimular mudanças de comportamento, prevenindo complicações.

O autocuidado engloba “atividades que uma pessoa inicia e realiza por sua própria vontade para manter a sua vida, saúde e bem-estar, sendo uma conduta aprendida em resultado de experiências cognitivas culturais e sociais”.²

A *Summary of Diabetes Self-Care Activities* (SDSCA) é um dos instrumentos mais utilizados para medir o autocuidado com a DM.³ É um instrumento fiável e validado na avaliação do autocuidado com a DM, encontrando-se traduzida e adaptada para português.

Este trabalho apresenta-se como a primeira fase de um projeto de intervenção que surge da necessidade de aumentar a capacitação para o autocuidado da pessoa com DM tipo 2.

Os objetivos são caracterizar os autocuidados da pessoa com DM tipo 2, verificar se existe associação entre estes e as características clínicas/ sociodemográficas e identificar fatores associados.

Metodologia

Realizámos um estudo analítico, transversal e de base institucional, nas USF do Mar (Agrupamento dos Centros de Saúde (ACeS) Grande Porto IV) e USF Oceanos (ACeS Matosinhos).

A população do estudo incluiu os utentes com DM tipo 2 inscritos nas duas USF ($n = 2244$). Utilizámos uma amostra de conveniência constituída por 100 utentes com DM tipo 2, que se dirigiram às USF entre 16 e 30 de junho de 2016 para uma consulta médica ou de enfermagem de vigilância e que aceitaram participar no estudo. Os critérios de exclusão contemplavam os utentes incapazes de ler e responder ao questionário e os que não tinham nenhum registo de hemoglobina glicada (HbA_{1c}) em 2015.

Colheita de dados

A recolha de dados foi realizada tendo por base um questionário de autopreenchimento construído pelas investigadoras que permitiu colher informação relativa à USF a que pertencem e dados sociodemográficos: idade, género, estado civil, escolaridade e número de anos de duração da DM. No mesmo questionário

constava a escala SDSCA. Esta escala permite medir a frequência das atividades realizadas pelo diabético em sete áreas do tratamento: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização de glicemia, cuidados com os pés, medicamentos e hábitos tabágicos. A avaliação destas dimensões é parametrizada segundo uma escala de Likert de 0 a 7, que traduz o número de dias da semana nos quais os comportamentos foram adotados nos últimos sete dias, sendo o 0 a situação menos desejável e o 7 a mais favorável, exceto na dimensão “alimentação específica”. A “alimentação específica” pontua inversamente, sendo o 0 o mais favorável e 7 o menos desejável. A dimensão “hábitos tabágicos”, composta por uma ou três perguntas, é considerada separadamente das restantes variáveis, por ser codificada de forma diferente. Para efeitos de análise é considerada a proporção de fumadores e a média de cigarros consumidos por dia. Os resultados (médias ou medianas) são expressos em dias por semana.

Os restantes dados clínicos foram retirados do programa informático SClínico CSP® e incluíram: complicações micro e macrovasculares, terapêutica instituída e presença de controlo glicémico, lipídico e da tensão arterial (TA).

Os utentes foram convidados a participar no estudo pelo médico/enfermeiro de família, sendo depois encaminhados para as investigadoras. Aos que acederam participar foi explicado o estudo e solicitada a assinatura do consentimento informado.

As variáveis estudadas foram:

- Independentes:

- USF;
- Género;
- Idade;
- Estado civil - para a análise de dados definiram-se duas categorias: solteiro/viúvo/divorciado e casado/união de facto;
- Escolaridade - para a análise de dados definiram-se duas categorias: $\leq 1^\circ$ ciclo e $> 1^\circ$ ciclo;
- Duração da doença (anos);
- Presença de complicações macrovasculares (*International Classification of Primary Care - 2nd edition* (ICPC-2));
- ✓ Doença cerebrovascular (isquemia cerebral transitória, trombose/ acidente vascular cerebral, doença vascular cerebral - K89, K90 e K91) e/ou;
- ✓ Doença cardiovascular (doença cardíaca isquémica com angina, enfarte agudo do miocárdio, doença cardíaca isquémica sem angina - K74, K75 e K76) e/ou;
- ✓ Doença arterial periférica (aterosclerose/doença vascular periférica) - K92.
- Presença de complicações microvasculares (ICPC-2):
- ✓ Nefropatia (glomerulonefrite/ nefrose - U88) e/ou;
- ✓ Nevrite / neuropatia periférica - N94 e/ou;
- ✓ Retinopatia - F83.
- Terapêutica farmacológica dirigida à DM tipo 2: sem medicação; sob antidiabéticos orais (ADO) ou insulina mais ADO; para análise de dados criaram-se três categorias: sem medicação ou sob ADO/insulina ou ADO mais insulina;

- Controlo glicémico: definido por Hb1Ac < 7% no geral; < 8% se história de hipoglicemias graves, esperança média de vida inferior a 10 anos, complicações micro ou macrovasculares avançadas, comorbilidades significativas ou dificuldade em atingir níveis adequados de glicemia apesar dos esforços de monitorização e terapêutica com insulina⁴;
- Controlo da TA definido por TA < 140/90 mmHg⁴;
- Controlo lipídico: LDL < 70 mg/dL, se outros fatores de risco cardiovasculares (FRCV) ou lesões órgãos-alvo ou LDL < 100 mg/dL se ausência de outros FRCV e lesões órgãos-alvo; HDL > 40 mg/dL no homem e > 45 mg/dL na mulher; triglicéridos (TG) < 200 mg/dL.⁵

- Dependentes:

- Dimensões da SDSCA.

Foi autorizada a aplicação da SDSCA pelos autores da versão validada para a população portuguesa.

Foram obtidos os pareceres favoráveis dos coordenadores das USF do Mar e USF Oceanos, dos Presidentes do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Grande Porto IV e do ACeS de Matosinhos, das comissões de ética da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) e ARS Norte e do Conselho de administração da ULSM.

Análise estatística

As variáveis quantitativas foram sumariadas através de estatísticas descritivas (média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo). As variáveis qualitativas foram sumariadas através do cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%).

A análise estatística dos dados foi conduzida através de tabelas de frequências para variáveis qualitativas e tabelas com estatísticas descritivas para as variáveis quantitativas.

As comparações entre variáveis categóricas e variáveis quantitativas foram analisadas recorrendo ao teste t para amostras independentes ou através do teste não paramétrico de Mann-Whitney, quando não se verificou o pressuposto da normalidade em pelo menos um dos grupos.

A associação entre duas variáveis quantitativas foi avaliada através do coeficiente de correlação de Pearson ou de Spearman, quando o pressuposto da normalidade não se verificou.

Os fatores associados aos autocuidados na diabetes foram estudados mediante regressão linear múltipla.

Os testes estatísticos foram efetuados bilateralmente, considerando-se estatisticamente significativo $p < 0,05$.

Os dados foram colhidos numa base de dados previamente realizada com o programa Microsoft Office Excel[®] 2011. Para a análise estatística recorreu-se ao programa estatístico IBM[®] SPSS[®] Statistics v. 23.

Resultados

Participaram 101 pessoas com DM tipo 2, sendo que um dos questionários foi excluído do estudo.

A prevalência do género feminino foi de 52%, a idade média de 67,9,1 ± 10,1 anos e a duração mediana da doença de 7 anos (Tabela 1). Do total, 71% encontravam-se em união de fato/casados e 53% tinham o primeiro ciclo de escolaridade. A maioria dos doentes estava medicada com ADO e 72% apresentava um bom controlo glicémico.

Na análise da escala SDSCA (Tabela 2), observámos que a dimensão menos pontuada foi a automonitorização da glicemia (M = 1,71; DP = 2,02), seguida da atividade física (M = 2,08, DP = 2,04), uma vez que a alimentação específica é avaliada de forma

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra

Características sociodemográficas e clínicas	Total n = 100
USF, n (%)	
USF Do Mar	42 (42%)
USF Oceanos	58 (58%)
Género feminino, n (%)	52 (52%)
Idade (anos)	67,9 (10,1); 69 (45;89;44)
Estado civil, n (%)	
Solteiro	4 (4%)
União facto/casado	71 (71%)
Viúvo	16 (16%)
Divorciado	9 (9%)
Escolaridade, n (%)	
< 1º ciclo	19 (19%)
1º ciclo	53 (53%)
> 1º ciclo	28 (28%)
Duração de doença, (anos)	9,5 (7,9); 7 (1;40;39)
Com complicações microvasculares, n (%)	21 (21%)
Com complicações macrovasculares, n (%)	18 (18%)
Terapêutica, n (%)	
Sem medicação	6 (6%)
ADO	82 (82%)
Insulina + ADO ou insulina	12 (12%)
Controlo glicémico, n (%)	72 (72%)
Controlo LDL, n (%)	30 (30%)
Controlo HDL, n (%)	66 (66%)
Controlo Triglicéridos, n (%)	77 (77%)
Controlo da tensão arterial, n (%)	73 (73%)
Tabagismo, n (%)	6 (6%)
Consumo cigarro, n (%)	
Nunca	31 (31%)
> 2 anos	19 (19%)
1 - 2 anos	3 (3%)
4 - 12 meses	1 (1%)
Hoje	6 (6%)
Número de cigarros	15,5 (3,9); 15 (10;20;10)
Interesse em participar em sessões educação para a saúde, n (%)	54 (54%)

ADO: antidiabéticos orais.

As variáveis quantitativas são descritas através da média (desvio padrão); Mediana (mínimo-máximo; amplitude interquartil).

diferente.

Os cuidados com os pés, por outro lado, foi a dimensão que mais pontuou (M = 5,73; DP = 1,57), seguida da adesão à medicação prescrita (M = 5,07; DP = 2,03).

Em relação à automonitorização da glicemia, verificámos que o número de dias em que o utente fez a pesquisa da glicemia apresentava uma correlação forte, positiva e estatisticamente significativa com o número de dias indicado pelo médico, enfermeiro ou farmacêutico ($r = 0,79$; $p < 0,001$).

Estudámos a associação das dimensões da escala SDSCA com a idade através da correlação de Pearson e com a duração da doença através da correlação de Spearman. Verificámos que a idade tinha correlação ligeira, estatisticamente significativa e positiva com a “alimentação geral” ($r = 0,23$; $p = 0,026$) e negativa com a “automonitorização da glicemia” ($r = -0,284$; $p = 0,008$). Quanto à duração da doença, esta mostrou-se correlacionar de modo esta-

Tabela 2. Escala Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA)

Em quantos dos últimos sete dias:	n	Score	
		M	DP
Alimentação geral		4,6	1,67
... seguiu uma alimentação saudável?	100	5,1	2,2
Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	93	3,3	2,3
... comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	99	5,6	2,3
Alimentação específica		2,04	1,17
... comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	99	2,3	1,5
... comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	99	4,29	2,9
... misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	99	1,8	2,4
... consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	99	2,1	2,8
... consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	99	0,6	1,7
... comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	99	1,4	1,6
Atividade física		2,08	2,04
... praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividade contínua, inclusive andar)	99	3,2	2,9
... participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	93	1,1	2,0
Automonitorização da glicemia		1,71	2,02
... avaliou o açúcar no sangue?	97	1,8	2,2
Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	88	1,8	2,2
Cuidados com os pés		5,73	1,57
... examinou os seus pés?	96	4,4	3,2
... lavou os seus pés?	96	6,6	1,2
... secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	97	6,1	1,9
Medicamentos		5,07	2,03
... tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	91	6,7	1,3
... tomou, conforme lhe foi indicado, injecções de insulina?	23	3,9	3,5
... tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	61	6,5	1,7

DP: desvio padrão; M: média

tisticamente significativo e positivo com os resultados da dimensão da “automonitorização da glicemia” ($r_s = 0,414; p < 0,05$).

Não encontrámos associações estatisticamente significativas entre a dimensão “alimentação geral” e as restantes variáveis.

A associação entre o género e a “alimentação específica” (Fig. 1) mostrou-se significativa ($p < 0,001$), obtendo um *score* mediano mais elevado no género masculino (2,6 pontos vs 1,3 pontos). O estado civil relacionou-se de forma estatisticamente significativa ($p = 0,015$) com esta dimensão, demonstrando-se que os solteiros, viúvos ou divorciados estão associados a *scores* mais elevados (2,1 pontos vs 1,2 pontos). Dado que esta dimensão pontua inversamente, o género feminino e os casados/união de facto apresentavam melhor desempenho, ou seja, seguiam a alimentação específica adequada mais frequentemente.

Relativamente à “atividade física” (Fig. 2), o *score* mediano do género masculino foi de 2,2 pontos e o do género feminino de 1 ponto, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p = 0,041$). Nesta dimensão encontrámos ainda uma associação estatisticamente significativa ($p = 0,002$) com a escolaridade: utentes com escolaridade superior ao primeiro ciclo apresentavam *scores* medianos mais elevados, relativamente aos que tinham escolari-

dade igual ou inferior ao primeiro ciclo (3 pontos vs 1 ponto).

Na dimensão “automonitorização da glicemia” (Fig. 3) encontrámos as seguintes associações estatisticamente significativas:

- Utentes com complicações microvasculares apresentavam *scores* medianos mais elevados comparativamente aos que não tinham ($p = 0,005$; 2 pontos vs 1 ponto);
- Utentes sob terapêutica com insulina ou insulina mais ADO apresentavam *scores* medianos mais elevados, face aos que não faziam medicação ou só estavam medicados com ADO ($p = 0,006$; 4 pontos vs 1 ponto);
- Utentes não controlados glicemicamente apresentavam *scores* medianos mais elevados face aos controlados ($p = 0,042$; 2 pontos vs 1 ponto).

A associação entre a USF e os “cuidados com os pés” (Fig. 4) mostrou-se significativa ($p = 0,002$), tendo-se observado um *score* mediano mais elevado na USF Oceanos comparativamente à USF do Mar (7 pontos vs 5 pontos).

Na dimensão “medicamentos” (Fig. 5), o *score* mediano da USF do Mar foi de 7 pontos e o da USF Oceanos de 4,7 pontos, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p = 0,011$). Encontrámos também uma associação estatisticamente (Tabela 3)

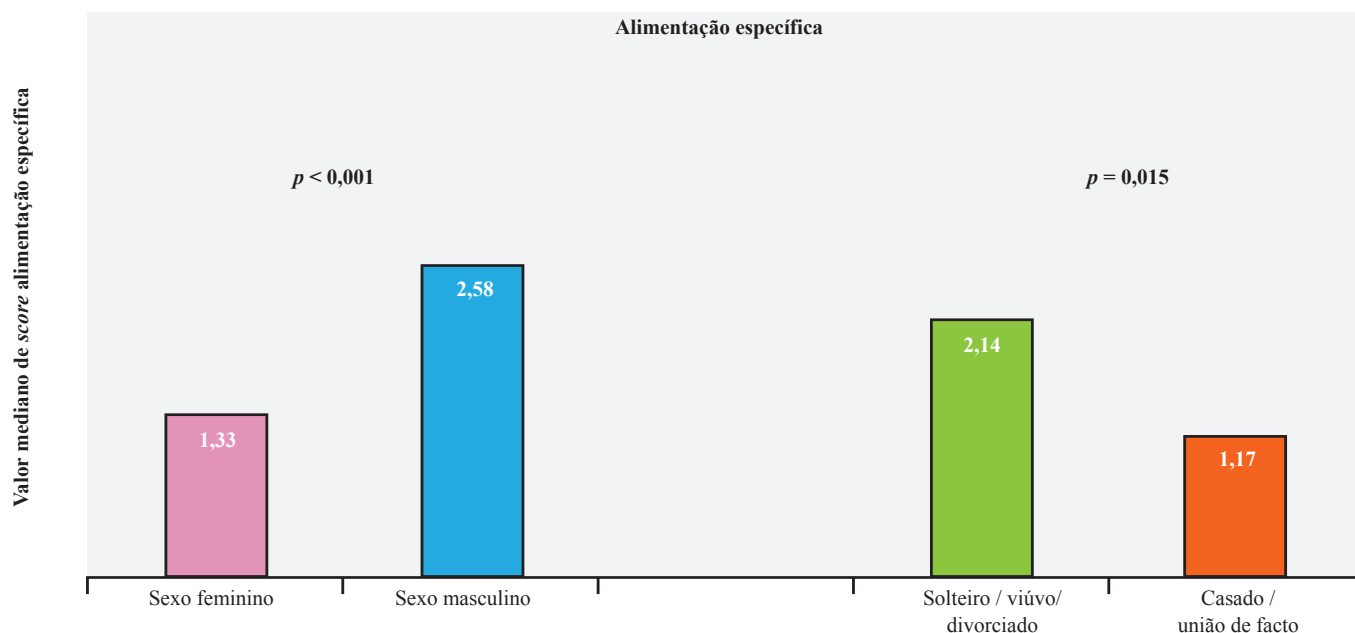


Figura 1. Relações estatisticamente significativas entre alimentação específica e as variáveis sociodemográficas/clínicas

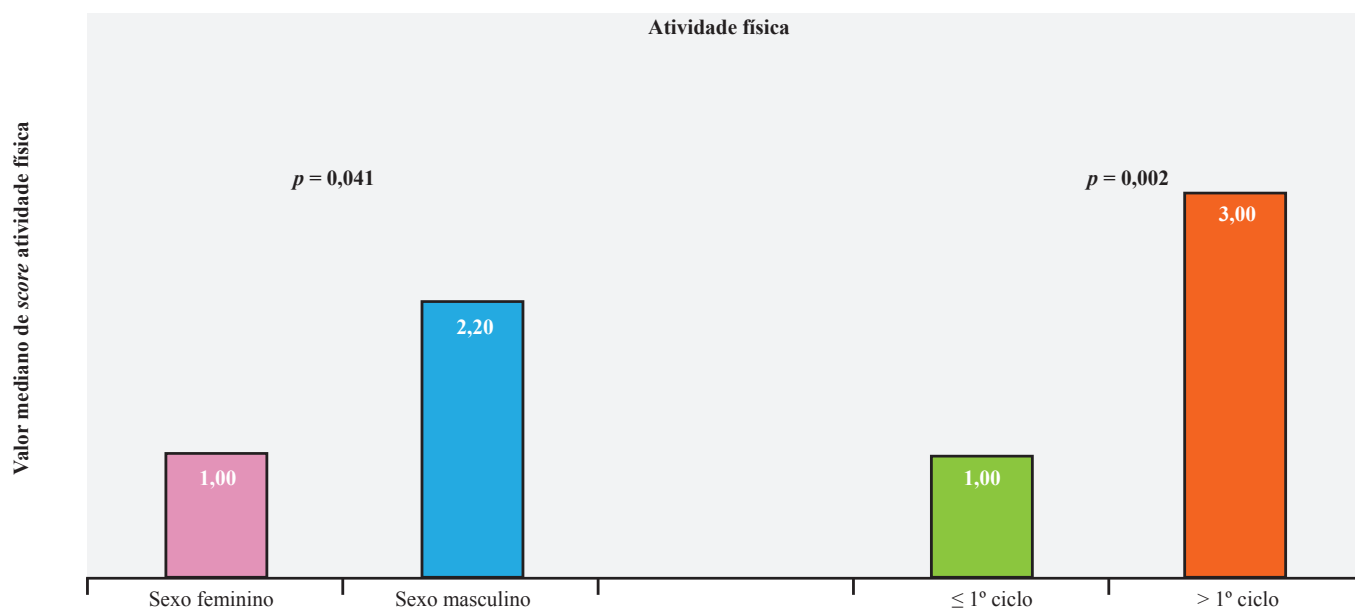


Figura 2. Relações estatisticamente significativas entre atividade física e as variáveis sociodemográficas/clínicas

significativa com a terapêutica: utentes sob ADO apresentavam *scores* medianos mais elevados ($p = 0,015$). Contudo, esta dimensão tem poucos casos, motivo que poderá limitar a análise estatística realizada.

Aplicando a regressão linear múltipla para identificar fatores preditores, (Tabela 3) verificámos que a dimensão “alimentação geral” estava significativamente relacionada com a idade: à medida que aumentou a idade dos utentes com DM tipo 2, maior o *score* nesta dimensão ($b = 0,039$).

Em relação à dimensão “alimentação específica”, o género masculino demonstrou ter uma associação estatisticamente significativa com este *score* ($b = 1,203$).

Na dimensão “atividade física”, utentes com escolaridade

superior ao primeiro ciclo aumentavam o *score* desta dimensão ($b = 1,375$).

De acordo com o modelo otimizado para a dimensão “automonitorização da glicemia”, a idade, a duração da doença e a terapêutica mostravam-se associados ao *score*: à medida que aumenta a idade, diminuiu o *score* desta dimensão ($b = -0,060$); a duração da doença e tratamento sob insulina ou insulina mais ADO aumentavam o *score* ($b = 0,116; 2,260$).

Nas dimensões “cuidado com os pés” e “medicamentos”, a USF mostrou associação com estes dois *scores*, tendo-se observado que pertencer à USF Oceanos aumentou o *score* da dimensão “cuidado com os pés” ($b = 0,868$) e reduziu o *score* da dimensão “medicamentos” ($b = -2,574$).

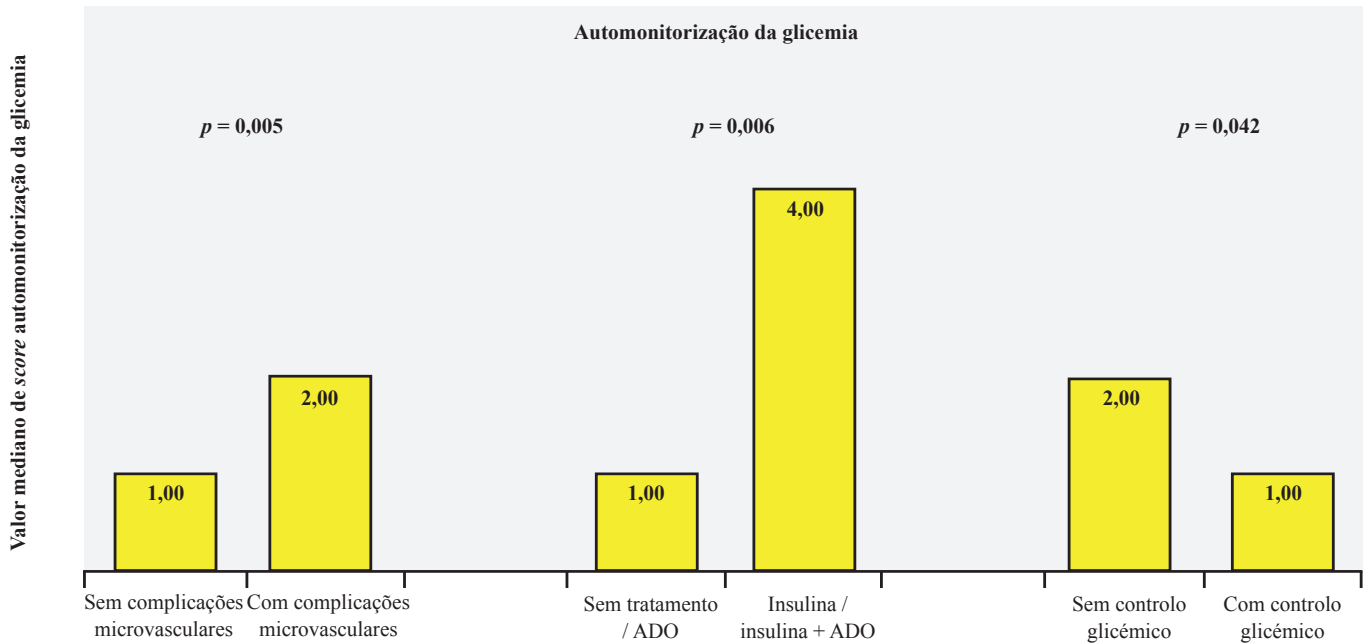


Figura 3. Relações estatisticamente significativas entre a automonitorização da glicemia e as variáveis sociodemográficas/clínicas

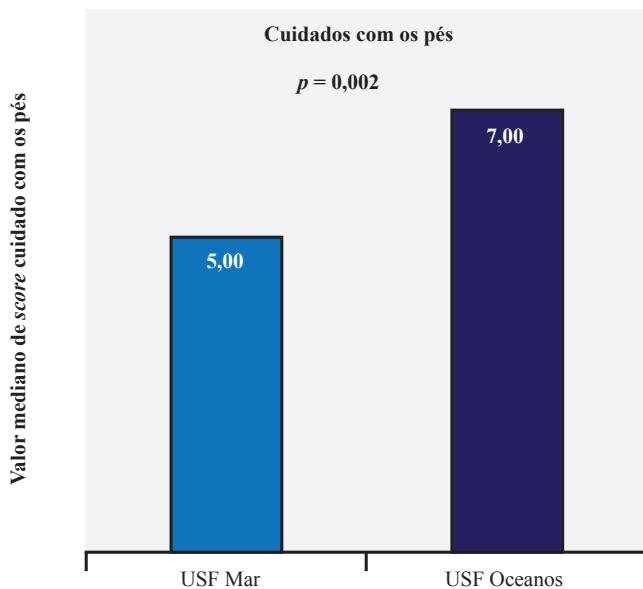


Figura 4. Relações estatisticamente significativas entre o cuidado com os pés e as variáveis sociodemográficas/clínicas

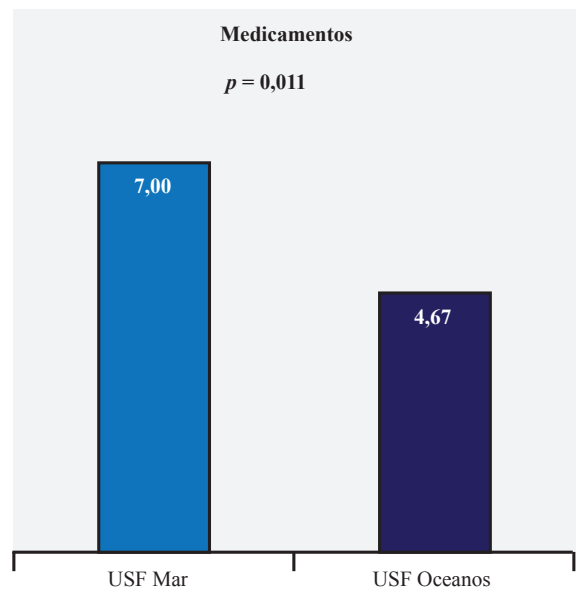


Figura 5. Relações estatisticamente significativas entre os medicamentos e as variáveis sociodemográficas/clínicas

Discussão

A aplicação da escala SDSCA permitiu identificar áreas de necessidade e planear intervenções com vista a colmatar os défices encontrados.

Analisando as características sociodemográficas, verificámos que a maioria eram mulheres (52%), com idade média de 67,9 anos, coincidente com o descrito noutros estudos.⁶⁻¹⁰

Dos inquiridos, 82% estavam medicados apenas medicados com ADO, valor inferior ao encontrado na literatura.^{1,10} Do total, 72% apresentavam HbA1c inferior a 7%, o que traduz um melhor controlo comparativamente a outros estudos.^{1,10} Apenas 30% dos diabéticos tinham LDL controlado.

Alimentação geral

Na “alimentação geral”, os participantes seguiam em média uma alimentação cuidada durante cinco dias da semana, o que se situa abaixo dos resultados de Rodrigues (2014)¹⁰ e Bastos (2007).³ Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa e positiva com a idade, o que vai contra o que é expectável, uma vez que a idade dificulta a aquisição de competências para o autocuidado.²

Alimentação específica

Na “alimentação específica”, o género feminino e os casados/união de facto apresentaram melhor desempenho, resultados que foram de encontro ao estudo de Lemessa (2014), que refere que os casados aderem melhor a uma dieta correta⁷ e ao estudo de

Tabela 3. Regressão linear múltipla

Variáveis independentes	b	p	IC a 95%		Valor p do modelo	r ² ajustado
			Limite inf.	Limite sup.		
Alimentação geral						
Idade	0,039	0,026	0,005	0,073	0,026	45%
Alimentação específica						
Gênero (masculino)	1,203	<0,001	0,787	1,618	<0,001	25%
Atividade física						
Escolaridade (> 1º ciclo)	1,375	0,004	0,462	2,289	0,004	8,1%
Automonitorização glicemia						
Idade	-0,06	0,001	-0,094	-0,026	<0,001	42%
Duração doença	0,116	<0,001	0,072	0,160		
Terapêutica (insulina/insulina + ADO)	2,260	<0,001	1,192	3,329		
Cuidados com os pés						
USF (Oceanos)	0,868	0,007	0,242	1,493	0,007	6,6%
Medicamentos						
USF (Oceanos)	-2,574	0,001	-4,415	-0,734	0,01	37%

Tanqueiro (2013), que concluiu que viver só é um fator limitador do autocuidado.²

Atividade física

O baixo *score* de “atividade física” corroborou os resultados de estudos semelhantes,^{8,9,11} podendo ser explicado pelas características etárias deste grupo, que frequentemente apresenta outras patologias associadas, nomeadamente do foro cardiovascular e osteoarticular, limitando a adesão a este autocuidado.⁹ Relativamente às associações encontradas, verificámos uma diferença estatisticamente positiva para o género masculino, tal como observado noutros estudos.¹⁰ Os indivíduos que apresentavam escolaridade superior ao primeiro ciclo tinham *scores* medianos mais elevados do que os com escolaridade igual ou inferior ao primeiro ciclo, tal como observado por Lemessa (2014).⁷ Este é um fator importante a ter em conta no projeto de intervenção, uma vez que a escolaridade é um fator limitador da educação do diabético.²

Automonitorização da glicemia

Na dimensão “automonitorização da glicemia”, verificámos que o número de dias (média 1,71 dias/semana) em que os diabéticos fizeram a pesquisa de glicemia apresentou uma correlação forte, positiva e estatisticamente significativa com o número de dias indicado pelo médico, enfermeiro ou farmacêutico. Este valor baixo pode ser justificado pelo facto de 82% da amostra ser constituída por diabéticos sob terapêutica exclusiva com ADO e de existir pouca evidência que preconize a realização regular deste autocuidado nos diabéticos controlados com dieta ou sob terapêutica exclusiva com ADO.¹ Por este motivo, não se justifica realizar sessões de educação sobre esta temática.

Cuidados com os pés

Em relação à elevada adesão aos “cuidados com os pés”, este resultado pode dever-se à sensibilização realizada nas consultas de enfermagem. No entanto, é divergente em relação à maioria dos estudos encontrados, nos quais a adesão aos “medicamentos” é a dimensão mais pontuada.^{3,8,9,13} Uma vez que pertencer à USF Oceanos é um fator preditor dos cuidados com os pés, torna-se importante perceber a organização desta atividade na Unidade e,

se possível, mimetizá-la na USF do Mar.

Medicamentos

O tratamento é a área onde habitualmente as pessoas experienciam menos dificuldade e onde aderem mais.¹⁴ Na dimensão “medicamentos”, os utentes sob ADO apresentaram *scores* medianos mais elevados, surgindo a possibilidade de intervenção, principalmente nos utentes sob insulino-terapia. Nesta dimensão pertencer à USF Oceanos foi um fator preditor negativo, pelo que se torna importante intervir nesta Unidade.

Limitações

Relativamente às limitações do presente estudo é de referir a utilização de uma amostra de conveniência, não aleatorizada e de tamanho reduzido, que limita a extrapolação dos resultados.

A aplicação de questionários de autopreenchimento poderá enviesar as respostas e sendo estes compostos por questões relativas ao cumprimento terapêutico e de estilos de vida saudáveis, os participantes poderão não responder de forma verdadeira.

O facto de terem sido excluídos os utentes analfabetos, assim como os que não tinham registo de HbA1c em 2015 poderá constituir um viés de seleção.

Quanto às variáveis recolhidas através do recurso aos registos clínicos, a sua codificação poderá estar incompleta.

Ações a desenvolver

As pessoas com DM tipo 2 que participaram no estudo inicial serão convidadas a integrar sessões de educação para a saúde. Posteriormente às sessões educativas será aplicado o mesmo questionário e reavaliados os dados clínico-laboratoriais, seis meses após o término das mesmas.

Os temas desenvolvidos irão de encontro aos défices identificados:

- Alimentação: USF do Mar e USF Oceanos; simulações práticas com nutricionista;
- Exercício físico: USF do Mar e USF Oceanos; classe de exercícios com fisioterapeuta e caminhadas;
- Cuidados com os pés: USF do Mar; orientada por médico/enfermeiro;

- Tratamento: USF Oceanos; orientada por médico/enfermeiro.

Conclusão

A diabetes é uma doença complexa e com tratamento multifacetado que exige muito da intervenção da própria pessoa. No sentido de prevenir as complicações, os profissionais das USF desenvolvem esforços na educação da pessoa com diabetes.

Os níveis de autocuidados na diabetes encontrados neste estudo são elevados mas os défices identificados sinalizam áreas com potencial de melhoria. Estas constituem a base de um programa de educação a implementar, cujos objetivos finais são os de motivar a adoção de estilos de vida saudáveis, diminuir as complicações e melhorar a qualidade de vida.

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer à Dr.^a Vera Vicente da Eutrotrials.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Proteção de Pessoas e Animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors report no conflict of interest.

Funding Sources: No subsidies or grants contributed to this work.

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.

Protection of Human and Animal Subjects: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki).

Referências

1. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e Números - O Ano de 2015. Lisboa:Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes; 2016.
2. Tanqueiro MT. A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. Rev Enferm Ref. 2013; 3:151-60.
3. Bastos F, Severo M, Lopes C. Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. Ata Med Port. 2007; 20:11-20.
4. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care. 2016; 39: S32-71.
5. Direção Geral Saúde. Norma 019/2011: Abordagem Terapêutica das Dislipidemias no Adulto. Lisboa: DGS; 2015.
6. Etukudo IO. Patient-reported knowledge, perception and practice, regarding Diabetic self-management skills and behaviours, in Mokopane Provincial Hospital. [Thesis of master of Family Medicine]. Johannesburg: University of the Witwatersrand; 2013.
7. Lemessa F. Assesment of self care practices and associated factors among type 2 diabetic patients at Tikur Anbessa specialized hospital Addis Ababa, Ethiopia. [Thesis of Masters os Science in Advanced Adult Health Nursing]. Addis Ababa: Ababa University; 2014.
8. Mashburn DD. Self efficacy, self reliance, adherence to self care, and glycemic control among Cherokee with type 2 diabetes. [Thesis of Doctor of Philosophy]. Minnesota: University of Minnesota; 2012.
9. Sousa MR. Promover o Autocuidado, apoiar a adesão e a gestão do regime terapêutico - Programa de Intervenção de Enfermagem em Pessoas com Diabetes [Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2015.
10. Rodrigues SF. Os estilos de gestão do regime terapêutico e a sua influência nas atividades de autocuidado da população com diabetes mellitus tipo 2. [Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2014.
11. Lopes IC. Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde. [Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde]. Coimbra: Escola Superior de Educação de Coimbra; 2014.
12. Colagiuri S, Cho NH, Distiller L, Dong B, Duning T, Gadsby R, et al. The IDF global guideline for managing older people with type 2 diabetes: Implications for nurses. J Diabetes Nurs. 2014; 18: 145-50.
13. Guerra MT. Empoderamento da pessoa com Diabetes tipo 2. Projeto de Intervenção do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária. Instituto politécnico de Beja. 2012.
14. Sousa MR. Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2. [Dissertação de Mestrado de Educação]. Braga: Universidade do Minho; 2003.