

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM

COMUNITÁRIA

DISSERTAÇÃO

Literacia em Saúde e Autocuidado no Adulto com Diabetes *Mellitus* Tipo 2
em Contexto Comunitário

Gregório Magno de Vasconcelos de Freitas

Lisboa

MAIO 2017



MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM

COMUNITÁRIA

DISSERTAÇÃO

Literacia em Saúde e Autocuidado no Adulto com Diabetes *Mellitus* Tipo 2
em Contexto Comunitário

Gregório Magno de Vasconcelos de Freitas

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Adriana Pereira Henriques

Lisboa

MAIO 2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“É preciso diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, até que, em um dado momento a tua fala seja a tua prática”.

Paulo Freire

AGRADEÇO

À Professora Doutora Maria Adriana Pereira Henriques por toda a sua atenção, disponibilidade, dedicação, compreensão perante as minhas dificuldades, doudas orientações e, acima de tudo, pelo seu apoio nas horas mais difíceis.

Ao Conselho de Administração e à Direção de Enfermagem do SESARAM, EPE pelo acolhimento e por proporcionarem as condições para a concretização do estudo.

Aos Chefes e Enfermeiros dos Centros de Saúde Concelhio da Região Autónoma da Madeira por toda a sua disponibilidade e colaboração no estudo.

Aos clientes que participaram no estudo, pois sem a sua colaboração não seria possível a concretização deste trabalho.

Aos meus colegas pelo apoio e amizade demonstrados.

A todos, Muito Obrigado!

Pai, começamos esta jornada juntos... agora estás num lugar melhor...

À Paula e ao Santiago pelo seu infinito amor, sobretudo, quando a qualidade do contacto era afetada pelo cansaço e, mesmo assim, o sorriso e a alegria de estarem comigo eram contagiantes... amo-vos!

LISTA DE SIGLAS

- ADA – American Diabetes Association
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CA – Conselho de Administração
CE – Comissão Europeia
CES – Comissão de Ética para a Saúde
CELS – Consórcio Europeu para a Literacia em Saúde
CS – Centros de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção Geral da Saúde
DM – Diabetes *Mellitus*
DMT2 – Diabetes *Mellitus* Tipo 2
DNT – Doenças Não Transmissíveis
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
EU – União Europeia
EUA – Estados Unidos da América
HLS-EU – European Health Literacy Survey
HLS-EU-PT – European Health Literacy Survey - Portugal
HTA – Hipertensão Arterial
IDF – International Diabetes Federation
IMC – Índice de Massa Corporal
LDL – Low Density Lipoprotein
LS – Literacia em Saúde
MAT – Medida de Adesão ao Tratamento
MS – Ministério da Saúde
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
OND – Observatório Nacional da Diabetes
PE – Parlamento Europeu
PIB – Produto Interno Bruto
PND – Programa Nacional Para a Diabetes

PNESLA – Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados

PNS – Plano Nacional de Saúde

RAM – Região Autónoma da Madeira

SESARAM, EPE – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, Entidade Pública Empresarial

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

SRAS – Secretaria Regional dos Assuntos Sociais

WHO – World Health Organization

RESUMO

As doenças não transmissíveis (DNT) são um dos principais desafios do século 21 pois, para além do sofrimento humano e impacto socioeconómico, constituem a primeira causa de morte no mundo (WHO, 2014). Uma adequada gestão destas doenças está dependente do autocuidado (Sidani, 2011). Sendo a diabetes *mellitus* (DM) uma dessas principais doenças (WHO, 2014), crónica e complexa, várias são as determinantes que contribuem para o processo de cuidados e de resultados em saúde, no entanto, nas últimas décadas a literatura tem vindo a ilustrar o conceito de literacia em saúde (LS) como um fator relevante e influente na DM (Cavanaugh, 2011).

Neste estudo, quantitativo do tipo descritivo e transversal, desenvolvido nos centros de saúde concelhio da Região Autónoma da Madeira (RAM), recorremos a um instrumento de colheita de dados com a caracterização sociodemográfica e clínica criada para o efeito, ao Questionário Europeu de Literacia em Saúde para Portugal (HLS-EU-PT), à Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes e à Medida de Adesão ao Tratamento (MAT). Na amostra (n=138), não representativa da população, observamos um baixo controlo da DM tipo 2 (DMT2), nomeadamente nos valores de hemoglobina glicada (HbA1c), de LDL, da tensão arterial (TA) e do peso, sendo que cerca de um quarto dos inquiridos já manifesta complicações da DM. A adesão às atividades de autocuidado também foi fraca e as atividades com maior adesão foram a medicação, os cuidados com os pés e a alimentação geral. Para além da LS, a situação financeira do agregado familiar, a idade e a capacidade de memória podem ser determinantes na adesão a algumas atividades de autocuidado. Na LS verificamos uma maior percentagem de indivíduos com literacia limitada em todos os domínios e os resultados sugerem a atividade profissional, a situação financeira do agregado familiar e o tempo de diagnóstico da DM como suas determinantes. Perante a inconsistência na relação estatisticamente significativa da LS nos resultados em saúde, no sentido de otimizar a promoção do autocuidado, sugerimos mais investigação sobre os determinantes que o possam influenciar, nomeadamente a relação terapêutica entre o enfermeiro e o adulto com DMT2 em contexto comunitário.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus* Tipo 2; Adulto; Literacia em saúde; Autocuidado; Comunidade.

ABSTRACT

Noncommunicable diseases (NCD) are one of the major challenges of the 21st century because, beyond human suffering and socio-economic impact, they are the leading cause of death in the world (WHO, 2014). Adequate management of these diseases is dependent on self-care (Sidani, 2011). Being diabetes mellitus (DM) one of these major diseases (WHO, 2014), chronic and complex, several determinants contribute to the process of health care and outcomes, however, in the last decades the literature has been illustrating the concept of health literacy (HL) as a relevant and influential factor in DM (Cavanaugh, 2011).

In this cross-sectional study, developed in the municipal health centers of the Autonomous Region of Madeira, we used a data collection instrument with the sociodemographic and clinical characteristics created for this purpose and use the European Health Literacy Survey for Portugal, the Diabetes Self-Care Activities Scale and the Treatment Adherence Scale, too. In the sample (n = 138), which was not representative of the population, we observed a low control of type 2 DM, including glycated hemoglobin, low density lipoprotein, blood pressure and weight. About a quarter of respondents already showed complications of DM. Adherence to self-care activities was also poor and activities with greater adherence were medication, foot care and general feeding. In addition to HL, household financial status, age, and memory capacity may be determinants in adherence to some self-care activities. In HL, we found a higher percentage of individuals with limited literacy in all domains and the results suggest the professional activity, financial situation of the household and the time of diagnosis of DM as its determinants. Given the inconsistency in the statistically significant relationship between HL and health outcomes, seeking to optimize the promotion of self-care, we suggest further research on the determinants that may influence it, namely the therapeutic relationship between the nurse and the adult with type 2 DM in the community context.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus; Adult; Health literacy; Self-care; Community.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	19
1.1 Doenças não transmissíveis - um desafio do século 21	19
1.1.1 A diabetes <i>mellitus</i> - uma das principais doenças não transmissíveis.	21
1.1.1.1 Prevenção e gestão da diabetes <i>mellitus</i>	24
1.1.1.2 Autocuidado no adulto com diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	28
1.1.1.3 Literacia em saúde e autocuidado no adulto com diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	34
1.2 Pertinência do estudo	38
1.3 Finalidade do estudo	39
1.4 Objetivos do estudo	39
2. METODOLOGIA	40
2.1 Tipo de estudo	40
2.2 População e amostra	40
2.3 Variáveis em estudo	41
2.4 Operacionalização das variáveis	41
2.5 Procedimentos de recolha de dados	43
2.6 Procedimentos de análise de dados	43
2.7 Considerações éticas	44
3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	45
3.1 Dados sociodemográficos	45
3.2 Dados clínicos	45
3.3 Literacia em saúde	46
3.4 Atividades de autocuidado com a diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	49
4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	53
4.1 Dados sociodemográficos e clínicos	53
4.2 Literacia em Saúde	54
4.3. Atividades de autocuidado com a diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	56
5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	61
CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

APÊNDICES

Apêndice I – Sugestão de diagrama das relações entre autocuidado, literacia em saúde e resultados em saúde

Apêndice II – Instrumento de Colheita de Dados

Apêndice III – Informação e Consentimento Informado ao Sujeito da Investigação

Apêndice IV – Carta de apresentação e considerações aquando da seleção dos sujeitos e aplicação do instrumento de colheita de dados

Apêndice V – Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Apêndice VI – Tabela 2 - Distribuição da amostra pela frequência com que são satisfeitas algumas necessidades básicas

Apêndice VII – Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo o controlo da DMT2

Apêndice VIII – Tabela 4 - Distribuição da amostra pelas classes do IMC

Apêndice IX – Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo a classificação do LDL e tensão arterial

Apêndice X – Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo as comorbidades

Apêndice XI – Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo a ocorrência de complicações e frequência de consultas de vigilância

Apêndice XII – Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo o nível de LS

Apêndice XIII – Tabela 9 - Literacia em saúde segundo a situação profissional

Apêndice XIV – Tabela 10 - Literacia em saúde segundo a frequência com que satisfaz as necessidades de saúde

Apêndice XV – Tabela 11 - Literacia em saúde segundo a frequência com que satisfaz as necessidades de educação

Apêndice XVI – Tabela 12 - Literacia em saúde segundo as atividades de autocuidado

Apêndice XVII – Tabela 13 - Literacia em saúde segundo a adesão ao tratamento (MAT)

Apêndice XVIII – Tabela 14 - Distribuição da amostra segundo a adesão às atividades de autocuidado com a diabetes

Apêndice XIX – Tabela 15 - Adesão às atividades de autocuidado segundo a frequência às consultas de vigilância da DMT2

Apêndice XX – Tabela 16 - Adesão às atividades de autocuidado segundo a regularidade com que satisfaz as necessidades de alimentação

Apêndice XXI – Tabela 17 - Adesão às atividades de autocuidado segundo a idade

Apêndice XXII – Tabela 18 - Adesão às atividades de autocuidado segundo as habilitações literárias

Apêndice XXIII – Tabela 19 - Adesão às atividades de autocuidado segundo o tipo de tratamento

Apêndice XXIV – Tabela 20 - Adesão às atividades de autocuidado segundo as complicações

Apêndice XXV – Tabela 21 - Adesão às atividades de autocuidado segundo as classes de IMC

Apêndice XXVI – Tabela 22 - Adesão às atividades de autocuidado segundo a regularidade com que satisfaz as necessidades de saúde

Apêndice XXVII – Tabela 23 - Adesão às atividades de autocuidado segundo a regularidade com que satisfaz as necessidades de educação

Apêndice XXVIII – Tabela 24 - Distribuição da amostra segundo a adesão ao tratamento

Apêndice XXIX – Tabela 25 - Distribuição da amostra segundo o tipo de tratamento utilizado no controlo da DM

Apêndice XXX – Tabela 26 - Distribuição da amostra segundo o historial dos hábitos tabágicos

ANEXOS

Anexo I – Person-Centred Nursing Framework

Anexo II – Integrated Model of Health Literacy

Anexo III – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde e Autorização
do Conselho de Administração do SESARAM, EPE

Anexo IV – Autorização para utilizar a Medida de Adesão aos
Tratamentos

Anexo V – Autorização para utilizar a Escala de Atividades de
Autocuidado com a Diabetes

Anexo VI – Autorização para utilizar o HLS-EU-PT

INTRODUÇÃO

Resultante do percurso de investigação do candidato a mestre em enfermagem, na especialização de enfermagem comunitária, no sétimo curso de mestrado em enfermagem (2015-2017) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), desenvolvemos este relatório como instrumento para análise por um júri nomeado para o efeito.

Com o cuidado à pessoa e autocuidado no centro da nossa investigação, demos início a uma “Scoping Review” orientada pela questão “Qual o impacto da literacia em saúde (LS) no autocuidado do adulto com diabetes *mellitus* tipo 2 (DMT2) em contexto comunitário?” Deste modo, procurámos identificar evidência científica sobre o modo como a LS poderia condicionar o autocuidado das pessoas com diabetes *mellitus* (DM). Na análise, incluímos todos os tipos de estudos, com base em índices de qualidade, utilizando as ferramentas de extração do “Joanna Briggs Institute Method for Systematic Review Research”.

Iniciamos com uma pesquisa limitada, com estudos publicados em inglês e português, com o texto completo e no intervalo de 2010 a 2016, nas bases EBSCOhost: CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text, seguida de uma análise das palavras contidas no texto do título e do resumo, excluindo os estudos irrelevantes. Dos selecionados, foram analisados os termos indexados usados para os descrever. Uma segunda pesquisa, usando todas as palavras identificadas e termos indexados, foi realizada nas mesmas bases de dados. Em terceiro lugar, a lista de referências de todos os artigos selecionados foram alvo de análise para identificação de estudos adicionais.

Com esta pesquisa, verificamos o uso indiscriminado de termos não coincidentes com o conceito (alguns exemplos são: adulto vs adulto e idoso; conhecimento vs LS; e regime terapêutico vs regime medicamentoso) e a heterogeneidade na definição dos resultados a serem medidos.

No quadro concetual, procuramos enfatizar uma abordagem centrada na pessoa, por parte do enfermeiro comunitário, e para além da problemática das doenças não transmissíveis (DNT), particularmente da DMT2, procuramos clarificar os conceitos de autocuidado, nomeadamente a adesão às atividades

de autocuidado com a DM, e de LS, assim como os resultados em saúde expectáveis no adulto com DMT2.

As DNT são um dos principais desafios do século 21 pois, para além do sofrimento humano e impacto socioeconómico, constituem a primeira causa de morte no mundo (World Health Organization (WHO), 2014). Uma adequada gestão destas doenças está dependente do autocuidado (Sidani, 2011). Sendo a DM uma dessas principais doenças (WHO, 2014), crónica e complexa, várias são as determinantes que contribuem para o processo de cuidados e de resultados em saúde, no entanto, nas últimas décadas a literatura tem vindo a ilustrar o conceito de LS como um fator relevante e influente na DM (Cavanaugh, 2011).

Neste estudo, o conceito de DM atende ao referido pela International Diabetes Federation (IDF, 2015) e pelo Observatório Nacional da Diabetes (OND, 2015), e os critérios de diagnóstico aos definidos pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2011), que são iguais aos propostos pela American Diabetes Association (ADA, 2017) e vão ao encontro dos propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (IDF, 2015).

A pessoa com diabetes assume um papel ativo no tratamento e controlo da sua doença (ADA, 2017; Ortiz, Pérez, González, Martínez, Quirarte & Berry, 2016; Chourdakis, Kontogiannis, Malachas, Pliakas & Kritis, 2014; García-Pérez, Álvarez, Dilla, Gil-Guillén & Orozco-Beltrán, 2013; Hinzman, Schadaege & Tran, 2012), mantendo os níveis de glicemia, TA, colesterol e peso o mais próximos possível dos valores normais (Grossman & Grossman, 2017; ADA, 2017; Hu, et al, 2016; IDF, 2015; OND, 2015; DGS, 2012; Kearney et al, 2008), adotando comportamentos de autocuidado (Ortiz et al, 2016; Chourdakis et al, 2014; Funnell et al, 2011), pelo que podemos afirmar que o autocuidado é determinante para a manutenção do bem-estar e qualidade de vida da pessoa com DM, mantendo o tratamento e controlo da doença. Assumimos o conceito definido por Dorothea Orem (1971; 1985; 1991; 1995) na Teoria do Autocuidado, com o contributo de outros autores, e enfatizamo-lo como um resultado (Doran, 2011; McCormack e McCance, 2010; Irvine, Sidani & McGillis, 1998) e um enunciado descritivo de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

Na DMT2, o conceito de autocuidado remete-nos para a adesão do cliente a comportamentos salutogénicos como uma alimentação saudável, exercício

físico regular, o cumprimento do regime medicamentoso, a monitorização da glicemia, cuidados com os pés e evitar o consumo de tabaco e álcool (Bastos, Severo & Lopes, 2007; Toobert, Hampson & Glasgow, 2000), e a adequada gestão da DM para uma abordagem centrada na pessoa (ADA, 2017; WHO, 2016). Neste sentido, o modelo preconizado por McCormack e McCance (2010) pode orientar o enfermeiro nessa abordagem.

Sendo a LS uma das condicionantes do autocuidado (Marzec & Maddox, 2013; Cavanaugh, 2011; White, Wolff, Cavanaugh & Rothman, 2010) e com um conceito tão vasto e uma multiplicidade de definições e modelos (Sørensen et al, 2012) abordamo-lo à luz da definição desenvolvida por Sørensen et al em 2012.

Verificada a importância do autocuidado no controlo da DMT2, com a consequente promoção da qualidade de vida das pessoas e diminuição dos custos sociais e económicos; a influência que a LS tem sobre as pessoas de forma a capacitar para o autocuidado; o facto de a DMT2 ser o tipo de diabetes mais frequente, afetando, sobretudo, os adultos (ADA, 2017; IDF, 2015; OND, 2015; Meece, 2014; García-Pérez et al, 2013; DGS, 2011) e sabendo que estes aderem com menor frequência aos comportamentos de autocuidado, ficando expostos a um maior risco de desenvolver complicações da diabetes (Chourdakis et al, 2014; Jordan e Jordan, 2010), importa conhecer melhor este fenómeno.

Para além de compreender o adulto com DMT2 e os determinantes desta doença, pretendemos contribuir para o futuro planeamento de cuidados de enfermagem prestados na promoção do autocuidado e na obtenção de resultados na pessoa com os consequentes ganhos em saúde, promovendo assim o envolvimento do próprio adulto com DMT2 nos cuidados de saúde.

Este documento, no primeiro capítulo contextualiza a problemática em estudo com uma revisão teórica dos conceitos abordados, a pessoa com DM, a capacitação para o autocuidado e a LS. No segundo capítulo descrevemos a metodologia enunciando o tipo de estudo realizado, as questões referentes à população e à amostra, as variáveis em estudo, os instrumentos utilizados no processo de colheita de dados, os procedimentos referentes à análise dos resultados e as considerações éticas. No terceiro capítulo apresentamos os resultados obtidos e no quarto discutimo-los. O quinto capítulo aborda as

principais limitações deste estudo. No final do trabalho são apresentados os apêndices e anexos que consideramos pertinentes para complementar informação.

1. A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Sendo o autocuidado um dos resultados esperados no processo de cuidados de enfermagem (Doran, 2011; McCormack & McCance, 2006; OE, 2001) e fundamental na autogestão das doenças crónicas (Chourdakis et al, 2014; Funnell et al, 2010; Sidani, 2011) importa conhecer melhor este fenómeno e como as pessoas podem ser capacitadas para o autocuidado. É consensual que vários são os determinantes que influenciam a capacidade das pessoas para o autocuidado, sendo um deles a LS (Marzec & Maddox, 2013; Cavanaugh, 2011).

1.1 Doenças não transmissíveis - um desafio do século 21

Sendo as DNT a principal causa de morte no mundo (38 milhões das 56 milhões de mortes em 2012), constituem um dos grandes desafios de saúde e de desenvolvimento do século 21, tanto em termos de sofrimento humano como no impacto socioeconómico que causam nos países, especialmente nos países de baixo e médio rendimento (WHO, 2014). Em 2012, das 38 milhões de mortes causadas pelas DNT, mais de 40% foram prematuras, afetando, sobretudo, pessoas com menos de 70 anos de idade. Quase três quartos de todas estas mortes (28 milhões), e a maioria das mortes prematuras (82%), ocorreram em países de baixo e médio rendimento. As principais DNT que contribuíram para tal elevada mortalidade foram as doenças cardiovasculares (17,5 milhões de mortes, ou 46,2% das mortes), o cancro (8,2 milhões, ou 21,7% das mortes), as doenças respiratórias (4,0 milhões, ou 10,7% das mortes) e a diabetes (1,5 milhões ou 4% de mortes). Juntas, foram responsáveis por 82% das mortes por DNT. A maioria destas mortes é evitável, havendo evidências encorajadoras que estas mortes prematuras podem ser reduzidas em todo o mundo (WHO, 2014).

A WHO (2014) previa que entre 2011 - 2025, as perdas económicas acumuladas devido às DNT, em países de baixo e médio rendimento, se não forem tomadas medidas preventivas, sejam de sete triliões de dólares americanos, montante que supera em muito os 11.2 mil milhões de dólares

americanos necessários anualmente para a implementação do plano de ação global proposto pela OMS. Assim, nenhum governo deve ignorar esta realidade sob pena das DNT continuarem a crescer e a sobrecarregar a capacidade dos países para lhes darem resposta. Reduzir as DNT é uma prioridade absoluta e uma condição necessária para o desenvolvimento sustentável. A globalização comercial, a rápida urbanização e o envelhecimento da população representam fatores sobre os quais o indivíduo e o sector da saúde convencional pouco controle têm. Deste modo, embora a mudança de comportamentos individuais seja importante, como a diminuição do consumo de tabaco e álcool, a adoção de uma dieta saudável e a realização de atividade física regular, a WHO (2014) recomenda que se definam políticas, lideradas pelos mais altos cargos dos governos e que envolvam todos os departamentos governamentais, para se obter uma redução de 25% nas mortes prematuras causadas pelas DNT.

Em Portugal, o Ministério da Saúde (MS), através da Direção-Geral da Saúde (DGS), tem vindo a adotar medidas específicas, que estão em conformidade com o plano de ação global proposto pela OMS, nomeadamente, com a elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS): Revisão e Extensão a 2020, definindo como principais metas reduzir para menos de 20% a taxa de mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), aumentar em 30% a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade e reduzir os fatores de risco relacionados com as DNT (DGS, 2015).

1.1.1 A diabetes *mellitus* - uma das principais doenças não transmissíveis

De acordo com a IDF (2015) e o OND (2015), a diabetes é uma doença crónica que ocorre quando o organismo não produz ou há uma insuficiente ação da insulina. A insulina é uma hormona produzida no pâncreas que transporta a glicose da corrente sanguínea para as células do organismo de modo a ser utilizada como energia (IDF, 2015). A ausência ou ineficácia da insulina significa que a glicose permanece em circulação no sangue, aumentando os seus níveis sanguíneos (hiperglicemia), provocando danos nos diversos tecidos do corpo, levando ao desenvolvimento de complicações de saúde incapacitantes e potencialmente fatais (IDF, 2015; OND, 2015).

A diabetes é diagnosticada pela observação de hiperglicemia (IDF, 2015; OND, 2015) e tem como critérios de diagnóstico em Portugal, de acordo com a Norma da DGS Nº 2/2011, de 14/01/2011 (DGS, 2011):

- a) Glicemia em jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l) ou
- b) Sintomas clássicos de descompensação + Glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) ou
- c) Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose ou
- d) Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5$ %.

Estes critérios vão ao encontro dos propostos pela OMS (IDF, 2015) e são iguais aos propostos pela ADA (2017).

De acordo com o Parlamento Europeu (PE), a diabetes é a DNT mais comum (PE, 2011), e em 2015 atingiu 415 milhões de pessoas (dos 20 aos 79 anos) em todo o mundo, equivalendo a 8,8% da população mundial e o número de mortes devido à diabetes foi de 5 milhões. Estes valores continuarão a aumentar em todos os países, sendo que em 2040 a prevalência global de diabetes será de 10,4% (642 milhões de pessoas) (IDF, 2015). Cerca de 10% (mais de 32 milhões) da população total da União Europeia (UE) é afetada pela diabetes e estes números aumentarão 16,6% até 2030, sobretudo, graças à epidemia da obesidade, ao envelhecimento populacional na região europeia e a outros fatores ainda não determinados (PE, 2011). A despesa total em saúde

com a diabetes em 2015 foi de 673 mil milhões de dólares americanos (IDF, 2015).

Analisando o último relatório do OND (2015), Portugal encontra-se entre os países europeus que registam uma mais elevada taxa de prevalência da diabetes, sendo esta em 2014 de 13,1% na população entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de pessoas), ou seja, mais de um milhão de portugueses neste grupo etário tem diabetes. Destes, 7,4% corresponde aos casos de diabetes diagnosticados e 5,7% aos casos não diagnosticados. Ainda no ano de 2014, estimou-se a existência de 522 a 662 novos casos de diabetes por cada 100.000 habitantes e foram registados 78.983 novos casos nos cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal.

É possível observar uma relação direta entre o envelhecimento da população e o aumento da prevalência da diabetes (OND, 2015; García-Pérez et al, 2013), refletindo um aumento de 1,4% da taxa de prevalência da diabetes entre 2009 e 2014 em Portugal (OND, 2015). Deste modo, mais de um quarto das pessoas entre os 60 e os 79 anos tem Diabetes. Verifica-se também uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da diabetes entre os homens (15,8%) e as mulheres (10,8%) (OND, 2015).

A obesidade apresenta-se como um fator determinante para o desenvolvimento da diabetes (IDF, 2015; OND, 2015; García-Pérez et al, 2013) pois existe uma relação entre o índice de massa corporal (IMC) e a diabetes, sendo que 90% da população com diabetes apresenta obesidade (36,9%) ou excesso de peso (49,2%). As pessoas obesas ($IMC \geq 30$) têm uma prevalência da diabetes quatro vezes maior do que as pessoas com IMC normal ($IMC < 25$) (OND, 2015).

Um dos maiores problemas da diabetes são as suas complicações como a retinopatia, a nefropatia, a neuropatia, as amputações e doenças cardiovasculares, que são muitas vezes, decorrentes de um mau controlo metabólico (ADA, 2017; WHO, 2016; IDF, 2015; OND, 2015). A diabetes continua a ser uma das principais causas de morte, sobretudo, por acarretar um risco aumentado de doença coronária e de acidente vascular cerebral (AVC) (ADA, 2017; OND, 2015). Em 2014 esteve na origem de 4,0% das mortes ocorridas em Portugal (OND, 2015). É importante salientar o facto de que a dislipidémia (ADA, 2017; Hu, et al, 2016; Mullugeta, Chawla, Kebede & Worku,

2012; Kearney et al, 2008) e a hipertensão arterial (HTA) (ADA, 2017; Grossman & Grossman, 2017; Hu, et al, 2016) são comuns na pessoa com DM, contribuindo para o desenvolvimento destas complicações tardias, nomeadamente as cardiovasculares (ADA, 2017; Grossman & Grossman, 2017; Hu, et al, 2016; Mullugeta et al, 2012; Kearney et al, 2008).

A diabetes, para além do sofrimento humano, representa custos económicos enormes. Nestes incluem-se os cuidados de saúde, a perda de rendimento, a perda de produtividade, os custos associados às oportunidades perdidas para o desenvolvimento económico e custos económicos em geral. Deste modo, temos gastos entre 1300 e 1500 milhões de euros com a diabetes, mais 50 milhões que no ano anterior, o que representa 8% a 10% da despesa com saúde e 0,7 a 0,9 do Produto Interno Bruto (PIB) português em 2014 (OND, 2015).

Quanto à Região Autónoma da Madeira (RAM), os dados mais recentes reportam-se a 2010 no estudo da prevalência da diabetes em Portugal, onde na altura apresentava valores de prevalência da diabetes mais baixos que a média nacional, ou seja, 10,8%, sendo que 7,4% de casos previamente diagnosticados e 3,4% não diagnosticados (SRAS, 2012).

A DMT2 é o tipo mais comum de diabetes, chegando a afetar 90% dos casos (OND, 2015; Meece, 2014; García-Pérez et al, 2013; DGS, 2011). Geralmente surge nos adultos, mas cada vez mais ocorre em crianças e adolescentes (IDF, 2015; García-Pérez et al, 2013).

1.1.1.1 Prevenção e gestão da diabetes *mellitus*

A WHO, no seu plano de ação global para prevenir e controlar as doenças não transmissíveis (2013-2020), propõem metas globais voluntárias a atingir por todos os estados, entre elas, a redução de 25% do risco de mortalidade prematura por doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas e travar o aumento da diabetes e da obesidade.

Objetivando sensibilizar a população para a importância da prevenção e controlo da diabetes, em 2016, o dia mundial da saúde, celebrado a sete de abril, foi dedicado à diabetes. Sendo a DMT2 em grande parte evitável, a sua prevenção passa, essencialmente, por uma atuação multissetorial sobre os fatores de risco modificáveis. Deste modo, intervenções que promovam uma dieta saudável, a perda de peso e a atividade física, através de uma abordagem a nível individual e populacional, podem prevenir a DMT2 (WHO, 2016). Um exemplo de uma política promotora de uma alimentação saudável é aumentar o preço dos alimentos ricos em gorduras, açúcar e sal que pode reduzir o seu consumo (WHO, 2016).

Em Portugal, um dos eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde (PNS): Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015) é a cidadania em saúde assente, entre outras, na promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, focando medidas de promoção da saúde e prevenção da doença e o desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença. Neste sentido, um dos programas de saúde prioritários é o Programa Nacional para a Diabetes (PND) que, implementado em complementaridade com outros programas prioritários de intervenção em saúde, objetiva prevenir e otimizar a gestão da diabetes (DGS, 2012). O Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados (PNESLA) abrange um vasto domínio temático objetivando, entre outros, promover a cidadania em saúde, através da melhoria da educação para a saúde, literacia e autocuidado da população, de modo a que esta se torne mais autónoma e responsável em relação à sua saúde, à saúde dos que deles dependem e à da sua comunidade (MS, 2016a), pelo que também é um programa muito importante na prevenção e gestão da diabetes. Na verdade, obter bons resultados na prevenção e gestão das doenças crónicas

implica um elevado nível de literacia em saúde (MS, 2016b), nomeadamente na diabetes (Huizinga et al, 2009).

Níveis de glicemia o mais próximos possível da normalidade significam diabetes controlada (ADA, 2016; IDF, 2015; OND, 2015). Os valores de glicemia que cada pessoa deve ter em jejum e após as refeições são definidos atendendo a vários fatores como a idade, anos de desenvolvimento da diabetes, estilo de vida, atividade e existência de complicações ou outras doenças (ADA, 2016; OND, 2015). No entanto, é recomendado, para adultos (exceto grávidas), valores de glicemia capilar em jejum entre os 80 e os 130 mg/dl e pós prandial inferior a 180 mg/dl (ADA, 2016). Neste sentido, Franciosi et al. (2001) demonstraram a importância da automonitorização da glicemia no controlo metabólico e na qualidade de vida das pessoas com DMT2. Um dos fatores mais referenciado que condiciona esta automonitorização é o custo financeiro que o próprio tem de assumir (Heisler, 2004).

Para além dos testes diários à glicemia capilar efetuados pelo próprio, o procedimento mais usual para avaliar o estado de controlo da diabetes é a monitorização da HbA1c (ADA, 2016; OND, 2015; García-Pérez et al, 2013; Hinzmann et al, 2012; DGS, 2012). Esta análise ao sangue permite uma visão geral dos últimos três meses de como está o controlo da diabetes e implementar ajustes, se necessário, no respetivo tratamento (ADA, 2016; OND, 2015; DGS, 2011). Uma pessoa com a diabetes controlada tem um valor de HbA1c inferior a 6,5%, embora se aceitem valores mais elevados, atendendo a eventuais riscos de um controlo rigoroso (OND, 2013), como defende a ADA (2016) que recomenda um valor inferior a 7%. No entanto, a DGS (2012) recomenda como indicador, para a avaliação da execução do PND, um valor $\leq 6,5\%$. Esta análise sanguínea deve ser realizada pelo menos semestralmente ou trimestralmente, em indivíduos cujo tratamento mudou recentemente ou que não alcançaram os objetivos terapêuticos (ADA, 2016, DGS, 2011). Neste sentido, os estudos clínicos realizados pela Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1996) e pelo United Kingdom Prospective Diabetes Study Group (1998) ainda hoje são uma referência, pois evidenciaram os benefícios do controlo da HbA1c na redução das complicações relacionadas com a diabetes. Os resultados demonstraram que a manutenção da HbA1c abaixo de 7% reduz

significativamente o aparecimento e a progressão das complicações microvasculares e macrovasculares da diabetes (ADA, 2017).

Estando a dislipidemia diretamente relacionada com a DM, é fundamental o seu tratamento. Kearney et al (2008) demonstraram com o seu estudo que um adequado tratamento da dislipidemia na pessoa com DM reduz significativamente o risco de doença cardiovascular, sendo muito importante manter os valores da lipoproteína de baixa densidade (em inglês: Low Density Lipoprotein - LDL) controlados, isto é, inferiores a 130 mg/dl. Por seu lado, a ADA (2016) define como fator de risco aumentado de desenvolvimento de doença cardiovascular, no adulto com DM, um valor de LDL \geq 100 mg/dl, o que vai no sentido do indicador proposto pela DGS (2012) para a avaliação da execução do PND, ou seja, um valor \leq 100 mg/dl.

Também o controlo da tensão arterial é basilar na redução do risco de desenvolvimento das complicações da DM (Grossman & Grossman, 2017; ADA, 2016; Hu, et al, 2016). No entanto, a evidência científica é controversa quanto aos valores a atingir de TA nas pessoas com DM e HTA. Valores inferiores a 130/80 mmHg foram durante muitos anos apontados, baseados na evidência de vários estudos de grandes dimensões. Porém, há estudos que não evidenciam nenhum benefício, antes pelo contrário, de atingir valores mais baixos de TA (Grossman & Grossman, 2017). Neste sentido, a ADA (2016) propõem, de uma forma geral para o adulto com DM, valores inferiores a 140/90 mmHg. No entanto, o *Canadian Hypertension Education Program Guidelines Task Force* recomenda valores inferiores a 130/80 mmHg (Leung et al, 2016), o que vai ao encontro do proposto pela DGS (2012) como indicador para a avaliação da execução do PND.

Assim, evidencia-se a importância de implementar medidas promotoras de uma adequada gestão do processo de doença que está a ser vivenciado pelo indivíduo/família. Estas, para além da adesão ao regime medicamentoso (antidiabéticos orais e/ou insulina) e automonitorização da glicemia, implicam a adesão ao restante regime terapêutico, nomeadamente à alimentação adequada e ao exercício físico (IDF, 2015; Chourdakis et al, 2014; García-Pérez et al, 2013; Hinzman et al, 2012; American Association of Diabetes Educators, 2011; Bastos et al, 2007; Toobert et al, 2000). Efetivamente, há estudos que demonstram a importância da alimentação na prevenção e gestão da DM (Franz et al, 2003a;

Pastors, Warshaw, Daly, Franz & Kulkarni, 2002), nomeadamente reduzindo 1 a 2% a HbA1c, 15 a 25 mg o LDL (Bantle et al, 2008), 5 mm/Hg a TA sistólica, 2 mm/Hg a TA diastólica (Franz et al, 2003b) e 2 a 5 Kg o peso corporal (Johnson & Valera, 1995). Também foram evidenciados benefícios associados à atividade física regular, como a redução dos níveis de HbA1c (Franz et al, 2010), do risco cardiovascular (Franz et al, 2010; Pastors et al, 2002) e a melhoria da sensibilidade à insulina (Franz et al, 2010; Nelson, Reiber & Boyko, 2002). Se combinarmos a atividade física regular a uma alimentação adequada, podemos reduzir as necessidades de medicação (Wing, Epstein, Paternostro-Bayles, Kriska, Nowalk & Gooding, 1988).

No entanto, estudos demonstram que é mais difícil adotar atividades de autocuidado que envolvam mudanças no estilo de vida, como a alimentação saudável (Franz & Evert, 2012; Eckerling & Kohrs, 1984) e a atividade física, ao contrário do regime medicamentoso que, geralmente, as pessoas apresentam maior adesão (Eckerling & Kohrs, 1984). Vários fatores têm sido apontados para a baixa adesão à alimentação saudável, como a falta de recursos económicos, restrições alimentares de longa duração, interferência nos hábitos alimentares da família e o tempo extra para a sua confeção (Vijan et al, 2005; Eckerling & Kohrs, 1984). Quanto à atividade física, têm sido referidos como fatores condicionantes, na pessoa com DMT2, o desconforto, a restrição médica e o não gostar (Duarte, Almeida, Merker, Brauer & Rodrigues, 2012).

Dado que a pessoa com diabetes tem um risco mais elevado (25%) de desenvolver ulceração, infeção e amputação do pé, ficou evidente nos estudos de Clayton (2009) e Coppell et al (2013) a importância do autoexame regular aos pés, para além de um bom acompanhamento da equipa multidisciplinar. Pelo que, os cuidados com os pés são também entendidos como atividades de autocuidado com a DMT2 (Bastos et al, 2007; Toobert et al, 2000).

Deste modo, a pessoa com diabetes assume um papel ativo no controlo da doença, influenciando significativamente a história natural da diabetes e evitando complicações tardias (ADA, 2016; Ortiz et al, 2016; Chourdakis et al, 2014; García-Pérez et al, 2013; Hinzman et al, 2012), ou seja, mantendo os níveis de glicemia, TA, colesterol e peso o mais próximos possível dos valores normais (Grossman & Grossman, 2017; ADA, 2016; Hu, et al, 2016; IDF, 2015; OND, 2015; DGS, 2012; Kearney et al, 2008) adotando comportamentos de

autocuidado (Ortiz et al, 2016; Chourdakis et al, 2014; Funnell et al, 2011). Deste modo, e indo ao encontro dos indicadores preconizados pela DGS (2012) no PND, podemos afirmar que uma adequada autogestão da DMT2 implica desenvolver atividades de autocuidado ambicionando valores de HbA1c \leq 6,5%, TA < 130/80 mmHg, LDL \leq 100 mg/dl e IMC < 25 Kg/m².

1.1.1.2 Autocuidado no adulto com diabetes *mellitus* tipo 2

Ao longo do ciclo de vida a pessoa objetiva tornar-se independente dos outros, sobretudo nas tarefas para cuidar de si próprio (Orem, 1995). Na enfermagem, quando nos referimos ao autocuidado é quase que instintivo nos reportarmos à Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (1971). Nesta, Orem define autocuidado como o conjunto de atividades que cada pessoa inicia e realiza com o objetivo de manter a vida, o bem-estar e a saúde (Orem, 1971). Mais tarde, enfatiza outros aspetos a ter em conta, como a psicologia e a sociologia, na relação entre a pessoa e o ambiente, embora o Homem seja um ser único e com sistemas próprios de subsistência (Orem, 1985). Acrescenta ainda, à sua definição de autocuidado, que a pessoa procura o seu desenvolvimento pessoal e que as atividades de autocuidado são realizadas num determinado espaço de tempo, tendo a pessoa uma participação ativa no seu tratamento e na definição de metas para o alcance do maior grau possível de independência (Orem, 1991).

No sentido da definição de Orem, Lenihan (1988) refere-nos que o autocuidado em saúde diz respeito às atividades que o indivíduo, a família e a sociedade realizam com o objetivo de promoverem a saúde, prevenirem a doença, diminuir os problemas de saúde e restabelecerem novamente a saúde. Esta definição é complementada por Brooke, Nyatanga & Walker (1989) quando definiram o autocuidado como sendo o conjunto de atividades que cada pessoa inicia e realiza com o objetivo de manter a vida, o bem-estar e a saúde.

A WHO (2009) define o autocuidado como a ação deliberada que o indivíduo, membros da família e da comunidade devem envolver-se para manter uma boa saúde. Já o International Council of Nurses (ICN) na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), assume a definição de autocuidado como “a atividade executada pelo próprio: tratar do que é

necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária.” (ICN, 2015, p. 41).

Deste modo, o conceito de autocuidado, para além da capacidade de cuidar de si próprio, integra o desempenho de atividades imprescindíveis para alcançar, manter ou promover uma saúde ótima (Richard & Shea, 2011), ou seja, evidencia também os elementos relacionados com o conceito de autonomia (Mars, Proot, Janssen, Eijk & Kempen, 2007), nomeadamente a intencionalidade dos indivíduos, o seu percurso biográfico, a sua capacidade física para agir, bem como as suas capacidades de decidir sobre a sua vida e os seus projetos de saúde.

No entanto, a capacidade de autocuidado pode ser afetada por vários fatores, nomeadamente estado de saúde, doenças prévias, experiências, padrões de vida (WHO, 2009; Orem, 1995), género, idade, educação, duração da doença que sofre (Ortiz et al, 2016; Chourdakis et al, 2014), e quando isto ocorre surge o deficit de autocuidado, onde o enfermeiro assume o papel privilegiado de agente na promoção do autocuidado, transmitindo ao doente conhecimentos sob forma de ensino, para que a recuperação seja atingida (Kralik, Price & Telford, 2010; Orem, 1995). Numa perspetiva de substituição temporária da realização do autocuidado do doente, o enfermeiro assume-se, segundo Orem (1995), como um agente de autocuidado terapêutico.

As pessoas com doença crónica (como é o caso das pessoas com DMT2), para gerirem o processo de doença que estão a vivenciar, necessitam, entre outros, compreender a doença e aprender a lidar com o tratamento preconizado (Sidani, 2011). Assim, emerge uma das dimensões do autocuidado, a gestão do regime terapêutico, que engloba a adesão ao mesmo.

A adesão (*adherence*) é determinada na medida em que o comportamento do cliente é coincidente com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde (Lavsa, Holzworth & Ansani, 2011; Haynes, Ackloo, Sahota, McDonald & Yao, 2008; WHO, 2003). Abrange diversos comportamentos relacionados com a saúde, nomeadamente a toma da medicação prescrita, a autogestão da doença e das suas consequências e/ou nas mudanças no estilo de vida, incluindo cumprimento de uma dieta, exercício, entre outros (García-Pérez et al, 2013). É entendida como uma indicação de um facto e não de uma culpa do cliente, do profissional de saúde ou do tratamento,

assim, destina-se a ser um termo de não julgamento, de cooperação e igualdade na relação profissional-doente, constituindo-se assim uma aliança terapêutica (Haynes et al, 2008).

O International Council of Nurses (ICN) define o conceito como ação auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações e de comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento (ICN, 2015, p38).

A adesão ao tratamento e o autocuidado são fenómenos prioritários de saúde das pessoas. Deste modo, estabelecer parcerias com as pessoas e suas famílias, para promover a adesão aos tratamentos, através dum plano de gestão do regime terapêutico, é uma das atividades dos enfermeiros (ICN, 2015).

A não adesão é a falha no cumprimento da prescrição, interrupção da medicação antes do tempo previsto, omissão de doses, toma a mais ou a menos de medicamentos prescritos ou toma de uma dose na hora errada, seja intencional ou não intencional (WHO, 2003). Por poder provocar um agravamento das doenças crónicas, hoje a não adesão é considerada um dos grandes problemas de saúde no mundo (WHO, 2003). Leite & Vasconcellos (2003) relatam que são vários os autores que consideram a não adesão como “universal”, estando relacionada com diversos fatores relativos ao profissional de saúde, ao tratamento, à doença e ao doente. Russel, Daly, Hughes & Op` t Hoog (2003) referem-nos que a não adesão foi reconhecida pela North American Nursing Diagnosis Association como um diagnóstico de enfermagem em 1973.

De acordo com a WHO (2003), a não adesão terapêutica pode classificar-se em intencional, quando o doente não cumpre o tratamento, apesar de o conhecer, ou não intencional, quando este não compreende a informação prestada pelo profissional de saúde, quando se esquece ou sente dificuldade em gerir a medicação, muitas vezes resultado de má comunicação entre o doente e o profissional. Defende Rand (1993) que os pacientes irão aderir menos à medicação se o tratamento for preventivo e não curativo, quando a doença é assintomática e quando o tratamento é por um longo período de tempo. Estas três condições estão presentes quando se diagnostica DMT2 (Brewer, Chapman, Brownlee & Leventhal, 2002). Assim, a duração e complexidade do

regime terapêutico aumentam o risco de não adesão e ambos estão presentes em situações de doença crónica (Meece, 2014; WHO, 2003). Neste sentido, a WHO (2003) reúne os diferentes fatores que poderão influenciar a adesão ao regime terapêutico em cinco grupos salientando o facto de que estes exercem uma influência variável. Então são eles:

Fatores sociais, económicos e culturais;

Fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde;

Fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidade;

Fatores relacionados com o tratamento;

Fatores relacionados com a pessoa doente.

Borgsteede et al (2011) referem quatro aspetos que influenciaram a adesão à medicação do cliente com DMT2, em contexto de cuidados de saúde primários, a saber, as informações sobre a medicação prescrita, a experiência com a medicação e as complicações com a utilização, o apoio social para o comportamento de toma da medicação e as rotinas de comportamento de toma da medicação. Marzec & Maddox (2013) referem também a baixa literacia em saúde do cliente como um dos fatores de não adesão à medicação, para além dos custos dos medicamentos e das crenças dos pacientes sobre o tratamento medicamentoso. Ainda no que se refere aos conhecimentos do cliente, Ahmad, Ramli, Islahudin & Paraidathathu (2013) descrevem como fatores associados à não adesão o pouco conhecimento do paciente sobre a medicação, para além da idade e da comorbidade.

Sendo o regime terapêutico para o cliente com diabetes complexo (Ross, 2013), por um lado devido à responsabilidade que este tem de integrar e organizar todas estas tarefas comportamentais na sua rotina diária e, por outro lado, devido à exigência de constantemente tomar decisão importantes sobre o tratamento (Borgsteede et al, 2011), há que fornecer informação aos clientes com diabetes acerca da doença e do tratamento, uma vez que a informação e o conhecimento aumentam a adesão (Meece, 2014; Ahmad et al, 2013; García-Pérez et al, 2013; Ross, 2013).

A adesão à terapêutica entre os doentes com doenças crónicas ronda os 50% nos países desenvolvidos, mas quando nos reportamos aos países em desenvolvimento esta percentagem diminui significativamente (WHO, 2003). Há fortes evidências que muitos indivíduos portadores de doença crónica,

nomeadamente a diabetes, têm dificuldade em aderir aos esquemas terapêuticos recomendados, o que leva a uma insuficiente gestão e controlo da doença (WHO, 2003). Por seu lado, Aikens & Piette (2013) referem que apenas metade dos pacientes com DMT2 apresentam uma elevada adesão à medicação. Também Shrestha, Shakya, Karmacharya, & Thapa (2013) relatam que 38% dos pacientes já tinham interrompido a toma da medicação antidiabética oral, sendo que desses, 78% o fizera intencionalmente. Por sua vez, Ahmad et al (2013) concluíram que a adesão à medicação do paciente com DMT2 em contexto de cuidados de saúde primários era pobre (47%).

Os antidiabéticos orais são o principal tratamento para as pessoas com DMT2 (Shrestha et al, 2013), no entanto, a não adesão aos mesmos permanece como uma das principais razões para a falta de controlo da glicémia (Ross, 2013; Shrestha et al, 2013). Aproximadamente metade dos pacientes com DMT2 não atinge as metas de glicose no sangue mundialmente preconizadas (García-Pérez et al, 2013; Ross, 2013). Também Shrestha et al (2013) concluíram que 39% dos pacientes não tinha a HbA1c controlada ($\geq 7\%$). No entanto, no seu estudo, Adisa, Fakeye & Fasanmade (2011), concluem que uma elevada adesão à medicação não é sinónimo de um bom controlo glicémico, uma vez que, um número substancial de pacientes tinha a glicose plasmática acima das metas recomendadas apesar de uma considerável adesão à medicação. Ou seja, os pacientes podem responder que aderem à medicação e efetivamente não o fazerem.

Na DMT2, o autocuidado está intimamente relacionado com a adesão do cliente a comportamentos mais salutogénicos como uma alimentação saudável, exercício físico regular, o cumprimento do regime medicamentoso, a monitorização da glicemia, cuidados com os pés, evitar o consumo de tabaco e álcool e o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento saudáveis (Funnell et al, 2010; Bastos et al, 2007; Toobert et al, 2000).

Deste modo, uma adequada gestão das doenças crónicas e da preservação de um nível aceitável de funcionalidade estão dependentes do autocuidado (Sidani, 2011). Sendo o autocuidado precedido pela sua autoperceção (Sidani, 2011), o significado que as pessoas portadoras de doença crónica lhe atribuem é diferente consoante os seus valores, crenças e atitudes perante a vida. Como defendem Backman & Hentinen (1999), o autocuidado é

uma parte integrante da vida das pessoas e está associado tanto com a vida do passado como com a do futuro. Assim, é fundamental que os profissionais de saúde tenham uma abordagem centrada na pessoa na gestão da diabetes (WHO, 2016).

McCormack e McCance (2010) apresentam-nos um modelo de enfermagem centrada na pessoa (anexo I), enfatizando a necessidade do enfermeiro conhecer o cliente para além da doença. Para tal, o enfermeiro terá como pré-requisitos ser competente profissionalmente, ter desenvolvido capacidades interpessoais, estar comprometido com a profissão, ter clarividência nas suas crenças e valores e conhecer-se. Deste modo, o enfermeiro estará capacitado para trabalhar com as crenças e valores do cliente, comprometer-se com o cliente, partilhar a tomada de decisão, estar presente e assistir nas necessidades físicas. Assim, podemos encontrar como resultados centrados na pessoa a satisfação com os cuidados prestados, envolvimento do cliente nos cuidados, sensação de bem-estar (partilhada pelo cliente e enfermeiro) e uma cultura terapêutica. Para que esta abordagem seja possível há que promover um ambiente de cuidados onde exista uma combinação/partilha de habilidades/competências, um sistema de tomada de decisão partilhada, relações profissionais efetivas, um sistema organizacional de suporte, partilha do poder, potencial para a inovação e o assumir o risco.

Atendendo a que o autocuidado é parte integrante dos cuidados de saúde primários (WHO, 2009), e que estes são fundamentais para a melhoria dos resultados em saúde referentes à diabetes (WHO, 2016), o enfermeiro comunitário deve assumir-se como um dos principais recursos de saúde na comunidade na promoção e manutenção do autocuidado nos clientes com DMT2, uma vez que, de entre os vários elementos da equipa de saúde, é aquele que mantém uma constante interação com os clientes com doença crónica (Kralik et al, 2010). O assumir desta responsabilidade vem no sentido do preconizado pela WHO quando defende que as estratégias para a prevenção e controlo das DNT (WHO, 2013a), nomeadamente a diabetes (WHO, 2016), devem centrar-se nos cuidados de saúde primários, e pela Ordem dos Enfermeiros (OE) que, no Artigo 80º (Do dever para com a comunidade) do seu Código Deontológico, evidencia a responsabilidade que o enfermeiro tem para com a comunidade na promoção da saúde e respetiva resposta às necessidades

em cuidados de enfermagem (OE, 2015). Ainda segundo a OE (2011), faz parte das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, entre outras, contribuir para a capacitação de grupos e comunidades. É de salientar que o autocuidado é um dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

Na fundamental abordagem centrada na pessoa na gestão da diabetes (ADA, 2017; WHO, 2016), que exige um papel ativo por parte dos indivíduos, é essencial capacitar a pessoa com competências para gerir a sua própria saúde e lidar com o sistema de saúde (Smith, Dixon, Trevena, Nutbeam & McCaffery, 2009).

É, sobretudo, através da implementação de programas de educação para a saúde que os profissionais promovem comportamentos de autocuidado nas pessoas com DMT2. No entanto, é fundamental conhecer o que as pessoas sabem, quais são as suas competências e atitudes para mudar os seus comportamentos, de modo a estabelecer metas de comportamentos e manter um suporte contínuo para sustentar o progresso e a manutenção dos mesmos (Funnell et al, 2010).

1.1.1.3 Literacia em saúde e autocuidado no adulto com diabetes *mellitus* tipo 2

Apesar de ter surgido nos anos 70 do século passado, apenas nos finais da década de 90 surgem as primeiras definições do conceito de LS, evoluindo de uma perspetiva meramente individual para uma social, onde o indivíduo é capaz de tomar decisões fundamentadas no seu dia-a-dia e assumir a responsabilidade pelas mesmas (Pedro, Amaral & Escoval, 2016; Sørensen et al, 2012). Atualmente, a LS está na agenda europeia para a saúde dada a importância do papel ativo do cidadão na promoção da saúde, prevenção da doença, autogestão dos processos patológicos e consumo dos recursos de saúde (Pedro et al, 2016; Sørensen et al, 2015). Também em Portugal tem vindo a crescer o interesse na promoção da LS dos cidadãos como um caminho para a melhoria dos cuidados de saúde e para a definição de políticas de saúde mais adequadas às necessidades da população, evidenciado no PNS Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015) e no PNECLA (MS, 2016a).

Sendo o conceito de LS tão vasto e com uma multiplicidade de definições e modelos (Sørensen et al, 2012) importa abordá-lo de uma determinada perspetiva. Deste modo, o conceito será abordado à luz da definição desenvolvida Sørensen et al em 2012. Assim, quando nos referimos à LS estão implicadas dimensões como

o conhecimento das pessoas, motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde, a fim de fazer julgamentos e tomar decisões na vida cotidiana em matéria de cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida. (WHO, 2013b, p. 4).

Verificamos que esta definição abrangente também contempla as qualidades dos diferentes níveis de LS propostos por Nutbeam (Sørensen et al, 2012), isto é, a literacia funcional que implica o conhecimento sobre fatores de risco e serviços de saúde, assim como cumprir com as prescrições; a literacia interativa que envolve a capacidade para atuar de forma independente, motivação e autoconfiança; e a literacia crítica que compreende a resiliência perante as adversidades sociais e económicas (Nutbeam, 2000). Deste modo, a LS implica mais do que saber ler informação, implica também a capacidade para interagir com os profissionais de saúde e para exercer controlo em situações do quotidiano que se relacionem com a autogestão da doença ou a melhoria da saúde. Assim, para além dos benefícios em saúde pessoais, resultam benefícios sociais, nomeadamente por promover maior envolvimento em ações de saúde comunitárias, e maior compromisso com o desenvolvimento do capital social necessário para a promoção de saúde e prevenção de doença (Pedro et al, 2016; Sørensen et al, 2012).

Por outro lado, um baixo nível de literacia interfere na comunicação entre os profissionais de saúde e o cliente. Neste sentido, por parte dos profissionais, existe dificuldades em identificar os níveis baixos de literacia nos seus clientes, não adequando a linguagem aos mesmos, e maior dificuldade em entender o real estado de saúde dos doentes por estes se exprimirem com dificuldade, o que condiciona não só a exatidão do diagnóstico como também a adequada intervenção. Por parte dos doentes, existe uma maior dificuldade em compreender as indicações dos profissionais de saúde (DeWalt, Boone & Pignone, 2007; Seligman et al, 2005; Rudd, Moeykens & Colton, 1999), ficando

mais propensos a não aderir adequadamente às mesmas, tornando-se então essencial identificar estes indivíduos para que os profissionais de saúde utilizem técnicas de comunicação que lhes possam facilitar a compreensão das instruções clínicas (Smith et al, 2009).

Assim, facilmente se compreende que a baixa LS tenha sido identificada em diversos estudos como um fator de risco para diversas doenças, nomeadamente as que têm fatores de risco modificáveis e que implicam a autogestão da doença (Pignone, DeWalt, Sheridan, Berkman & Lohr, 2005), como por exemplo a obesidade (Huizinga, Beech, Cavanaugh, Elasy & Rothman, 2008), a diabetes (Huizinga et al, 2009), as doenças cardiovasculares (Baker, Wolf, Feinglass & Thompson, 2008) e o cancro (Amalraj, Starkweather, Nguyen & Naeim, 2009). Em suma, uma LS limitada leva a escolhas menos saudáveis, a comportamentos de risco, a uma pior saúde, a uma menor autogestão, a mais hospitalizações e mesmo a mais mortalidade. Também provoca um aumento significativo do consumo dos recursos humanos e financeiros nos sistemas de saúde. Por outro lado, níveis adequados de LS resultam em melhorias da saúde e em mais qualidade de vida (WHO, 2013b; DeWalt et al, 2007; Pignone et al, 2005; Zarcadoolas, Pleasant & Greer, 2005).

Deste modo, é fundamental identificar os níveis de literacia da população, não só para os profissionais adequarem as suas intervenções às necessidades dos clientes mas também, para fundamentar a definição de políticas e programas de saúde. Os poucos dados disponíveis sobre a prevalência de baixos níveis de LS nas populações têm a ver com o facto de este conceito ser de difícil definição e avaliação (Nutbeam, 2000). Na realidade, a forma como se define a LS tem implicações na forma de avaliar/medir o conceito. Os instrumentos que existem com propriedades psicométricas reconhecidas como adequadas, apenas avaliam a componente funcional da LS, descorando a natureza multidimensional do conceito (Nutbeam, 2008; Baker, 2006). Assim, há que desenvolver instrumentos válidos para medir esta variável e com sensibilidade para permitir a comparação, quer entre grupos populacionais, quer intra-grupos (Sørensen et al, 2015; Sørensen et al, 2012).

Atendendo ao anteriormente descrito, um modelo concetual foi desenvolvido (anexo II) por Sørensen et al (2012) aquando da revisão sistemática que efetuaram sobre definições e modelos de LS, integrando

perspetivas clínicas e de saúde pública (Sørensen et al, 2015; Saboga-Nunes, Sørensen, Pelikan, Cunha, Rodrigues & Paixão, 2014a). A partir deste modelo, construiu-se um questionário abrangente de LS, o European Health Literacy Survey (HLS-EU) (Sørensen et al, 2015). O estudo realizado em oito países europeus (Alemanha, Áustria, Bulgária, Espanha, Grécia, Holanda, Irlanda e Polónia), recorrendo a este instrumento, concluiu que em média quase 50% de todos os adultos desses países tinham uma LS geral limitada (Sørensen et al, 2015; WHO, 2013b). Nos Estado Unidos da América (EUA), muitos americanos têm dificuldade em compreender a informação básica de saúde necessária para tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde, estimando-se que mais de 90 milhões de pessoas têm literacia limitada (American Association of Diabetes Educators, 2013; Cavanaugh, 2011).

Resultado da tradução e validação do HLS-EU em Portugal (HLS-EU-PT), por Saboga-Nunes et al (2014a), verificamos que 60% dos inquiridos portugueses tem uma LS geral limitada (24% apresentam uma LS inadequada e 36% uma LS problemática), superando em muito a média dos outros oito países onde o estudo já se tinha realizado. Quanto à literacia funcional, os portugueses obtiveram o terceiro pior resultado com 29,6% dos inquiridos a apresentarem LS funcional fortemente inadequada (enquanto nos outros oito países este valor situava-se nos 21,2%). No entanto, 42,9% dos inquiridos apresentavam possibilidade de LS limitada (comparados com os 23,5% dos outros países) e 27,5% dos inquiridos portugueses apresentam LS funcional adequada (para 55,3% nos outros oito países) (Saboga-Nunes, Sørensen & Pelikan, 2014b). Por seu lado e recorrendo ao mesmo instrumento (HLS-EU-PT), Pedro et al (2016) concluem com o seu estudo que, na LS geral, 61,4% dos portugueses apresenta literacia limitada (44,4% inadequada e 17% problemática), sendo que na RAM, o cenário também não é animador, pois 63,3% dos madeirenses apresenta literacia limitada (33,3% problemática e 30% inadequada) superando a média nacional (Pedro et al, 2016). Comparando os resultados obtidos nos estudos realizados em Portugal, verificamos que em ambos cerca de 60% da população apresenta LS geral limitada, no entanto, existe alguma divergência quando comparamos a LS inadequada (24% vs 44,4%) e a problemática (36% vs 17%).

Nas últimas décadas a literatura tem vindo a ilustrar o conceito de LS como um fator relevante e influente na diabetes. Um baixo nível de LS é comum

entre as pessoas com diabetes, estimando-se uma variação entre os 15 e os 40%, dependendo da amostra populacional. Esta limitada LS está associada à falta de conhecimentos sobre a diabetes, autoeficácia e comportamentos de autocuidado (Cavanaugh, 2011). Assim, pessoas com diabetes e com uma LS limitada são mais propensas a ter um menor conhecimento sobre a doença e seus sintomas, piores resultados no controlo glicémico, maior dificuldade na interpretação de rótulos alimentares e estimar tamanhos de porções, menor autoconfiança na gestão da sua doença e pior comunicação com os profissionais de saúde (White, Wolff, Cavanaugh & Rothman, 2010).

Da análise efetuada ao conceito de autocuidado e seus condicionantes (Orem, 1971, 1985, 1991, 1995; Lenihan, 1988; Brooke et al, 1989; Backman & Hentinen, 1999; Mars et al, 2007; WHO, 2009; Richard & Shea, 2011; Sidani, 2011; Chourdakis et al, 2014; Ortiz et al, 2016), enfatizado como um resultado (Doran, 2011; McCormack e McCance, 2010; Irvine, Sidani & McGillis, 1998) e um enunciado descritivo de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001), à abordagem centrada na pessoa (McCormack e McCance, 2010) para uma adequada gestão da DM (ADA, 2017; WHO, 2016), assim como ao modelo integrado de literacia em saúde (Sørensen et al, 2012), entendida como uma das condicionantes do autocuidado (Marzec & Maddox, 2013; Cavanaugh, 2011; White et al, 2010), sugerimos um diagrama de relações entre o autocuidado, LS e resultados em saúde (apêndice I).

1.2 Pertinência do estudo

Considerando tudo o que anteriormente foi referido acerca do autocuidado e da LS, fica evidente a convergência entre estes conceitos e como estão intimamente relacionados para uma adequada autogestão da DMT2 e obtenção de resultados em saúde. Como a DMT2 é o tipo de diabetes mais frequente, afetando, sobretudo, os adultos (ADA, 2016; IDF, 2015; OND, 2015; Meece, 2014; García-Pérez et al, 2013; DGS, 2011) e sabendo que estes aderem com menor frequência aos comportamentos de autocuidado, ficando expostos a um maior risco de desenvolver complicações da diabetes (Chourdakis et al, 2014; Jordan e Jordan, 2010), importa conhecer melhor este fenómeno,

nomeadamente na RAM uma vez que não existem dados disponíveis sobre a LS e o autocuidado no adulto com DMT2 em contexto comunitário.

Por outro lado, sendo o autocuidado um resultado (Doran, 2011; McCormack e McCance, 2010; Irvine, Sidani & McGillis, 1998) e um enunciado descritivo de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001), importa que os enfermeiros desenvolvam estudos no sentido de melhor compreender este fenómeno otimizando o planeamento, a implementação e a avaliação dos cuidados de enfermagem.

1.3 Finalidade do estudo

Para além de compreender o adulto com DMT2 e os fatores que influenciam esta doença, pretendemos contribuir para o futuro planeamento de cuidados de enfermagem prestados na promoção do autocuidado, com os consequentes ganhos em saúde, adequados às necessidades identificadas, promovendo assim o envolvimento do próprio adulto com DMT2 nos cuidados de saúde.

1.4 Objetivos do estudo

No sentido de obter respostas para a nossa questão de partida, “Qual o nível de LS e o autocuidado do adulto com DMT2 em contexto comunitário na RAM?”, formulamos os objetivos “Identificar as características sociodemográficas e os dados clínicos do adulto com DMT2; Descrever o autocuidado do adulto com DMT 2; Descrever os níveis de LS do adulto com DMT2; Identificar possíveis relações entre características, autocuidado e níveis de LS no adulto com DMT2”.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo serão abordadas as questões metodológicas do estudo, sendo apresentado o tipo de estudo, a população, a amostra, as variáveis, os procedimentos de recolha de dados e o tratamento dos mesmos, assim como as questões éticas intrínsecas à investigação.

2.1 Tipo de estudo

Para dar resposta à questão formulada e atingir os objetivos definidos, desenvolveu-se um estudo quantitativo do tipo descritivo, recorrendo ao processo de recolha de dados transversal, nos centros de saúde concelhio da RAM.

2.2 População e amostra

A população alvo são todos os adultos com DMT2 residentes na RAM e inscritos nos respetivos centros de saúde concelhio que, de acordo com o serviço de estatística do SESARAM, EPE em novembro de 2016, eram 3929 indivíduos (feminino = 1953; masculino = 1976). Dado que aquando da definição do projeto de investigação ainda não tínhamos acesso à dimensão da população, a seleção da amostra fez-se através de uma amostragem por conveniência, ou seja, uma amostragem não probabilística acidental formada pelos inquiridos que responderam ao questionário (n = 138) aplicado nas consultas de enfermagem. Os critérios de inclusão considerados foram ter o diagnóstico médico de DMT2 há um ou mais anos, idade igual ou superior a dezanove e inferior a sessenta e cinco anos (adulto), com capacidade visual suficiente para ler o instrumento de colheita de dados e funções cognitivas que permitissem a interação com o entrevistador.

2.3 Variáveis em estudo

As variáveis em estudo são o autocuidado e a LS no adulto com DMT2 em contexto comunitário. A estas associamos algumas variáveis de caracterização sociodemográficas, como a idade, o género, estado civil, escolaridade, situação profissional e financeira e o agregado familiar, e dados clínicos (apêndice II). Os dados clínicos foram obtidos pelo enfermeiro responsável por cada cliente, no respetivo centro de saúde concelhio, a partir do processo clínico informatizado (HbA1c, LDL, IMC) ou medindo (TA, IMC) no momento da colheita de dados.

2.4 Operacionalização das variáveis

O instrumento de colheita de dados (apêndice II) contemplou uma parte com a caracterização sociodemográfica e clínica criada para o efeito, sendo que para a avaliação do autocuidado utilizamos a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes, versão traduzida e adaptada para português por Bastos & Lopes (2004) de uma das escalas mais utilizadas para avaliar o autocuidado no indivíduo com diabetes (Bohanny, Wu, Liu, Yeh, Tsay, & Wang, 2011; Chourdakis et al, 2014; Jordan & Jordan, 2010), o Summary of Diabetes Self-Care Activities de Toobert et al (2000).

Esta questiona sobre as atividades de autocuidado com a diabetes que a pessoa teve nos últimos sete dias facultando opções de resposta entre 0 e 7, representando o número de dias por semana que a pessoa cumpriu com as várias atividades de autocuidado, nomeadamente a alimentação geral, a alimentação específica, a atividade física, a monitorização da glicemia, os cuidados com os pés, a adesão à toma dos medicamentos e os hábitos tabágicos. O nível de adesão, por dimensão, é obtido pela soma dos itens e dividido pelo número destes, com exceção da componente hábitos tabágicos que é constituída por variáveis nominais. Os resultados (médias) são expressos em dias por semana. Deste modo, o 7 representa o nível máximo de adesão.

Uma das escalas mais utilizadas para avaliar a adesão ao regime medicamentoso é a desenvolvida por Morisky, Green & Levine (1986), tendo sido

utilizada em mais de 700 estudos (Atreja, Bellam & Levy, 2005; Johnson, Griffiths, Piper & Langdon, 2005; Farmer, 1999). Aikens & Piette (2013) referem que esta é uma ferramenta clínica fácil de usar independentemente da idade, sexo e sofrimento psíquico. Lavsa et al (2011) concluem ainda que a escala Morisky é, até o momento, a mais adaptável às diferentes populações, é a mais rápida de administrar e foi validada na mais ampla gama de doenças, nomeadamente DMT2. A partir desta escala, Delgado & Lima (2001) desenvolveram uma versão com 7 itens, demonstrando uma boa consistência interna com valores globais do coeficiente de alfa de Cronbach (α_C) = 0.74 (Delgado & Lima, 2001), ou seja, através desta medida de fiabilidade do instrumento foi possível verificar que os entrevistados compreenderam as questões que lhe foram colocadas e não responderam aleatoriamente às mesmas (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Trata-se de um instrumento que inclui respostas em escala do tipo *likert* de 6 pontos, (1) Sempre; (2) Quase sempre; (3) Com frequência; (4) Por vezes; (5) Raramente e (6) Nunca. A cotação faz-se através do somatório de todos os itens e dividindo pelo número de itens. Os valores mais elevados significam maior nível de adesão. No entanto, entende-se que adere ao regime medicamentoso quem obtiver uma cotação entre 5 e 6 (Delgado & Lima, 2001). Assim, recorreremos a esta escala para complementar a avaliação da adesão ao regime medicamentoso.

Para avaliar os níveis de literacia em saúde utilizamos o HLS-EU, adaptado e validado para o português (HLS-EU-PT) por Saboga-Nunes et al (2014a), apresentando valores globais de α_C = 0.97, o que demonstra uma boa consistência interna (Saboga-Nunes et al, 2014a). Numa primeira parte (LS geral) é constituído por quarenta e sete questões sendo as respostas obtidas através de uma escala do tipo *likert* de 4 pontos, Muito Difícil (1); Difícil (2); Fácil (3) e Muito Fácil (4), na qual a pessoa diz o grau de dificuldade que sente na realização de tarefas relevantes na gestão da sua saúde. O instrumento integra três domínios da saúde, nomeadamente cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença, e quatro níveis de processamento da informação, acesso, compreensão, avaliação e utilização, essenciais à tomada de decisão. Para distinguir os níveis de literacia, a escala foi redimensionada para variar entre 0 e 50. Deste modo, os autores definiram pontos de corte que limitam quatro níveis de literacia em saúde: Inadequada (0-25), problemática (25-33),

suficiente (33-42) e excelente (42-50). A cotação faz-se através do somatório de todos os itens e dividindo pelo número de itens. (Sørensen et al, 2015).

Numa segunda parte (LS funcional), recorreremos ao Newest Vital Sign (Weiss et al, 2005) onde o inquirido analisa informação retirada de um rótulo de uma embalagem de gelado e posteriormente responde a seis questões sobre essa informação. A interpretação dos resultados é feita atribuindo um ponto por cada resposta certa e zero pontos por cada resposta errada, sendo que as pessoas que obtiverem uma pontuação entre 0 e 1, apresentam elevada probabilidade (50% ou mais) de literacia limitada, entre 2 e 3 indica a possibilidade de literacia limitada e entre 4 e 6 quase sempre indica literacia adequada (Weiss et al, 2005).

2.5 Procedimentos de recolha de dados

Após formação aos enfermeiros das equipas de saúde de cada centro de saúde concelhio, que decorreu de 09 a 23 de novembro de 2016, sobre a aplicação do instrumento de colheita de dados (apêndice IV), estes colaboraram na seleção dos sujeitos e na colheita de dados que decorreu de 10 de novembro de 2016 a 13 de janeiro de 2017 nas consultas de enfermagem que ocorreram nesse período.

2.6 Procedimentos de análise de dados

Os dados foram tratados de uma forma descritiva com análise uni e bivariada e multivariada com recurso ao Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 22.0. Neste tratamento dos dados, elaboraram-se tabelas descritivas da caracterização sociodemográfica e dos dados clínicos da amostra em estudo. Foram obtidas tabelas de frequência para as variáveis nominais e tabelas com medidas de localização e dispersão para o caso de variáveis numéricas. Como este estudo pretendia conhecer a LS e o autocuidado no adulto com DMT2 em contexto comunitário, estas variáveis assumiram um papel relevante neste tratamento.

Foram utilizados testes paramétricos para confirmar a relação entre os resultados obtidos através das escalas e os dados sociodemográficos e clínicos.

Foi utilizado o teste t-Student (t) para comparar os resultados entre duas variáveis independentes e a análise de variância (ANOVA) para comparar mais do que duas médias. Para averiguar a existência de associações entre as variáveis foram utilizados os coeficientes de correlação de Spearman (ρ) e de Pearson (R). No sentido de verificarmos se as diferenças encontradas entre as variáveis (se valores elevados numa variável estão associados a valores elevados ou diminutos na outra, e vice-versa) eram estatisticamente significativas calculamos o valor de prova (p).

2.7 Considerações éticas

O estudo iniciou-se após o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde (CES) e a autorização do Conselho de Administração (CA) do SESARAM, EPE (anexo III) e dos autores para usar as escalas (anexo IV, V e VI). Foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos, sendo previamente solicitado o consentimento informado escrito ao sujeito da investigação (apêndice III). A participação não envolveu quaisquer encargos ou despesas para os sujeitos, com exceção do tempo necessário para responderem ao questionário.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No sentido de complementar a informação partilhada neste capítulo, é recomendada a análise das tabelas apenas e devidamente referenciadas ao longo do texto.

3.1 Dados sociodemográficos

A amostra de 138 pessoas é maioritariamente (57,2%) constituída por mulheres com idades compreendidas entre os 56 e os 65 anos (67,4%), casadas ou em união de facto (72,5%), com o primeiro ciclo do ensino básico (69,6%) e com trabalho a tempo inteiro (26,8%) ou reformadas (26,8%), coabitando com a família nuclear (50%) ou apenas com o cônjuge ou companheiro (31,9%) (apêndice V).

Em geral, a maioria refere que a sua situação financeira permite sempre ou quase sempre fazer face às necessidades de habitação (86,9%), alimentação (79,9%), saúde (72,4%) e educação (51,6%). No entanto, observamos que é na saúde que as pessoas demonstram maior dificuldade, onde 27,5% refere que raramente ou só às vezes consegue satisfazer as suas necessidades (apêndice VI).

3.2 Dados clínicos

No que diz respeito ao diagnóstico de DMT2, verificamos que, em média, o tempo de diagnóstico é de sete anos e meio, variando entre um e quarenta anos, sendo que 50% tem diabetes há, pelo menos, seis anos. Averiguamos, ainda, que 68,5% não tem a DMT2 controlada ou a análise da HbA1c atualizada, ou seja, apenas 31,5% tem a HbA1c \leq 6,5% e a análise realizada nos últimos seis meses (apêndice VII).

Salientamos o facto de 92,7% apresentar excesso de peso (IMC \geq 25 Kg/m²), sendo que 44,2% apresenta pré-obesidade e 49,2% obesidade (IMC \geq 30 Kg/m²) (apêndice VIII). Este quadro agrava-se se tivermos em conta que,

aquando da última análise, 44% tinha o LDL elevado (> 100 mg/dl), para além de 41,2% apresentar HTA (> 140/90 mmHg) e 26,1% TA normal alta, ou seja, 67,3% não cumpria o objetivo proposto pela DGS (2012) para o controlo da TA aquando da avaliação (apêndice IX). Efetivamente, as comorbidades mais referidas são a HTA (77,5%) e a dislipidémia (37,8%), sendo que 19,6% refere ambas. Salientamos o facto de cerca de 80% da amostra referir, pelo menos, uma comorbidade, sendo que estas variam de uma a três (apêndice X).

Quanto às complicações da DM, 26,1% refere que já tem alguma complicação, nomeadamente retinopatia (44,4%), nefropatia (27,8%), doença coronária (19,4%), arteriopatia (13,9%) e AVC (13,9%). No entanto, no último ano, apresentaram uma baixa adesão às consultas de especialidade de vigilância das possíveis complicações da DM, excetuando a consulta de enfermagem para a observação dos pés (65,2%). Assim temos que, 32,6% foi consultado pelo oftalmologista, 18,1% pelo cardiologista, 14,5% pelo endocrinologista e 8% pelo nefrologista. É de salientar que 18,1% não foi a nenhuma consulta (apêndice XI). Apesar deste quadro na vigilância das possíveis complicações da DM, efetivamente, 97,1% não associou qualquer internamento hospitalar à descompensação ou complicações desta.

3.3 Literacia em saúde

No que diz respeito à LS (apêndice XII) geral, verificamos que 19,7% apresenta LS inadequada e 45,3% problemática, ou seja, 65% da amostra tem LS limitada. Por outro lado, apenas 10,9% da amostra apresenta LS excelente.

Quanto à literacia de cuidados de saúde, apuramos que 23,4% tem LS inadequada e 35,8% problemática, perfazendo um total de 59,2% da amostra com a LS limitada neste domínio, sendo que apenas 9,5% tem LS excelente.

Na literacia de prevenção da doença, confirmamos que 16,9% apresenta LS inadequada e 33,1% problemática, ou seja, 50% possui LS limitada neste domínio, com 13,2% a apresentar um nível excelente de LS.

Já na literacia de promoção da saúde, averiguamos que 29,9% da amostra tem LS inadequada e 33,6% problemática, somando um total de 63,5% com literacia limitada. Por outro lado, apenas 9,7% apresenta LS excelente.

Daqui podemos observar que a tendência da LS nos três domínios (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde) acompanha a da LS geral, ou seja, uma maior percentagem de indivíduos com literacia limitada.

Na literacia funcional, avaliada através do NVS, verificamos que a tendência de uma maior percentagem de pessoas com literacia limitada mantém-se com 49,3% a apresentar elevada probabilidade de literacia limitada. No entanto, se a estes somarmos os 23,9% que têm possibilidade de literacia limitada obtemos 73,2% da amostra com elevada probabilidade ou possibilidade de LS limitada.

Avaliada a consistência interna das escalas utilizadas para avaliar a LS, quanto ao HLS-EU-PT, verificou-se que é elevada, apresentando, em todas as suas dimensões, um αC superior a 0,91. Também a NVS apresentou uma boa consistência interna com um $\alpha C = 0,86$.

Através da inferência estatística procuramos identificar a existência de uma relação significativa entre a LS e as outras variáveis, deste modo, apresentam-se os resultados com significado estatístico para um intervalo de confiança de 95%.

O score de literacia de cuidados de saúde é significativamente diferente ($F_{(8;128)} = 2,505$; $p = 0,015$; apêndice XIII) segundo a situação profissional, onde observamos que a média é superior entre os empregados a tempo parcial (34,1), inativos (33,6) e donos de casa a tempo inteiro (33,4), situando-os no nível de LS suficiente, sendo que a restante amostra, com média inferior, situa-se no nível problemático.

Quanto à capacidade financeira para satisfazer as necessidades de saúde e educação, verificamos que existem diferenças significativas no nível de LS. Assim, os indivíduos que conseguem satisfazer sempre as necessidades de saúde (apêndice XIV) apresentam maior nível de LS geral (33,3) ($F_{(3;133)} = 3,099$; $p = 0,029$) e de cuidados de saúde (33,5) ($F_{(3;133)} = 3,943$; $p = 0,01$) do que os restantes elementos da amostra, que apresentam uma média significativamente inferior a 33, o que os coloca, tendencialmente, no nível de literacia problemática. Já no que diz respeito à frequência com que satisfazem as necessidades de educação (apêndice XV), verificamos que quem consegue satisfazer sempre

esta necessidade apresenta maior nível de LS, tendencialmente suficiente, em todos os domínios ($p < 0,05$).

A relação entre o tempo do diagnóstico da DM e os níveis de LS é negativa, logo, entre os sujeitos com maior nível LS encontram-se os que foram diagnosticados há menos tempo, no entanto, os coeficientes não são significativos ($p > 0,05$). Embora exista uma tendência para o nível de LS ser superior entre os indivíduos que têm diagnóstico há menos tempo e vice-versa, os dados não permitem concluir que tal seja uma regra para esta amostra.

Verificamos uma correlação positiva e baixa entre a alimentação geral e a LS geral ($R = 0,250$; $p = 0,003$), isto é, entre os sujeitos com maior nível de LS geral observamos uma maior adesão às atividades de autocuidado com a alimentação geral. Como os coeficientes de correlação são significativos em todos os domínios da escala HLS-EU-PT, a afirmação é válida para todos eles (apêndice XVI). Também encontramos associação positiva e fraca entre os níveis de LS e as atividades de autocuidado com os pés (apêndice XVI). Assim, podemos afirmar que os indivíduos com maior nível de LS geral aderem mais às atividades de autocuidado com os seus pés ($R = 0,246$; $p = 0,004$). Por outro lado, não se verifica correlação entre os níveis de LS e as atividades de autocuidado com a alimentação específica, com a atividade física, com a monitorização da glicemia nem com os medicamentos, pois os valores de prova associados aos coeficientes de correlação foram superiores a 0,05.

Também se verificou uma associação entre a adesão ao tratamento medicamentoso e a LS (apêndice XVII), nomeadamente com a LS geral ($t = 2,228$; $p = 0,028$), a literacia de cuidados de saúde ($t = 2,342$; $p = 0,02$) e a literacia de prevenção da doença ($t = 2,323$; $p = 0,022$). Em geral, entre os indivíduos que aderem ao tratamento medicamentoso a média do nível de LS é superior, contudo esta relação não se observa na literacia de promoção da saúde.

Deste modo, podemos afirmar que a LS poderá ser condicionada pela situação profissional, situação financeira do agregado familiar e tempo do diagnóstico de DMT2. Por outro lado, poderá ser condicionante das atividades de autocuidado com a alimentação geral, com os cuidados com os pés e da adesão ao tratamento medicamentoso.

3.4 Atividades de autocuidado com a diabetes *mellitus* tipo 2

Nos resultados obtidos através da escala das atividades de autocuidado com a diabetes, no caso das dimensões da alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés e medicamentos, o ponto central desta escala é 3,5. Para efeito de descrição dos dados consideraremos este como valor de referência, deste modo, obtiveram-se valores que nos permitem uma visão geral das repostas e definir o nível de adesão nas várias dimensões (apêndice XVIII). Simultaneamente à apresentação destes resultados, iremos identificar a existência das relações significativas entre as atividades de autocuidado e as outras variáveis, apresentando os resultados com significado estatístico e com 95% de confiança.

Atividades de autocuidado com a alimentação

Nesta escala, a alimentação encontra-se dividida em alimentação geral e alimentação específica. Assim, na alimentação geral, podemos verificar que as repostas variaram entre 1 e 7 dias da semana, com uma média de 4,7, superior ao ponto médio da escala (3,5), o que nos permite afirmar que em geral, a amostra apresenta um suficiente nível de adesão às atividades de autocuidado com a sua alimentação geral. Para além da correlação já identificada com a LS, verificou-se que quem frequentou a CE para a observação dos pés tem maior nível de adesão à alimentação geral ($t = 2,426$; $p = 0,017$; apêndice XIX).

Já na alimentação específica, observamos que as repostas variaram entre 0 e 6 dias da semana, e tanto a média como a mediana apresentam valores muito baixos (1,6). Deste modo, o nível de adesão às atividades de autocuidado com a alimentação específica é baixo. Ainda na alimentação específica, os dados mostram que entre os inquiridos que raramente conseguem satisfazer as necessidades de alimentação a frequência média com que consomem alimentos como carnes vermelhas, pão, arroz, massas, bebidas alcoólicas e bolos ou doces é muito superior à observada nos que com mais regularidade conseguem satisfazer as necessidades de alimentação ($F_{(4;133)} = 2,877$; $p = 0,025$; apêndice XX).

Atividades de autocuidado com a atividade física e monitorização da glicemia

Na atividade física e monitorização da glicemia, as respostas variaram entre 0 e 7 dias da semana com uma média igual a 2 mas, com uma mediana inferior (1,0), o que indica uma concentração dos sujeitos da amostra em valores inferiores à média, logo inferiores ao ponto médio da escala (3,5). Assim, podemos afirmar que esta amostra apresenta uma baixa adesão a estas atividades de autocuidado.

Ao comparar as médias, observamos que são os mais jovens ($F_{(3;134)} = 2,952$; $p = 0,035$; apêndice XXI), os que possuem mais escolaridade ($F_{(5;132)} = 2,28$; $p = 0,05$; apêndice XXII), os que utilizam insulina ($F_{(3;133)} = 29,536$; $p < 0,01$), quer isoladamente (5,3) quer em combinação com os antidiabéticos orais (6,3) (apêndice XXIII), e os que já sofrem de retinopatia ($t = 3,875$; $p < 0,01$) ou nefropatia ($t = 3,365$; $p = 0,001$) (apêndice XXIV), que monitorizam a glicemia com mais frequência. Por outro lado, quem frequentou a CE para a observação dos pés apresenta, em média, menor adesão a esta atividade de autocuidado ($t = 2,518$; $p = 0,013$; apêndice XIX).

Atividades de autocuidado com os pés

Quanto aos cuidados com os pés, observamos uma média de 5,9 com mediana igual a 7, o que significa que, pelo menos, 50% da amostra tem este autocuidado diariamente e que, de uma forma geral, apresenta uma boa adesão a estas atividades de autocuidado. Para além da correlação já identificada com a LS, verificou-se que quem frequentou a CE para a observação dos pés ($t = 2,1$; $p = 0,036$; apêndice XIX) e quem tinha um IMC normal ($F_{(4;132)} = 2,504$; $p = 0,045$; apêndice XXV) apresentou, em média, maior adesão a esta atividade de autocuidado.

Atividades de autocuidado com os medicamentos

Na toma de medicamentos, as respostas variaram entre 1 e 7 dias, com uma média de 6,8 e mediana igual a 7. Verificamos, ainda, que, independentemente do tratamento (antidiabéticos orais ou insulina), mais de 85% dos inquiridos adere diariamente a esta atividade de autocuidado. É entre os que raramente conseguem satisfazer as necessidades de alimentação ($F_{(4;129)}$

= 27,1; $p < 0,01$; apêndice XX), saúde ($F_{(3;130)} = 2,84$; $p = 0,041$; apêndice XXVI) e de educação ($F_{(5;116)} = 11,693$; $p < 0,01$; apêndice XXVII) que se observa menor média de adesão à toma da medicação.

No sentido de complementar a avaliação desta atividade de autocuidado, recorreremos à MAT e os resultados obtidos mostram que 88,4% adere ao regime medicamentoso (apêndice XXVIII). Este valor vai ao encontro do observado na escala de atividades de autocuidado com a diabetes, ou seja, uma boa adesão à toma da medicação. Dos que não aderem, a principal causa é o esquecimento, nomeadamente descuidando-se com as horas da toma. Como já apresentado anteriormente, em geral, entre os indivíduos que aderem ao tratamento medicamentoso a média do nível de LS é superior.

É de referir que, nesta amostra, a terapêutica mais comum para o controlo da DM é a medicamentosa, nomeadamente os antidiabéticos orais, utilizados por 94,2% dos entrevistados, sendo que 11% destes tem associada a insulina (apêndice XXIX).

Hábitos tabágicos

Quanto aos hábitos tabágicos, 89,9% não fuma atualmente e 69,8% nunca fumou, assim 20,1% já fumou mas atualmente não o faz e 14,4% não fuma há mais de 2 anos. Dos que têm por hábito fumar (10,1%), o número de cigarros por dia varia entre 1 e 40, sendo a média próxima dos 12 cigarros por dia (apêndice XXX).

Breve síntese dos achados nas atividades de autocuidado

Concluimos que, em média, a amostra apresenta uma maior adesão às atividades de autocuidado com a toma da medicação (6,8), com os cuidados com os pés (5,9) e com a alimentação geral (4,7). Por outro lado, verificamos que as pessoas aderem muito pouco às atividades de autocuidado com a alimentação específica (1,6), com a atividade física (2,0) e com a monitorização da glicemia (2,1). Verificamos ainda que quem frequentou a CE para a observação dos pés tem maior nível de adesão à alimentação geral e aos cuidados com os pés e menor nível de adesão à monitorização da glicemia. Podemos também referir que os resultados sugerem que, para além da LS, a situação financeira do

agregado familiar, a idade e a capacidade de memória podem ser determinantes na adesão a algumas atividades de autocuidado com a DM.

Avaliada a consistência interna das escalas utilizadas para avaliar o autocuidado, na escala de atividades de autocuidado com a diabetes, verificamos que esta consistência é baixa nas dimensões da alimentação geral ($\alpha C = 0,54$), da alimentação específica ($\alpha C = 0,55$) e dos cuidados com os pés ($\alpha C = 0,45$). No entanto, para amostras pequenas, de estudos em ciências sociais, é aceitável que o αC seja superior a 0,5 (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Por outro lado, observamos uma boa consistência interna nas dimensões da atividade física ($\alpha C = 0,77$) e monitorização da glicemia ($\alpha C = 0,82$). Na dimensão da toma dos medicamentos, esta consistência é elevada ($\alpha C = 1,0$), o que pode indicar que alguns dos itens foram redundantes para esta amostra, ou seja, que foram entendidos como sendo iguais. Por seu lado, a consistência interna da MAT, revelou ser boa ($\alpha C = 0,80$).

4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo iremos evidenciar os principais resultados obtidos nesta amostra e, sempre que possível, compara-los com alguns dos resultados encontrados por outros investigadores em estudos semelhantes.

4.1 Dados sociodemográficos e clínicos

Sendo esta amostra composta apenas por adultos [19 – 64], a maioria dos inquiridos encontra-se na última faixa etária [56-65] ou seja, aparentemente, segue a tendência nacional e internacional onde se observa uma relação direta entre o envelhecimento da população e o aumento da prevalência da DM (IDF, 2015; OND, 2015; García-Pérez *et al*, 2013).

Com este estudo, e à semelhança de outros (Ortiz *et al*, 2016; Chourdakis *et al*, 2014), foi possível verificar a grande prevalência de excesso de peso e de obesidade, que apresenta-se como um fator determinante para o desenvolvimento da DM e dificultador do tratamento e controlo da mesma (ADA, 2016; IDF, 2015; OND, 2015; García-Pérez *et al*, 2013).

O nível da HbA1c é um indicador do controlo da DM (ADA, 2016; OND, 2015; García-Pérez *et al*, 2013; Hinszmann *et al*, 2012; DGS, 2012), deste modo, observamos que a maioria (60%) apresenta estes níveis elevados, corroborando o que nos referem García-Pérez *et al* (2013) e Ross (2013) que aproximadamente metade dos pacientes com DM não atinge as metas preconizadas para os níveis de glicose no sangue. Já Ortiz *et al* (2016) concluíram que 100% da sua amostra não atingiu estas metas. Agravando este quadro, verificamos um pobre controlo do LDL, à semelhança do estudo de Ortiz *et al* (2016), e da TA. Efetivamente, as comorbidades mais referidas foram a HTA e a dislipidémia, comprovando o que vários autores e organizações vêm afirmando, isto é, que estas são comuns na pessoa com DM, contribuindo para o desenvolvimento das complicações tardias, nomeadamente as cardiovasculares (Grossman & Grossman, 2017; ADA, 2016; Hu, *et al*, 2016; Mullugeta *et al*, 2012; Kearney *et al*, 2008). A verdade é que, nesta amostra, já

observamos várias complicações características da DM, nomeadamente a retinopatia, nefropatia, doença coronária, arteriopatia e o AVC (ADA, 2016; WHO, 2016; IDF, 2015; OND, 2015). Estes resultados podem indicar uma ineficiente autogestão da DM (DGS, 2012) com o respetivo aparecimento das complicações da mesma. Efetivamente, no último ano, esta amostra apresentou uma baixa adesão às consultas de especialidade de vigilância das possíveis complicações da DM, excetuando a consulta de enfermagem para a observação dos pés.

4.2 Literacia em Saúde

Confirmada a relevância e influência da LS na DM, importa que esta seja adequada na pessoa portadora desta doença para uma melhor autogestão da mesma (Cavanaugh, 2011; White et al, 2010). Os resultados deste estudo vão ao encontro dos verificados na população portuguesa em geral (Pedro et al, 2016; Saboga-Nunes et al, 2014a), ou seja, a maioria da amostra apresenta LS geral limitada, sendo que comparando com os resultados obtidos na RAM (Pedro et al, 2016) essa convergência ainda é mais acentuada (RAM = 63,3%, esta amostra = 65%). Também neste estudo, verificamos o mesmo fenómeno que a nível nacional, onde a tendência da LS nos três domínios (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde) acompanha a da LS geral, ou seja, uma maior percentagem de indivíduos com literacia limitada. Esta limitada LS é confirmada pelos resultados obtidos na LS funcional que superam, negativamente, os achados por Saboga-Nunes et al (2014a) na população portuguesa.

Deste modo, os resultados deste estudo acabam por mostrar uma realidade ainda mais inquietante quando comparados com as estimativas de Cavanaugh (2011), que refere que um baixo nível de LS é comum entre as pessoas com diabetes, estimando-se uma variação entre os 15 e os 40%, dependendo da amostra populacional, e com o estudo de Bohanny et al (2013) onde 24% dos participantes tinham literacia limitada. No entanto, devemos salvaguardar o facto de neste estudo utilizarmos uma escala multidimensional ainda não validada para a população com DMT2, por outro lado, a verdade é

que, nesta amostra, apresentou uma boa consistência interna em todas as suas dimensões ($\alpha C > 0,91$).

Neste estudo podemos observar que, de uma forma geral, quem apresenta melhores níveis de LS são as pessoas empregadas a tempo parcial, inativas e donas de casa a tempo inteiro, contrastando com os achados de Bohanny et al (2013). Esta situação pode dever-se ao facto destas pessoas estarem mais disponíveis para investir na autogestão do seu projeto de saúde. Também, quem tem capacidade financeira para responder sempre às necessidades de saúde e educação apresenta melhores níveis de LS. Tal achado poderá significar que pessoas com melhor rendimento financeiro tendem a ter melhores níveis de LS.

Apresenta uma maior adesão às atividades de autocuidado com a alimentação geral e com os pés, e ao tratamento medicamentoso, quem tem melhores níveis de LS. Estes resultados vão no sentido dos achados de Sayah, Majumdar, Williams, Robertson & Johnson (2012) que, na revisão sistemática que efetuaram sobre a LS e os resultados em saúde na DMT2, concluem que há evidências suficientes para apoiar uma relação positiva entre LS e atividades de autocuidado. No mesmo sentido, as condicionantes da LS, neste estudo identificadas, vão ao encontro de algumas já descritas na bibliografia, nomeadamente determinantes sociais e pessoais (Sørensen et al, 2012).

À semelhança de Bohanny et al (2013), não encontramos diferenças estatisticamente significativas nos níveis de LS entre os participantes de diferentes níveis de escolaridade. Esta situação pode dever-se à homogenização dos níveis de escolaridade desta amostra (Bohanny et al, 2013).

4.3. Atividades de autocuidado com a diabetes *mellitus* tipo 2

Atividades de autocuidado com a alimentação

Sendo a alimentação um dos pilares fundamentais para o tratamento e controlo da DM importa adotar um regime alimentar adequado (Franz & Evert, 2012; Franz et al, 2003a; Pastors et al, 2002). Assim, nesta amostra, verificamos que, em média, as pessoas aderem mais à alimentação geral (4,7) comparativamente à específica (1,6). Apesar das pessoas referirem que seguem uma alimentação saudável e o plano alimentar recomendado, a verdade é que, quando inquiridas em maior pormenor sobre os mesmos, evidenciam o oposto, ou seja, efetivamente têm uma fraca adesão às atividades de autocuidado com a alimentação. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Ortiz et al (2016), Chourdakis et al (2014) e Jordan & Jordan (2010). Este resultado vai ao encontro da literatura que sugere que mudar a dieta é mais difícil (Franz & Evert, 2012; Eckerling & Kohrs, 1984) do que mudar as outras atividades que uma pessoa com uma doença crónica precisa realizar, porque a dieta é influenciada por um processo, cultural e de hábitos, complexo (Franz & Evert, 2012). Verificamos ainda que, quem adere mais à alimentação geral tende a ter maior nível de LS geral. Este achado acaba, também, por corroborar a literatura que refere que a LS influencia a adesão às atividades de autocuidado na pessoa com DM (Cavanaugh, 2011; Sayah et al, 2012), nomeadamente no adulto com DMT2 (Moss, 2014).

Em relação à alimentação específica, os dados mostram que entre os inquiridos que raramente conseguem satisfazer as necessidades de alimentação a frequência média com que consomem alimentos como carnes vermelhas, pão, arroz, massas, bebidas alcoólicas e bolos ou doces, é muito superior à observada nos inquiridos que conseguem satisfazer as necessidades de alimentação com mais regularidade. Para além da situação financeira, poderemos direcionar a nossa atenção para outros fatores que têm sido referenciados para a baixa adesão à alimentação saudável, como as restrições alimentares de longa duração, a interferência nos hábitos alimentares da família e o tempo extra para a sua confeção (Vijan et al, 2005; Eckerling & Kohrs, 1984). No entanto, neste estudo não exploramos em pormenor estes fatores. Por outro

lado, como nos refere Franz & Evert (2012), devemos atender ao complexo processo cultural e de hábitos que condiciona a dieta das pessoas com doença crónica, tanto mais que, apesar destes referirem dificuldades em satisfazer as suas necessidades com a alimentação, optam por alguns alimentos menos saudáveis mas também mais caros.

Atividades de autocuidado com a atividade física

Comprovados os benefícios da atividade física regular no controlo da DM (Franz et al, 2010; Nelson et al, 2002; Pastors et al, 2002; Wing et al, 1988) importa adotar e manter este comportamento. No entanto, esta amostra adere pouco (2,0) a esta atividade de autocuidado. Estes resultados são semelhantes aos dos estudos de Ortiz et al (2016) e Jordan & Jordan (2010), e são consistentes com a bibliografia que refere que é mais difícil adotar atividades de autocuidado que envolvam mudanças no estilo de vida, como a atividade física (Eckerling & Kohrs, 1984). Vários fatores podem estar associados a esta baixa adesão, nomeadamente o desconforto, a restrição médica e o não gostar (Duarte et al, 2012). No entanto, neste estudo, estes fatores não foram estudados em pormenor.

Atividades de autocuidado com a monitorização da glicemia

A monitorização da glicemia é também entendida como uma atividade de autocuidado com a DM (Bastos et al, 2007; Toobert et al, 2000), produzindo resultados no controlo metabólico e qualidade de vida da pessoa (Franciosi et al, 2001). Nesta amostra, verificamos uma baixa adesão a esta atividade (2,1), o que vai ao encontro dos resultados encontrados por Ortiz et al, 2016. Esta situação pode-se explicar pelos elevados custos das tiras reativas que pode condicionar o acesso das pessoas às mesmas e conseqüentemente a automonitorização (Heisler, 2004). Por outro lado, as pessoas com DMT2 na RAM frequentam regularmente (muitas vezes mais do que uma vez por mês) a consulta de enfermagem no CS para procederem a esta monitorização, descorando assim a automonitorização. Talvez por esta razão, quem frequentou a CE para a observação dos pés, também, referiu que não procedia à automonitorização nos últimos sete dias. No entanto, não poderemos afirmar que tal resultado signifique um comportamento negligente na monitorização da

glicemia, mas sim partilhado com o enfermeiro. Situação semelhante verifica-se nos CS do México onde é programado mensalmente a monitorização da glicemia às pessoas com DM, dado que a maioria destes pacientes tem baixos recursos financeiros (Ortiz et al, 2016).

Contrariamente aos achados de Chourdakis et al (2014) e Jordan & Jordan (2010), neste estudo, os mais jovens aderem com maior frequência a este autocuidado, sendo que esta é, também, superior entre os que têm mais escolaridade, no entanto, este resultado pode não dever-se apenas à escolaridade mas sim à idade, uma vez que entre os mais jovens a escolaridade é superior. A escolaridade pode ser uma variável confunding. Atendendo à distribuição da amostra pela idade, este achado poderá ser justificado, também, pelo facto de na RAM os adultos mais velhos recorrerem mais à CE, e consequentemente usufruírem da monitorização da glicemia. Por outro lado, nos outros estudos as amostras eram constituídas por adultos e idosos e essa diferença era, efetivamente, entre esses dois grupos, o que não poderia acontecer no nosso estudo.

O facto dos inquiridos que utilizam a insulina como tratamento, associada ou não com antidiabéticos orais, aderirem mais a esta atividade de autocuidado é compreensível, dado que nestas pessoas é importante uma monitorização diária da glicemia no sentido de prevenir hipoglicemias assintomáticas (ADA, 2016). Os inquiridos que já sofrem de retinopatia ou nefropatia, provavelmente, sensibilizados pela sua situação clínica mais complexa, aderem mais a esta atividade de autocuidado.

Atividades de autocuidado com os pés

Os cuidados com os pés, nomeadamente o autoexame regular, na pessoa com diabetes são fundamentais dado o maior risco de desenvolver ulceração, infeção e amputação, pelo que importa adotar e manter este comportamento (Clayton, 2009; Coppell et al, 2013). Neste sentido, verificamos que, nesta amostra, as pessoas têm por hábito cuidar dos seus pés (5,9), nomeadamente frequentando a consulta de enfermagem (65,2%) durante o último ano (Clayton, 2009), para a observação dos mesmos. Efetivamente, quem frequentou a CE para a observação dos pés apresentou uma maior adesão a este autocuidado. A verdade é que, nesta amostra, poucas pessoas (11,1%) referiram o pé

diabético como uma complicação da DM. Também Chourdakis et al (2014) concluíram no seu estudo que, de um modo geral, os pacientes relataram uma elevada adesão aos cuidados com os pés. É curioso o facto das pessoas com um IMC normal apresentarem maior adesão a esta atividade de autocuidado. Será que as pessoas com excesso de peso ou obesas apresentam maiores limitações físicas para procederem aos cuidados com os pés? Verificamos ainda que, quem adere mais aos cuidados com os pés tende a ter maior nível de LS geral e funcional. Estes achados acabam, também, por corroborar a literatura que refere que a LS influencia a adesão às atividades de autocuidado na pessoa com DM (Cavanaugh, 2011; Sayah et al, 2012), nomeadamente no adulto com DMT2 (Moss, 2014).

Atividades de autocuidado com os medicamentos

A adesão ao regime medicamentoso é fundamental no tratamento da DM pelo que é parte integrante das atividades de autocuidado com esta doença (Bastos et al, 2007; Toobert et al, 2000). Nesta amostra os antidiabéticos orais são o principal tratamento utilizado, comprovando as afirmações de Shrestha et al (2013). Assim, os resultados obtidos mostram uma boa adesão à toma de medicamentos (6,8), sendo estes corroborados com os resultados obtidos através da MAT, ou seja, uma elevada adesão (88,4%) da amostra ao regime medicamentoso. Também Ortiz et al (2016) e Chourdakis et al (2014) encontraram resultados semelhantes nos seus estudos. Estes resultados vêm contrariar Aikens & Piette (2013) quando referem que apenas metade dos pacientes com DMT2 apresentam uma elevada adesão à medicação e Ahmad et al (2013) quando concluem que a adesão à medicação do paciente com DMT2 em contexto de cuidados de saúde primários era pobre (47%). Por outro lado, dado que esta foi a atividade de autocuidado com o mais elevado nível de adesão, estes resultados sugerem que pode ser mais fácil para quem tem diabetes aderir ao regime medicamentoso do que fazer mudanças no seu estilo de vida, corroborando o que nos referem outros autores (Ortiz et al, 2016; Jordan & Jordan, 2010). No entanto, a verdade é que, a não adesão aos medicamentos permanece como uma das principais razões para a falta de controlo da glicémia (Ross, 2013; Shrestha et al, 2013) e, logo, da DM (ADA, 2016; OND, 2015; García-Pérez et al, 2013; Hinszmann et al, 2012; DGS, 2012).

Dado que, efetivamente, esta amostra também apresenta níveis elevados de HbA1c, devemos ter em atenção as conclusões de Adisa et al (2011) quando referem que uma elevada adesão à medicação não é sinónimo de um bom controlo glicémico, uma vez que, um número substancial de pacientes tinha a glicose plasmática acima das metas recomendadas apesar de uma considerável adesão à medicação. No entanto, não é só a medicação que contribui para o controlo glicémico, pelo que se a pessoa adere ao regime medicamentoso e não às outras atividades de autocuidado, como é o caso desta amostra que apresenta baixos níveis de adesão às atividades de autocuidado com a alimentação específica, a atividade física e a monitorização da glicemia, poderá apresentar elevados níveis de glicose plasmática. Daqui podemos concluir que é fundamental a autogestão, com a respetiva adesão às várias atividades de autocuidado, e não apenas à toma da medicação, que o próprio deve implementar no tratamento e controlo da DM (ADA, 2016; IDF, 2015; OND, 2015; Chourdakis et al, 2014; García-Pérez et al, 2013; Hinzman et al, 2012; American Association of Diabetes Educators, 2011; Bastos & Lopes, 2004; Toobert et al, 2000).

Salientamos o facto de que os inquiridos que aderem menos ao regime medicamentoso são os que raramente conseguem satisfazer as necessidades de alimentação, de saúde e de educação. Para além do esquecimento, tais achados poderão indicar a situação financeira do agregado familiar como condicionante do cumprimento da toma de medicação. Por outro lado, verificamos que, quem adere mais ao regime medicamentoso, efetivamente, apresenta maior nível de LS. Este achado corroborara, também, a literatura que refere que a LS influencia a adesão às atividades de autocuidado na pessoa com DM (Cavanaugh, 2011; Sayah et al, 2012), nomeadamente no adulto com DMT2 (Moss, 2014).

Neste estudo, e à semelhança dos achados de Ortiz et al (2016), não se verificou uma relação significativa entre as atividades de autocuidado com a diabetes e a HbA1c, TA, LDL, peso e complicações da DM. Por outro lado, as determinantes da adesão a algumas atividades de autocuidado com a DM, identificadas neste estudo, acabam por ir ao encontro de alguns fatores descritos na bibliografia (Ortiz et al, 2016; Chourdakis et al, 2014; Ahmad et al, 2013; Marzec & Maddox, 2013; WHO, 2003; 2009; Orem, 1995).

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Atendendo à própria concetualização efetuada no início do estudo, aquando da elaboração do instrumento de colheita de dados, poderíamos ter procurado explorar os fatores determinantes da adesão às atividades de autocuidado com a DM e da LS. No entanto, após o tratamento e análise dos dados, alguns acabaram por emergir espontaneamente.

Seria importante confirmar se os conhecimentos, as competências, as aptidões e a capacidade de autoeficácia foram previamente avaliados pelos enfermeiros nestas pessoas e se as intervenções de promoção do autocuidado foram adequadas às suas necessidades.

Os dados colhidos baseados no autorrelato não permitem confirmar o comportamento. No entanto, tentamos ultrapassar esta limitação com recurso à consulta do processo clínico como outra fonte de dados.

Não havendo dados disponíveis na RAM sobre os níveis de LS e adesão às atividades de autocuidado no adulto com DMT2 de base populacional, a verdade é que este estudo acaba por contribuir de uma forma limitada dado que a amostra não é representativa da população com DM na RAM.

CONCLUSÃO

As DNT são um dos principais desafios do século 21 pois, para além do sofrimento humano e impacto socioeconómico, constituem a primeira causa de morte no mundo (WHO, 2014). Uma adequada gestão destas doenças está dependente do autocuidado (Sidani, 2011). Sendo a DM uma dessas principais doenças (WHO, 2014), crónica e complexa, várias são as determinantes que contribuem para o processo de cuidados e de resultados em saúde, no entanto, nas últimas décadas a literatura tem vindo a ilustrar o conceito de LS como um fator relevante e influente na DM (Cavanaugh, 2011).

Um adequado tratamento e controlo da DM está dependente da própria pessoa (ADA, 2016; Ortiz et al, 2016; Chourdakis et al, 2014; García-Pérez et al, 2013; Hinzman et al, 2012), através da adoção de comportamentos de autocuidado (Ortiz et al, 2016; Chourdakis et al, 2014; Funnell et al, 2011). Neste sentido, o enfermeiro deverá ter uma abordagem centrada na pessoa, objetivando como resultado o autocuidado (Doran, 2011; McCormack e McCance, 2010; Irvine et al, 1998). Deste modo, o enfermeiro promoverá uma adequada gestão da DM (WHO, 2016) e estará a cumprir com um dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001). Sendo a LS uma das condicionantes do autocuidado (Marzec & Maddox, 2013; Cavanaugh, 2011; White et al, 2010), importa identifica-la no adulto com DMT2 de modo a adaptar as intervenções às suas reais necessidades (Pedro et al, 2016; Sørensen et al, 2012; Cavanaugh, 2011; Funnell et al, 2011; Smith et al, 2009).

Neste sentido, com este estudo, observamos baixos níveis de controlo da DMT2, nomeadamente nos valores de HbA1c (apenas 31,5% apresenta valores controlados), de LDL (44% apresenta valores acima do normal), da TA (67,3% não cumpria o objetivo proposto pela DGS) e do peso (92,7% apresenta, pelo menos, pré-obesidade), sendo que cerca de um quarto dos inquiridos (26,1%) já manifesta, pelo menos, uma complicação da DM.

Concluimos que, em média, a amostra apresenta uma maior adesão às atividades de autocuidado com a toma da medicação (6,8), com os cuidados com

os pés (5,9) e com a alimentação geral (4,7). Confirmando-se que quem adere mais a estas atividades também apresenta mais elevados níveis de LS. Por outro lado, verificamos que as pessoas aderem muito pouco às atividades de autocuidado com a alimentação específica (1,6), com a atividade física (2,0) e com a monitorização da glicemia (2,1). Podemos também referir que os resultados sugerem que, para além da LS, a situação financeira do agregado familiar, a idade e a capacidade de memória podem ser determinantes na adesão a algumas atividades de autocuidado com a DM.

Verificamos, também, uma elevada percentagem de inquiridos com LS limitada em todos os domínios ($\geq 50\%$), nomeadamente na LS funcional, sendo que a percentagem de indivíduos com LS excelente rondou os 10% em todos os domínios. Ainda na LS, os resultados sugerem a atividade profissional, a situação financeira do agregado familiar e o tempo de diagnóstico da DM como suas determinantes.

Segundo a bibliografia, a limitada LS encontrada nesta amostra poderá estar associada aos baixos níveis de controlo da doença, nomeadamente ao controlo glicémico, do LDL, da TA e do peso, assim como às complicações tardias já desenvolvidas (WHO, 2013a; Cavanaugh, 2011; White et al, 2010; DeWalt et al, 2007; Pignone et al, 2005; Zarcadoolas et al, 2005). No entanto, neste estudo, não ficou comprovada uma relação direta e estatisticamente significativa entre a LS e os resultados em saúde, o que acaba por ir ao encontro dos vários estudos já realizados com achados inconsistentes desta relação, ficando demonstrado que a evidência ainda é insuficiente ou pouco consistente para afirmarmos que a LS tem um impacto direto nos resultados de saúde das pessoas com DM (Sayah et al, 2012). Por outro lado, fica evidente que a LS é uma condicionante da adesão às atividades de autocuidado com a DM (Cavanaugh, 2011; Sayah et al, 2012), nomeadamente no adulto com DMT2 (Moss, 2014), em contexto comunitário. Assim, neste caso, pode entender-se a limitada LS como um fator de risco na autogestão da diabetes (White et al, 2010; Huizinga et al, 2009).

Atendendo a que um baixo nível de LS, também, interfere na comunicação entre os profissionais de saúde e o cliente, será que estes estão com maiores dificuldades em se exprimirem? Sentem maior dificuldade em compreender as indicações dos enfermeiros? E os enfermeiros, estão com dificuldade em

identificar os níveis baixos de literacia nos clientes? Têm maior dificuldade em entender o real estado de saúde dos clientes? Estarão a utilizar as técnicas comunicacionais mais adequadas de modo a facilitar a compreensão das orientações clínicas? (Smith et al, 2009; DeWalt et al, 2007; Seligman et al, 2005; Rudd et al, 1999).

Atendendo a que a adesão às atividades de autocuidado, também, depende da informação e do conhecimento que os clientes com DM têm acerca da doença e do tratamento (Meece, 2014; Ahmad et al, 2013; García-Pérez et al, 2013; Ross, 2013), é fundamental que o enfermeiro implemente programas de educação para a saúde promovendo comportamentos de autocuidado nestas pessoas, estabelecendo metas de comportamentos e mantendo um suporte contínuo para sustentar o progresso e a manutenção dos mesmos (Funnell et al, 2011). Deste modo, facilita a compreensão da doença e a aprendizagem do cliente para lidar com o tratamento preconizado (Sidani, 2011) capacitando-o, também, para gerir a sua própria saúde e lidar com o sistema de saúde (Smith et al, 2009). No entanto, é necessário, entre outros, identificar o nível de LS dos clientes para adaptar esses programas às capacidades dos mesmos (Pedro et al, 2016; Sørensen et al, 2012; Cavanaugh, 2011; Funnell et al, 2011; Smith et al, 2009). Por outro lado, sendo o autocuidado precedido pela sua autoperceção, o significado que as pessoas portadoras de doença crónica lhe atribuem é diferente consoante os seus valores, crenças e atitudes perante a vida (Sidani, 2011).

Neste sentido, estão definidos programas de educação para a saúde e adequados aos conhecimentos, competências, aptidões e autoeficácia de cada cliente? Sendo o autocuidado um resultado da prestação de cuidados de enfermagem (Doran, 2011; McCormack & McCance, 2006; Irvine et al, 1998) e um enunciado descritivo de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001), verificando-se baixos níveis de adesão às atividades de autocuidado com a DMT2, nesta amostra, poderá significar pouca qualidade no trabalho desenvolvido pelos enfermeiros?

Considerando todas estas inquietações, há uma questão estrutural que se coloca, estará o enfermeiro comunitário a ter uma abordagem centrada na pessoa com DMT2? Esta abordagem não só é a essência do cuidado de enfermagem (McCormack e McCance, 2010; OE, 2001), promotora do encontro

intersubjetivo entre enfermeiro e cliente (Ranaud, 2010), como a recomendada para uma adequada gestão da DM (WHO, 2016). Deste modo, o enfermeiro comunitário ao fundamentar a relação terapêutica com o adulto com DMT2 nesta abordagem, entendendo o conceito de LS, desenvolvendo estratégias para a avaliar neste cliente e implementando intervenções adequadas às reais necessidades deste, estará a reduzir as disparidades existentes nos cuidados de saúde (Cavanaugh, 2011; Hasnain-Wynia & Wolf, 2010) e a prestar cuidados de enfermagem holísticos (Hasnain-Wynia & Wolf, 2010), promovendo uma efetiva autogestão da DMT2 no adulto em contexto comunitário. A verdade é que, neste estudo, também emergiu um achado que pode indicar o papel do enfermeiro como determinante para a adesão do adulto com DMT2 às atividades de autocuidado, uma vez que ficou demonstrada a relação entre a CE para a observação dos pés e as atividades de autocuidado com a alimentação geral, a monitorização da glicemia e os cuidados com os pés.

Dada a inconsistência científica sobre a influência direta da LS nos resultados em saúde, assim como sobre a eficácia das intervenções para melhorar o nível de LS (Sayah et al, 2012); comprovada a influência desta na adesão às atividades de autocuidado na pessoa com DM (Cavanaugh, 2011; Sayah et al, 2012), nomeadamente no adulto com DMT2 (Moss, 2014), e entendendo-se a limitada LS como um fator de risco na autogestão da diabetes (White et al, 2010; Huizinga et al, 2009) em contexto comunitário, parece-nos que o foco dos enfermeiros deverá ser a promoção do autocuidado. Neste sentido, na sua prática clínica, o enfermeiro, em parceria com o cliente, deverá estabelecer programas de educação para a saúde com metas de comportamentos bem definidas e manter um suporte contínuo para sustentar o progresso e a manutenção dos mesmos (Funnell et al, 2010).

Quanto à investigação, sugerimos que futuros estudos explorem a relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e o adulto com DMT2 em contexto comunitário, nomeadamente no desenvolvimento de programas de educação para a saúde promotores da adesão às atividades de autocuidado com a DM, adaptados ao nível de LS e características individuais das pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adisa, R., Fakeye, T. & Fasanmade, A. (2011). Medication adherence among ambulatory patients with type 2 diabetes in a tertiary healthcare setting in south western Nigeria. *Pharmacy Practice*, 9(2), 72-81.
- Ahmad, N., Ramli, A., Islahudin, F. & Paraidathathu, T. (2013). Medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus treated at primary health clinics in Malaysia. *Journal of Patient Preference and Adherence*, 17(7), 525-530.
- Aikens, J. & Piette, J. (2013). Longitudinal association between medication adherence and glycaemic control in Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine Journal*, 30(3), 338-344.
- Amalraj, S., Starkweather, C., Nguyen, C. & Naeim, A. (2009). Health literacy, communication, and treatment decision-making in older cancer patients. *Oncology (Williston Park. N.Y.)*, 23(4), 369-375. doi:10.1093/heapro/dah609.
- American Association of Diabetes Educators (2013). Communicating Effectively with Patients: The Importance of Addressing Health Literacy and Numeracy. *AADE White Paper*. Disponível em: https://www.diabeteseducator.org/docs/default-source/legacy-docs/_resources/pdf/research/aade_health_literacy_and_numeracy_white_paper_final.pdf?sfvrsn=2
- American Association of Diabetes Educators (2011). AADE 7 Self-care behaviors: American Association of Diabetes Educators (AADE) Position Statement. *American Journal of Diabetes Educators*, 1-11.
- American Diabetes Association (2017). Standards of medical care in diabetes-2017. *Diabetes Care*, 40(Suppl. 1), S1–S2. DOI: 10.2337/dc17-S001
- American Diabetes Association (2016). Standards of medical care in diabetes-2016. *Diabetes Care*, 39(1), ISSN 1935-5548.
- Atreja, A., Bellam, N. & Levy, S. (2005). Strategies to enhance patient adherence: making it simple. *Medscape General Medicine*, 7(1), 4.

- Baker, D. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878-883. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x
- Baker, D., Wolf, M., Feinglass, J. & Thompson, J. (2008). Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 723-276. doi: 10.1007/s11606-008-0566-4
- Backman, K. & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 564-572
- Bantle, J., Wylie-Rosett, J., Albright, A., Apovian, C., Clark, N.,... & Wheeler, M. (2008). Nutrition recommendations and interventions for diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 31(Suppl 1), 61–78.
- Bastos, F., Severo, M. & Lopes, C. (2007) - Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Médica Portuguesa*, Série 2, 20(1), 11- 20.
- Bohanny, W., Wu, S., Liu, C., Yeh, S., Tsay, S. & Wang, T. (2013). Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 00(2013), 1-8. Doi: 10.1111/1745-7599.12017
- Borgsteede, S., Westerman, M., Kok, I., Meeuse, J., Vries. T. & Hugtenburg, J. (2011). Factors related to high and low levels of drug adherence according to patients with type 2 diabetes. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 33(5), 779-787.
- Brewer, N., Chapman, G., Brownlee, S. & Leventhal, E. (2002). Cholesterol control, medication adherence and illness cognition. *British Journal of Health Psychology*, 7(Part 4), 433-447.
- Brooke, P., Nyatanga, L., & Walker, I. (1989). Facilitating the self care concept using the experiential taxonomy. *Senior Nurse*, 9(1), 8-9.
- Cavanaugh, K. (2011). Health literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment. *Diabetes Manag (Lond)*. 1(2), 191–199. doi:10.2217/dmt.11.5.
- Chourdakis, M., Kontogiannis, V., Malachas, K., Pliakas, T. & Kritis, A. (2014). Self-Care Behaviors of Adults with Type 2 Diabetes Mellitus in Greece. *Journal of Community Health*, 39(5), 972-979

- Clayton, W. (2009). A review of the pathophysiology, classification, and treatment of foot ulcers in diabetic patients. *Clinical Diabetes*, 27(2), 52-58.
- Coppell, K., Mann, J., Williams, S., Jo, E., Drury, P.,... & Parnell WR. (2013). Prevalence of diagnosed and undiagnosed diabetes and prediabetes in New Zealand: findings from the 2008/ 09 Adult Nutrition Survey. *New Zealand Medicine Journal*, 126(1370), 23-42.
- Delgado, A., & Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 1, 81-100.
- Duarte, C., Almeida, J., Merker, A., Brauer, F. & Rodrigues, T. (2012). Physical activity level and exercise in patients with diabetes mellitus. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(2), 215-221.
- DeWalt, D., Boone, R. & Pignone, M. (2007). Literacy and its relationship with self-efficacy, trust, and participation in medical decision making. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 27-35. doi: 10.5555/ajhb.2007.31
- Direcção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional para a Diabetes Orientações Programáticas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2011). *Diagnóstico e Classificação da Diabetes mellitus*. Norma da Direcção Geral de Saúde N°002/2011, de 14/01/2011 Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes, the state of the science* (2ª ed.). Jones & Bartlett Learning LCC.
- Eckerling, L. & Kohrs, M. (1984). Research on compliance with diabetic regimens: Applications to practice. *Journal of the American Dietetic Association*, 84(7), 805-809.
- Farmer, K. (1999). Methods for Measuring and Monitoring Medication Regimen Adherence in Clinical Trials and Clinical Practice. *Clinical Therapeutics Journal*, 21(6), 1074-1090.
- Franciosi, M., Pellegrini, F., De Berardis, G., Belfiglio, M., Cavaliere, D.,... & Nicolucci, A. (2001). The impact of blood glucose self-monitoring on metabolic control and quality of life in type 2 diabetic patients: An urgent need for better educational strategies. *Diabetes Care*, 24(11), 1870-1877.

- Franz, M. & Evert, A. (2012). *American Diabetes Association Guide to Nutrition Therapy for Diabetes*. 2^{ed}. Alexandria, VA: American Diabetes Association.
- Franz, M., Powers, M., Leontos, C., Holzmeister, L., Kulkarni, K.,... & Gradwell, E. (2010). The evidence for medical nutrition therapy for type 1 and type 2 diabetes in adults. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(12), 1852-1889.
- Franz, M.; Bantle, J.; Beebe, C., Brunzell, J., Chiasson, J.,... & Wheeler, M. (2003a). Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. *Diabetes Care*, 26(Suppl 1), 51-61.
- Franz, M., Warshaw, H., Daly, A., Green-Pastors, J., Arnold, M., & Bantle, J. (2003b). Evolution of diabetes medical nutrition therapy. *Postgraduate Medical Journal*, 79(927), 30-35.
- Funnell, M., Brown, T., Childs, B., Haas, L., Hoseney, G., Jensen, B. ... Weiss, M. (2010). National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*, 33(Suppl 1), 89-96.
- García-Pérez, L., Álvarez, M., Dilla, T., Gil-Guillén, V. & Orozco-Beltrán, D. (2013). Adherence to therapies in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Therapy Journal*, 4(2), 175-94.
- Grossman, A. & Grossman, E. (2017). Blood pressure control in type 2 diabetic patients. *Cardiovascular Diabetology*, 16(3). doi: 10.1186/s12933-016-0485-3
- Haynes, R., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H. & Yao, X. (2008). Interventions for enhancing medication adherence. *The Cochrane Database Systematic Reviews*, 16(2), CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub3
- Hasnain-Wynia, R. & Wolf, M. (2010). Promoting Health Care Equity: Is Health Literacy a Missing Link? *Health Services Research*, 45(4), 897-903.
- Heisler, M. (2004). Glycemic self-monitoring and insurance coverage. *Canadian Medical Association Journal*, 171, 48-49.
- Hinzman, R., Schadaege, C. & Tran, C. (2012). What do we need beyond Hemoglobin A1C to get the complete picture of glycemic in people with diabetes? *Internacional Journal Medicine Science*, 9(8), 665-681.

- Hu, H., Hori, A., Nishiura, C., Sasaki, C., Okazaki, H., Nakagawa, T... & Dohi, S. (2016). Hba1c, Blood Pressure, and Lipid Control in People with Diabetes: Japan Epidemiology Collaboration on Occupational Health Study. *PLoS One Journal*, 11(7), e0159071. doi: 10.1371/journal.pone.0159071.
- Huizinga, M., Carlisle, A., Cavanaugh, K., Davis, D., Gregory, R., Schluntd, D. & Rothman, R. (2009). Literacy, numeracy, and portion-size estimation skills. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(4), 324-328. doi: 10.1016/j.amepre.2008.11.012.
- Huizinga, M., Beech, B., Cavanaugh, K., Elasy, T. & Rothman, R. (2008). Low numeracy skills are associated with higher BMI. *Obesity (Silver Spring)*, 16(8), 1966-1968. doi: 10.1038/oby.2008.294.
- ICN (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão 2015*. Genebra: International Council of Nurses.
- IDF (2015). *IDF Diabetes Atlas. (7ª ed)*. ISBN: 978-2-930229-81-2
- Irvine D., Sidani S. & McGillis, L. (1998) Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics*, 16, 58-64.
- Johnson, E. & Valera, S. (1995). Medical nutrition therapy in non-insulin-dependent diabetes mellitus improves clinical outcome. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetic*, 95(6), 700-701.
- Johnson, M., Griffiths, R., Piper, M. & Langdon, R. (2005). Risk factors for non-toward medication event among elders in community-based nursing caseloads in Australia. *Public Health Nursing*, 22(1), 36-44.
- Jordan, D., & Jordan, J. (2010). Self-care behaviours of Filipino-American adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 24, 250-258.
- Kearney, P., Blackwell, L., Collins, R., Keech, A., Simes, J., Peto, R., Armitage, J. & Baigent, C. (2008). Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18,686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a metaanalysis. *Lancet*, 371(9607), 117–125. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60104-X.
- Kralik, D., Price, K. & Telford, K. (2010). The meaning of self-care for people with chronic illness. *Journal Nurse Health Chronic Illn*, 2 (3), 197-204.
- Lavsa, S., Holzworth, A. & Ansani, N. (2011). Selection of a Validated Scale for Measuring Medication Adherence. *Journal of the American Pharmacists Association*, 51(1), 90-94.

- Leite, S. & Vasconcellos, M. (2003). Adesão à Terapêutica Medicamentosa: Elementos para a Discussão de Conceitos e Pressupostos Adotados na Literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 775-782.
- Lenihan, A. (1988). Identification of self-care behaviours in the elderly: A nursing assessment tool. *Journal of Professional Nursing*. 4, 285-288.
- Leung, A., Nerenberg, K., Daskalopoulou, S., McBrien, K., Zarnke, K., Dasgupta, K... & Rabi D. (2016). Hypertension Canada's 2016 Canadian Hypertension Education Program Guidelines for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention, and Treatment of Hypertension. *Canadian Journal of Cardiology*. 32(5), 569-88. doi: 10.1016/j.cjca.2016.02.066.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Mars, G.; Proot, I.; Janssen, P.; Eijk, J. & Kempen, G. (2007). How do people with COPD or diabetes type 2 experience autonomy? An exploratory study. *Disability and Rehabilitation*. 29(6), 485-93.
- Marzec, L., Maddox, T. (2013). Medication adherence in patients with diabetes and dyslipidemia: associated factors and strategies for improvement. *Current Cardiology Reports Journal*, 15(11), 418. doi:10.1007/s11886-013-0418-7.
- McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x.
- Meece, J. (2014). Improving medication adherence among patients with type 2 diabetes. *Journal of Pharmacy Practice*, 27(2), 187-194.
- Ministério da Saúde (2016a). *Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/programa-nacional-educacao-literacia-e-autocuidados/>
- Ministério da Saúde (2016b). Despacho n.º 4027-A/2016. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/73911684>

- Morisky, D., Green, L. & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67-74.
- Moss, T. (2014). The Impact of Health Literacy on Clinical Outcomes for Adults with Type 2 Diabetes Mellitus. *Advances in Diabetes and Metabolism*, 2(1), 10-19.
- Mullugeta, Y., Chawla, R., Kebede, T. & Worku, Y. (2012). Dyslipidemia Associated with Poor Glycemic Control in Type 2 Diabetes Mellitus and the Protective Effect of Metformin Supplementation. *Indian Journal of Clinical Biochemistry*, 27(4), 363–369.
- Nelson, K., Reiber, G. & Boyko, E. (2002). Diet and exercise among adults with type 2 diabetes findings from the third national health and nutrition examination survey (NHANES III). *Diabetes Care*, 25(10), 1722-1728.
- Nyatanga, L., Walker, I. & Brooke, P. (1989). Facilitating the selfcare concept using the expenhenal taxonomy: Orem hires ET. *Senior Nurse*. 9(2), 8-9.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education an communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Observatório Nacional de Diabetes (2015). *Diabetes: Factos e Números - O Ano de 2014 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – Edição de 2015*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia. ISBN: 978-989-96663-2-0
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, ISBN: 987-989-8444-30-1.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República, 2.ª série, N.º 35, 8667-8669.

- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. *Divulgar*, 1-24.
- Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of practice*. (5ª ed). St. Louis: Mosby.
- Orem, D. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*. (4ªed). St. Louis: Mosby.
- Orem, D. (1985). *Nursing: Concepts of Practice*. (3ªed). New York: McGraw Hill.
- Orem, D. (1971). *Nursing: Concepts of Practice*. New York: McGraw Hill.
- Parlamento Europeu (2011). *Resolução do Parlamento Europeu sobre as medidas para fazer face à epidemia de diabetes na EU*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i017142.pdf>
- Ortiz, L., Pérez, B., González, E., Martínez, S., Quirarte, N. & Berry, D. (2016). Self-Care Behaviors and Glycemic Control in Low-Income Adults in México With Type 2 Diabetes Mellitus May Have Implications for Patients of Mexican Heritage Living in the United States. *Clinical Nursing Research*, 25(2), 120-138.
- Pastors, J.; Warshaw, H.; Daly, A.; Franz, M. & Kulkarni, K. (2002). The evidence for the effectiveness of medical nutrition therapy in diabetes management. *Diabetes Care*, 25(3), 608-613.
- Pedro, A., Amaral, O. & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 34(3), 259–275.
- Pignone, M., DeWalt, D., Sheridan, S., Berkman, N. & Lohr, K. (2005). Interventions to improve health outcomes for patients with low Literacy. A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 185-192. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.40208.x
- Ranaud, I. (2010). O Cuidado em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 1(14), 2-8.
- Rand, C. (1993). Measuring adherence with therapy for chronic diseases: Implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *American Journal of Cardiology*, 72(10), 68D–74D.
- Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2.ª série, N.º 35, 8667-8669.

- Richard, A. & Shea, K. (2011). Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal Nurse Scholarsh*, 43(3), 255-264.
- Ross, S. (2013). Breaking down patient and physician barriers to optimize glycemic control in type 2 diabetes. *American Journal of Medicine*, 126(9 Supplement), 38-48.
- Rudd, R., Moeykens, B. & Colton, T. (1999). Health and Literacy: A review of medical and public health literature. Annual review of adult learning and Literacy. New York: Jossey-bass.
- Russel, S., Daly, J., Hughes, E. & Op't Hoog, C. (2003). Nurses and "difficult" patients: negotiating non-compliance. *Journal of Advanced Nursing*, Vol.43(3), 281-287.
- Saboga-Nunes, L., Sørensen, K., Pelikan, J., Cunha, M., Rodrigues, E. & Paixão, E. (2014a). *Cross-Cultural Adaptation and Validation to Portuguese of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT)*. *Atencion Primaria*, 46(especial congresso), p. 13.
- Saboga-Nunes, L., Sørensen, K. & Pelikan, J. (2014b). Hermenêutica da Literacia em Saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). *in 40 anos de democracia(s): progressos, contradições e prospetivas*. Atas do VIII Congresso Português de Sociologia, Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia. ISBN: 978-989-97981-2-0. Disponível em http://www.aps.pt/viii_congresso/actas.php?area=actas&m=1
- Sayah, F., Majumdar, S., Williams, B., Robertson, S. & Johnson, J. (2012). Health Literacy and Health Outcomes in Diabetes: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 28(3), 444-452
- Secretaria Regional dos Assuntos Sociais (2012). Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde 2011-2016. Funchal: SRAS
- Seligman, H., Wang, F., Palacios, J., Wilson, C., Daher, C., Piette, J. & Schillinger, D. (2005). Physician notification of their diabetes patients' limited health literacy. A randomized, controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, 20(11), 1001–1007. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.00189.x.
- Shrestha, S., Shakya, R., Karmacharya, B. & Thapa P. (2013). Medication adherence to oral hypoglycemic agents among type II diabetic patients and their clinical outcomes with special reference to fasting blood glucose

- and glycosylated hemoglobin levels. *Kathamandu University Medicine Journal*, 11(43), 226-232.
- Sidani S. (2011). Self-care. In Doran D. *Nursing Outcomes: the state of science*. 2ª ed. (pp. 79-130). USA: Jones & Bartlett Publishers.
- Smith, S., Dixon, A., Trevena, L., Nutbeam, D. & McCaffery, K. (2009). Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. *Social Science & Medicine*. 69 (12), 1805-1812.
- Sørensen, k., Pelikan, J., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G... & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 1–6. doi:10.1093/eurpub/ckv043
- Sørensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12:80.
- Toobert, D., Hampson, S. & Glasgow, R. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*, 23(7), 943-950.
- Vijan, S., Stuart, N., Fitzgerald, J., Ronis, D., Hayward R., Slater, S. & Hofer T. (2005). Barriers to following dietary recommendations in Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 22(1), 3238.
- Weiss, B., Mays, M., Martz, W., Castro, K., DeWalt, D. Pignone, M., Mockbee, J. & Hale, F. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522.
- White, R., Wolff, K., Cavanaugh, K. & Rothman, R. (2010). Addressing Health Literacy and Numeracy to Improve Diabetes Education and Care. *Diabetes Spectrum*, 23(4), 238-243. doi: 10.2337/diaspect.23.4.238
- Wing, R., Epstein, L., Paternostro-Bayles, M., Kriska, A., Nowalk, M., & Gooding, W. (1988). Exercise in a behavioural weight control programme for obese patients with Type 2 (noninsulin-dependent) diabetes. *Diabetologia*, 31(12), 902-909.
- World Health Organization (2016). *Global Report on Diabetes*. Geneva: World Health Organization, ISBN 978 92 4 156525 7

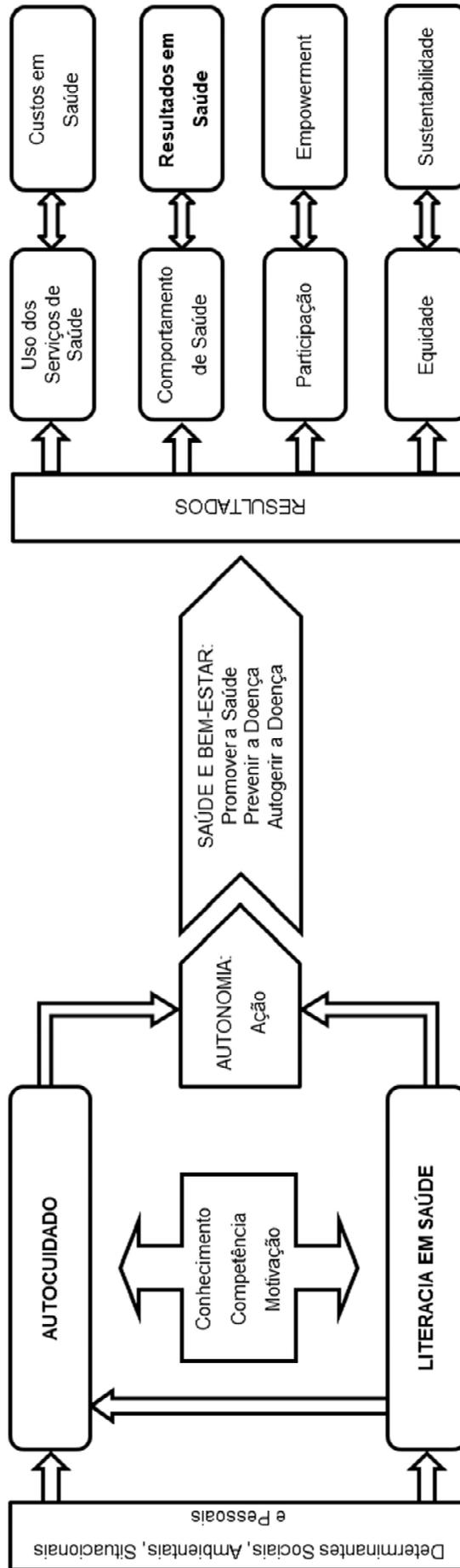
- World Health Organization (2014). *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva: World Health Organization, ISBN 978 92 4 156485 4
- World Health Organization (2013a). *Global Action Plan - For The Prevention And Control Of Noncommunicable Diseases*. Geneva: OMS. Retrieved from <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>
- World Health Organization (2013b). *Health literacy The solid facts*. Copenhagen: World Health Organization, ISBN: 978 92 890 00154
- World Health Organization (2009). Self-care in the Context of Primary Health Care. *Report of the Regional Consultation Bangkok, Thailand, 7–9*
- World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Geneva: OMS. Retrieved from
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A. & Greer, D. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203. doi: 10.1093/heapro/dah609

APÊNDICES

APÊNDICE I

Sugestão de diagrama das relações entre Autocuidado, Literacia em Saúde e Resultados em Saúde

Sugestão de diagrama das relações entre Autocuidado, Literacia em Saúde e Resultados em Saúde



APÊNDICE II

Instrumento de Colheita de Dados

DADOS CLINICOS

9. Há quanto tempo lhe foi diagnosticada a Diabetes? _____ Anos

10. IMC _____ Kg/m²

11. Hemoglobina glicada (HbA1c) _____ %; Data da análise: ____/____/____

12. Colesterol LDL _____ mg/dl; Data da análise: ____/____/____

13. Tensão Arterial _____ (Máxima)/ _____ (Mínima) mmHg

14. Que tipo de tratamento faz para controlar a Diabetes?

(1) Só Dieta (2) Antidiabéticos Orais (ADO) (3) Insulina (4) ADO + Insulina

15. Tem alguma doença associada?

(1) Nenhuma (2) Hipertensão Arterial (3) Dislipidemia (4) Insuficiência Cardíaca

(5) Outra _____

16. Tem alguma complicação da Diabetes?

(1) Nenhuma (2) Retinopatia (Doença dos Olhos) (3) Nefropatia (Doença dos Rins)

(4) Pé diabético (5) Arteriopatia (Doença das artérias que irrigam as pernas)

(6) AVC (Acidente Vascular Cerebral) (7) Doença Coronária (Doença das artérias do coração)

(8) Amputação de dedos do pé ou pé (9) Amputação da perna (10) Outra

17. No último ano foi consultado pelo:

(1) Oftalmologista (2) Nefrologista (3) Cardiologista

(4) Endocrinologista (5) Enfermeiro para observação dos pés (6) Nenhum

18. Já esteve internado no hospital por descompensação da Diabetes? (1) Sim (2) Não

18.1. Se respondeu sim à questão anterior, quantas vezes já esteve internado? _____ Vezes.

18.1.1. Há quanto tempo foi o último internamento? _____ Meses.

II PARTE

GRUPO I - ESCALA DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a diabetes durante os últimos sete dias. Se esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente.

1. ALIMENTAÇÃO GERAL	Nº de dias							
1.1 Em quantos dos últimos sete dias seguiu uma alimentação saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.2 Em média, durante o último mês, quantos dias por semana seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.3 Em quantos dos últimos sete dias comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	0	1	2	3	4	5	6	7
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA								
2.1 Em quantos dos últimos sete dias comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.2 Em quantos dos últimos sete dias comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.3 Em quantos dos últimos sete dias misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.4 Em quantos dos últimos sete dias consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.5 Em quantos dos últimos sete dias consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.6 Em quantos dos últimos sete dias comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.7 Em quantos dos últimos sete dias adoçou as suas bebidas com açúcar?	0	1	2	3	4	5	6	7
3. ATIVIDADE FÍSICA								
3.1 Em quantos dos últimos sete dias praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar).	0	1	2	3	4	5	6	7
3.2 Em quantos dos últimos sete dias participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6	7
4. MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA								
4.1 Em quantos dos últimos sete dias avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6	7
4.2 Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	0	1	2	3	4	5	6	7
5. CUIDADOS COM OS PÉS								
5.1 Em quantos dos últimos sete dias examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.2 Em quantos dos últimos sete dias lavou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.3 Em quantos dos últimos sete dias secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	0	1	2	3	4	5	6	7
6. MEDICAMENTOS								
6.1 Em quantos dos últimos sete dias, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7
OU (se insulina e comprimidos):								
6.2 Em quantos dos últimos sete dias tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	0	1	2	3	4	5	6	7
6.3 Em quantos dos últimos sete dias tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7
7. HÁBITOS TABÁGICOS								

7.1 Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos sete dias?

(1) Não

(2) Sim

7.1.1. Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____

7.1.2. Quando fumou o seu último cigarro?

(1) Nunca fumou

(2) Há mais de dois anos atrás

(3) Um a dois anos atrás

(4) Quatro a doze meses atrás

(5) Um a três meses atrás

(6) No último mês

(7) Hoje

GRUPO II - MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre 1	Quase Sempre 2	Com Frequencia 3	Por Vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre 1	Quase Sempre 2	Com Frequencia 3	Por Vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre 1	Quase Sempre 2	Com Frequencia 3	Por Vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre 1	Quase Sempre 2	Com Frequencia 3	Por Vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre 1	Quase Sempre 2	Com Frequencia 3	Por Vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre 1	Quase Sempre 2	Com Frequencia 3	Por Vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma razão que não seja a indicação do médico?

Sempre 1	Quase Sempre 2	Com Frequencia 3	Por Vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

III PARTE

QUESTIONÁRIO EUROPEU DE LITERACIA EM SAÚDE – PORTUGAL (HLS-EU-PT)

GRUPO I - QUESTIONÁRIO EUROPEU DE LITERACIA EM SAÚDE

Na escala de Muito Difícil (1); Difícil (2); Fácil (3); Muito Fácil (4) e Não Sei (5), qual o grau de dificuldade que sente a:

1. Encontrar informação sobre os sintomas de doenças que o/a preocupam?	1	2	3	4	5
2. Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o/a preocupam?	1	2	3	4	5
3. Saber mais sobre o que fazer em caso de uma emergência médica?	1	2	3	4	5
4. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando esta doente?	1	2	3	4	5
5. Compreender o que o seu médico lhe diz?	1	2	3	4	5
6. Compreender o folheto que vem com o medicamento?	1	2	3	4	5
7. Compreender o que fazer numa emergência médica?	1	2	3	4	5
8. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	1	2	3	4	5
9. Avaliar como e que a informação do seu médico se aplica ao seu caso?	1	2	3	4	5
10. Avaliar as vantagens e desvantagens das diferentes opções de tratamento?	1	2	3	4	5
11. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	1	2	3	4	5
12. Avaliar se a informação sobre a doença, nos meios de comunicação, e de confiança?	1	2	3	4	5
13. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	1	2	3	4	5
14. Cumprir as instruções sobre a medicação?	1	2	3	4	5
15. Chamar uma ambulância em caso de emergência?	1	2	3	4	5
16. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	1	2	3	4	5
17. Encontrar informação para lidar com os comportamentos que afetam a sua saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	1	2	3	4	5
18. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	1	2	3	4	5
19. Encontrar informação sobre vacinas e os exames que pode fazer?	1	2	3	4	5
20. Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as situações como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?	1	2	3	4	5
21. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	1	2	3	4	5
22. Compreender porque precisa de vacinas?	1	2	3	4	5
23. Compreender porque precisa de fazer rastreios?	1	2	3	4	5
24. Avaliar em que medida são fiáveis os avisos relativos a saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	1	2	3	4	5
25. Avaliar quando precisa de ir ao médico para fazer um check-up ou um exame geral de saúde?	1	2	3	4	5
26. Avaliar que vacinas pode necessitar?	1	2	3	4	5
27. Avaliar que exames médicos deve fazer?	1	2	3	4	5
28. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde e de confiança?	1	2	3	4	5
29. Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe?	1	2	3	4	5
30. Decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?	1	2	3	4	5
31. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	1	2	3	4	5
32. Encontrar informação sobre atividades saudáveis, como a atividade física, a alimentação saudável e a nutrição?	1	2	3	4	5
33. Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?	1	2	3	4	5
34. Encontrar informação sobre como e que a sua zona residencial pode ser mais amiga da saúde?	1	2	3	4	5
35. Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?	1	2	3	4	5
36. Saber mais sobre as formas de promover a sua saúde no trabalho?	1	2	3	4	5
37. Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?	1	2	3	4	5
38. Compreender a informação nas embalagens de alimentos?	1	2	3	4	5
39. Compreender a informação nos meios de comunicação em como se manter mais saudável?	1	2	3	4	5
40. Compreender a informação em como manter uma mente saudável?	1	2	3	4	5
41. Avaliar a forma como o local onde vive pode afetar a sua saúde e bem-estar?	1	2	3	4	5
42. Avaliar a forma como as suas condições de habitação o podem ajudar a manter-se saudável?	1	2	3	4	5
43. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	1	2	3	4	5
44. Tomar decisões para melhorar a sua saúde?	1	2	3	4	5
45. Integrar um clube desportivo ou uma aula de ginástica se desejar?	1	2	3	4	5
46. Influenciar as condições da sua vida que afetam a sua saúde e bem-estar?	1	2	3	4	5
47. Participar em atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade?	1	2	3	4	5

GRUPO II - NEWEST VITAL SIGN

Instruções: entregar o rótulo e dar 1 minuto para o entrevistado se familiarizar com o mesmo.

Ler: Considere a título de exemplo o rótulo a seguir apresentado, existente nas embalagens dos alimentos. Este rótulo dá-lhe o tipo de informação que pode encontrar na parte de trás de uma embalagem de gelado. Por favor, faça uma boa leitura das informações que este rótulo contém. As respostas a todas as questões que se seguem podem ser encontradas neste rótulo. Não se preocupe se não pode responder a todas as perguntas. Algumas delas foram planeadas com alguma complexidade e podem ser difíceis e nem todos os inquiridos lhes respondem.

Se o entrevistado parecer hesitar perguntar "quer que explique de novo?" Se persistir a dificuldade responder "tudo bem, não se preocupe, algumas perguntas são mais complicadas do que outras. Vejamos a seguinte. Por favor, dedique o tempo que precisar para responder a cada pergunta". Os participantes podem voltar atrás e corrigir alguma resposta se entretanto se aperceberam que se enganaram (mas não diga isto até ele entender que o deve fazer).

	CORRETO	INCORRETO
1. Se comer uma embalagem inteira quantas calorias vai consumir? Resposta: 1000kcal.	1000kcal.	Outra Resposta Não Sabe / Não Responde
2. Se somente puder comer 60 gr de hidratos de carbono entre as principais refeições, quantas porções de gelado poderá comer no máximo? Resposta: 2 porções ou ½ embalagem ou 200ml.	2 Porções ou ½ embalagem ou 200ml	Outra Resposta Não Sabe / Não Responde
3. O seu médico aconselhou-o/a a reduzir a quantidade de gordura saturada na sua dieta. Geralmente consome 42gr de gordura saturada por dia, que inclui uma porção de gelado. Se deixar de comer gelado, quantos gramas de gordura saturada consumiria por dia? Resposta: 33gr.	33gr	Outra Resposta Não Sabe / Não Responde
4. Se geralmente come 2500 calorias por dia, qual a percentagem do seu valor diário de calorias que consumiria se comesse uma porção de gelado? Resposta: 10%.	10%	Outra Resposta Não Sabe / Não Responde
5. Suponha que é alérgico às seguintes substâncias: penicilina, amendoins, luvas de látex e picadas de abelhas. É seguro para si comer este gelado? Resposta: Não.	Não	Sim Não Sabe / Não Responde
6. Se respondeu não à pergunta anterior, indique a razão: Resposta: Porque tem óleo de amendoim.		
Número de respostas corretas		

Interpretação:

Pontuação de 0-1 sugere elevada probabilidade (50% ou mais) de literacia limitada.

Pontuação de 2-3 indica a possibilidade de literacia limitada.

Pontuação de 4-6 quase sempre indica literacia adequada.

Muito obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICE III

Informação e Consentimento Informado ao Sujeito da Investigação

INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA INVESTIGAÇÃO

Título: Literacia em Saúde e Autocuidado no Adulto com Diabetes *Mellitus* Tipo 2 em Contexto Comunitário.

Investigador: Gregório Magno de Vasconcelos de Freitas.

Orientadora: Professora Doutora Maria Adriana Pereira Henriques.

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, o mestrando Gregório Magno de Vasconcelos de Freitas está a desenvolver um estudo sobre a Literacia em Saúde e o Autocuidado no Adulto com Diabetes *Mellitus* Tipo 2 em Contexto Comunitário. Neste sentido, é-lhe pedido o consentimento para responder a questões sobre si e sobre a sua saúde.

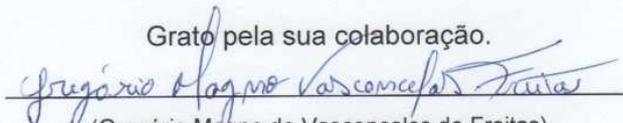
Este estudo será realizado numa amostra de pessoas residentes na Região Autónoma da Madeira. Não existem riscos associados à realização do estudo, nem receberá nenhum benefício imediato por participar neste. No entanto, a informação recolhida será útil para melhor compreender a diabetes e o que a influencia e contribuir para o planeamento de cuidados futuros. A sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com exceção do tempo necessário para a realização do questionário.

A informação fornecida será recolhida e analisada de forma confidencial e anónima e será utilizada apenas no âmbito deste projeto. Não há identificação do seu nome em nenhum questionário. Todos os relatórios e materiais pertencentes a este estudo serão mantidos confidenciais. É possível que os resultados deste estudo sejam divulgados e/ou publicados no futuro respeitando sempre o anonimato e a confidencialidade dos mesmos.

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária. Pode recusar participar. Se decidir não participar, não terá qualquer tipo de repercussões.

Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante, pode contactar o investigador por correio eletrónico: gmfreitas@campus.esel.pt ou telefonicamente para o telemóvel 927844248.

Grato pela sua colaboração.


(Gregório Magno de Vasconcelos de Freitas)

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Entendo que toda a informação derivada do estudo sobre Literacia em Saúde e Autocuidado no Adulto com Diabetes *Mellitus* Tipo 2 em Contexto Comunitário é propriedade da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Dou o meu consentimento para que dados anónimos a meu respeito possam ser guardados e processados para fins académicos e científicos. Li (Foi-me lida) a informação ao sujeito da investigação. Entendo o significado desta informação, e as minhas perguntas foram satisfatoriamente respondidas. Tive tempo suficiente para decidir sobre a participação neste estudo. Venho por este meio aprovar a minha participação e consentir a recolha, uso e revelação de informação. Irei receber uma cópia deste documento de consentimento informado assinada e datada.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do Inquiridor: _____

Data: ____/____/____

.....

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Entendo que toda a informação derivada do estudo sobre Literacia em Saúde e Autocuidado no Adulto com Diabetes *Mellitus* Tipo 2 em Contexto Comunitário é propriedade da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Dou o meu consentimento para que dados anónimos a meu respeito possam ser guardados e processados para fins académicos e científicos. Li (Foi-me lida) a informação ao sujeito da investigação. Entendo o significado desta informação, e as minhas perguntas foram satisfatoriamente respondidas. Tive tempo suficiente para decidir sobre a participação neste estudo. Venho por este meio aprovar a minha participação e consentir a recolha, uso e revelação de informação. Irei receber uma cópia deste documento de consentimento informado assinada e datada.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do Inquiridor: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE IV

Carta de apresentação e considerações aquando da seleção dos
sujeitos e aplicação do instrumento de colheita de dados

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Caro(a) colega

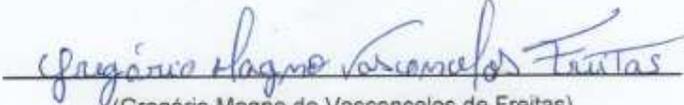
A Enfermagem como Área Científica do Conhecimento necessita de contínuo e sistematizado processo de incremento do seu corpo de conhecimentos. A investigação e o conhecimento científico, enquanto processo, são fundamentais. E porque o conhecimento em enfermagem nasce, não só da investigação mas também, da prática clínica, é fundamental o envolvimento dos profissionais da prática nas dinâmicas desenvolvidas na pesquisa.

Deste modo, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, eu, Gregório Magno de Vasconcelos de Freitas, estou a desenvolver um estudo sobre a Literacia em Saúde e o Autocuidado no Adulto com Diabetes *Mellitus* Tipo 2 em Contexto Comunitário, e venho solicitar-lhe colaboração para a fase de colheita de dados, ou seja, na seleção dos sujeitos e na aplicação do instrumento de colheita de dados. O tempo previsto para o preenchimento do questionário é de aproximadamente 30 minutos uma vez que para operacionalizar as variáveis em estudo recorreremos a três escalas, para além dos dados sociodemográficos e clínicos. As informações mais detalhadas sobre os critérios de seleção dos sujeitos e sobre a aplicação do instrumento de colheita de dados encontram-se no documento anexo.

Não são previstos benefícios imediatos ou individuais para quem colaborar nesta colheita, no entanto, a informação recolhida será útil para melhor compreender o adulto com Diabetes *Mellitus* Tipo 2 e os fatores que influenciam esta patologia e contribuir para o futuro planeamento de cuidados. A sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas, com exceção do tempo necessário para selecionar os sujeitos e aplicar o questionário. Comprometo-me a prestar o necessário apoio durante a colheita de dados, pessoalmente ou através do correio eletrónico: gregoriomagnofreitas@gmail.com, ou do número 927844248, e dar a conhecer os resultados obtidos no final do estudo.

Certo da vossa compreensão sobre a fundamental colaboração nesta fase do estudo, desde já, agradeço a disponibilidade e atenção demonstradas.

Com os mais cordiais cumprimentos,


(Gregório Magno de Vasconcelos de Freitas)

Algumas considerações aquando da seleção dos sujeitos e aplicação do instrumento de colheita de dados

Seleção dos sujeitos:

A população alvo é constituída por todos os adultos com Diabetes *Mellitus* Tipo 2 residentes na RAM e inscritos nos respetivos centros de saúde concelhio. Agradeço a contabilização de todos os indivíduos inscritos no Centro de Saúde, que cumpram com os critérios de inclusão, de modo a termos a noção da dimensão da população. A amostra será intencional e constituída pelas pessoas acessíveis à data da avaliação e segundo os critérios de inclusão considerados:

- ✓ ter o diagnóstico médico de Diabetes *Mellitus* Tipo 2 há um ou mais anos;
- ✓ idade igual ou superior a dezanove e inferior a sessenta e cinco anos (19 – 64);
- ✓ com capacidade visual suficiente para ler o instrumento a ser aplicado e
- ✓ funções cognitivas que permitam a interação com o entrevistador.

Atenção que, deverá aceder ao processo clínico do sujeito antes de o contactar para a aplicação do questionário, isto porque se não estiverem disponíveis os valores da HbA1c e do colesterol LDL deverá optar por outro sujeito com a devida informação. Se disponíveis estes dados, por favor colocar há quanto tempo (meses) foram medidos. Outros dados (peso, altura, TA), mesmo que não disponíveis no processo clínico, podem ser medidos no momento da aplicação do questionário.

Aplicação do instrumento de colheita de dados:

Por favor, leia ou dê a ler a informação ao sujeito e, se este aceitar participar no estudo, disponibilize o consentimento informado para que possa ler ou ser-lhe lido e assinar. Deverá entregar um ao sujeito e arquivar a cópia, ambos devidamente datados e assinados pelo sujeito e por si.

O instrumento inicia com um número de ordem que é preenchido, após a aplicação do questionário, pelo investigador principal. Assim, deverá colocar a data e identificar o centro de saúde e respetivo código.

Por favor atenda a que todas as questões são devidamente respondidas evitando a futura inutilização do questionário. O questionário poderá ser autopreenchido (se o inquirido assim o entender) com o seu apoio, ou poderá ser aplicado por si.

Na **PARTE** do questionário, nos dados sociodemográficos e clínicos, uma vez que terá de consultar o processo do sujeito para aceder aos dados clínicos, alguma informação poderá ser registada nessa altura diminuindo o tempo disponibilizado pelo inquirido para responder ao questionário (género, idade, peso, altura, TA, HbA1c, colesterol). Se algum dado não estiver disponível no processo clínico, então deverá colher no momento (peso, altura, TA).

A **II PARTE** integra a **ESCALA DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES** (Bastos, F. & Lopes, C., 2004), que questiona sobre os cuidados que a pessoa teve com a diabetes durante os últimos sete dias. Assim, será utilizada para avaliar a adesão ao regime terapêutico, nomeadamente a alimentação geral, a alimentação específica, a atividade física, a monitorização da glicemia, os cuidados com os pés, os medicamentos e aos hábitos tabágicos. O nível de adesão, por dimensão, é obtido pela soma dos itens e dividido pelo número destes. Os resultados (médias) são expressos em dias por semana. Nesta, o inquirido para responder deverá reportar-se aos cuidados que teve com a diabetes durante os últimos **sete** dias, e se esteve doente durante os últimos **sete** dias, deverá reportar-se aos últimos **sete** dias em que não esteve doente.

Ainda nesta parte, para complementar a avaliação da adesão ao regime medicamentoso, recorreremos à **Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)** (Delgado, A. & Lima, M., 2001). Esta é composta por 7 itens e trata-se de um instrumento que inclui respostas em escala do tipo *likert* de 6 pontos, (1) Sempre; (2) Quase sempre; (3) Com frequência; (4) Por vezes; (5) Raramente e (6) Nunca. A cotação faz-se através do somatório de todos os itens e dividindo pelo número de itens. Os valores mais elevados significam maior nível de adesão.

A **III PARTE** é constituída pelo **QUESTIONÁRIO EUROPEU DE LITERACIA EM SAUDE – PORTUGAL (HLS-EU-PT)** (Saboga-Nunes, L. & Sorensen, K., 2013) para identificar os diferentes níveis de Literacia em Saúde (LS). Constituído por quarenta e sete questões sendo as respostas obtidas através de uma escala do tipo *likert* de 4 pontos, Muito Difícil (1); Difícil (2); Fácil (3) e Muito Fácil (4), na qual a pessoa diz o grau de dificuldade que sente na realização de tarefas relevantes na gestão da sua saúde. O instrumento integra três domínios da saúde, nomeadamente cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença, e quatro níveis de processamento da informação, acesso, compreensão, avaliação e utilização, essenciais à tomada de decisão. A cotação faz-se através do somatório de todos os itens e dividindo pelo número de itens. Os valores mais elevados significam maior nível de LS, ou seja, excelente, suficiente, problemática e inadequada.

Esta terceira parte é constituída também pela **NEWEST VITAL SIGN** (Weiss *et al*, 2005), onde o inquirido analisa informação retirada de um rótulo de uma embalagem de gelado e posteriormente responde a seis questões colocadas pelo inquiridor sobre essa informação. Chegada a esta fase do questionário deve entregar o rótulo e dar 1 minuto para o inquirido se familiarizar com o mesmo. Depois leia: "considere a título de exemplo o rótulo apresentado, existente nas embalagens dos alimentos. Este rótulo dá-lhe o tipo de informação que pode encontrar na parte de trás de uma embalagem de gelado. Por favor, faça uma boa leitura das informações que este rótulo contém. As respostas a todas as questões que se seguem podem ser encontradas neste rótulo. Não se preocupe se não pode responder a todas as perguntas. Algumas delas foram planeadas com alguma complexidade e podem ser difíceis e nem todos os inquiridos lhes respondem."

Se o inquirido parecer hesitar perguntar "quer que explique de novo?" Se persistir a dificuldade responder "tudo bem, não se preocupe, algumas perguntas são mais complicadas do que outras. Vejamos a seguinte. Por favor, dedique o tempo que precisar para responder a cada pergunta". Os participantes podem voltar atrás e corrigir alguma resposta se entretanto se aperceberam que se enganaram (mas não diga isto até ele entender que o deve fazer). O inquirido não deve ter acesso (ler) às questões, estas são colocadas pelo inquiridor.

Após a aplicação do questionário:

Terminada a aplicação do questionário deve coloca-lo num envelope (fornecido pelo investigador principal) juntamente com os outros questionários já preenchidos e o respetivo consentimento informado noutro envelope (fornecido pelo investigador principal) com os outros consentimentos informados.

Estas considerações podem ser complementadas com a leitura do protocolo de estudo em anexo, ou contactando o investigador principal através dos contactos já disponibilizados.

APÊNDICE V

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

		n (%)
Género	Masculino	59 (42,8%)
	Feminino	79 (57,2%)
	Total	138 (100%)
Faixa etária	26-35	1 (0,7%)
	36-45	3 (2,2%)
	46-55	41 (29,7%)
	56-65	93 (67,4%)
	Total	138 (100%)
Estado civil	Solteiro(a)	14 (10,1%)
	Casado/União de facto	100 (72,5%)
	Divorciado(a)	11 (8%)
	Viúvo(a)	13 (9,4%)
	Total	138 (100%)
Escolaridade	Sem escolaridade	6 (4,3%)
	Até 4º ano	96 (69,6%)
	5º ou 6º ano	15 (10,9%)
	7º ao 9º ano	7 (5,1%)
	10º ao 12º ano	8 (5,8%)
	Licenciatura	6 (4,3%)
	Mestrado	0 (0%)
	Doutoramento	0 (0%)
	Total	138 (100%)
Situação profissional	Exerce uma profissão, mesmo que não remunerada, para uma pessoa de família	1 (0,7%)
	Empregado a tempo completo	37 (26,8%)
	Empregado a tempo parcial	6 (4,3%)
	Desempregado	13 (9,4%)
	Estudante	0 (0%)
	Reformado	37 (26,8%)
	Incapacidade permanente	20 (14,5%)
	Serviço militar ou comunitário	0 (0%)
	Dono de casa a tempo inteiro	22 (15,9%)
	Estágio profissional	0 (0%)
	Inativo	1 (0,7%)
	Outro	1 (0,7%)
	Total	138 (100%)
Com quem vive	Sozinho	13 (9,4%)
	Cônjuge/Companheiro	44 (31,9%)
	Família nuclear	69 (50%)
	Outro	12 (8,7%)
	Total	138 (100%)

APÊNDICE VI

Tabela 2 – Distribuição da amostra pela frequência com que são satisfeitas
algumas necessidades básicas

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não responde	Total
Necessidades	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Alimentação	83(60,1%)	27(19,6%)	22(15,9%)	5(3,6%)	0(0%)	1(0,7%)	138(100%)
Habitação	98(71%)	22(15,9%)	14(10,1%)	3(2,2%)	0(0%)	1(0,7%)	138(100%)
Saúde	62(44,9%)	38(27,5%)	32(23,2%)	6(4,3%)	0(0%)	0(0%)	138(100%)
Educação	51(40,5%)	14(11,1%)	21(16,7%)	3(2,4%)	1(0,8%)	36(28,6%)	126(100%)
Férias	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(0,7%)	0(0%)	137(99,3%)	138(100%)

APÊNDICE VII

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo o controlo da DMT2

		n (%)
Controlo da DM	Controlada e análise da HbA1c atualizada	41 (31,5%)
	Controlada e análise da HbA1c desatualizada	11 (8,5%)
	Não controlada e análise da HbA1c atualizada	49 (37,7%)
	Não controlada e análise da HbA1c desatualizada	29 (22,3%)
	Sem dados	8 (5,8%)
Total		138 (100%)

Apêndice VIII

Tabela 4 - Distribuição da amostra pelas classes do IMC

		n (%)
IMC (Classes)	Peso Normal	9 (6,5%)
	Pré-obesidade	61 (44,2%)
	Obesidade Grau I	41 (29,7%)
	Obesidade Grau II	18 (13%)
	Obesidade Grau III	8 (5,8%)
	Sem dados	1 (0,7%)
Total		138 (100%)

Apêndice IX

Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo a classificação do LDL e tensão arterial

		n (%)
Classificação do LDL	Normal	66 (48%)
	Elevado	61 (44%)
	Sem dados	11 (8%)
	Total	138 (100%)
Classificação da tensão arterial	Ótima	14 (10,1%)
	Normal	31 (22,5%)
	Normal Alta	36 (26,1%)
	HTA Grau I	38 (27,5%)
	HTA Grau II	17 (12,3%)
	HTA Grau III	2 (1,4%)
	Total	138 (100%)

Apêndice X

Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo as comorbidades

		n (%)
Número de comorbidades	Nenhuma	27 (19,6%)
	1	70 (50,7%)
	2	39 (28,3%)
	3	2 (1,4%)
	Total	138 (100%)

Comorbidades	HTA	86 (77,5%)
	Dislipidémia	42 (37,8%)
	Insuficiência cardíaca	2 (1,8%)
	Bócio	1 (0,9%)
	Alzheimer	1 (0,9%)
	Depressão	2 (1,8%)
	Esquizofrenia	1 (0,9%)
	Fibromialgias	1 (0,9%)
	Gota	2 (1,8%)
	Hipertiroidismo	1 (0,9%)
	Hipotiroidismo	3 (2,7%)
	Insuficiência cardíaca	10 (9%)
	Neoplasia renal	1 (0,9%)
Osteoartrose na anca	1 (0,9%)	

	HTA						
		Não		Sim		Total	
		n	%	n	%	n	%
Dislipidémia	Não	37	26,8%	59	42,8%	96	69,6%
	Sim	15	10,9%	27	19,6%	42	30,4%
	Total	52	37,7%	86	62,3%	138	100,0%

Apêndice XI

Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo a ocorrência de complicações e frequência de consultas de vigilância

		n (%)
Complicações da diabetes	Sim	36 (26,1%)
	Não	102 (73,9%)
	Total	138 (100%)
Complicações da diabetes	Retinopatia	16 (44,4%)
	Nefropatia	10 (27,8%)
	Pé diabético	4 (11,1%)
	Arteriopatia	5 (13,9%)
	AVC	5 (13,9%)
	Doença coronária	7 (19,4%)
	Amputação de dedos do pé ou do pé	4 (11,1%)
Consultas nos últimos 12 meses	Oftalmologista	45 (32,6%)
	Nefrologista	11 (8%)
	Cardiologista	25 (18,1%)
	Endocrinologista	20 (14,5%)
	Enfermeiro para observação dos pés	90 (65,2%)
	Nenhum	25 (18,1%)

Apêndice XII

Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo a dimensão e o nível de LS

Níveis de LS	Inadequada	Problemática	Suficiente	Excelente	Total
Domínios de LS	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
LS geral	27 (19,7%)	62 (45,3%)	33 (24,1%)	15 (10,9%)	137 (100%)
LS cuidados de saúde	32 (23,4%)	49 (35,8%)	43 (31,4%)	13 (9,5%)	137 (100%)
LS prevenção da doença	23 (16,9%)	45 (33,1%)	50 (36,8%)	18 (13,2%)	136 (100%)
LS promoção da saúde	40 (29,9%)	45 (33,6%)	36 (26,9%)	13 (9,7%)	134 (100%)

Apêndice XIII

Tabela 9 – Níveis de Literacia em Saúde segundo a situação profissional

Situação profissional	Literacia em saúde geral (Score HLS)		Literacia de cuidados de saúde (Score HLS)		Literacia de prevenção da doença (Score HLS)		Literacia de promoção da saúde (Score HLS)	
	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%
Exerce uma profissão para uma pessoa de família	29,8		26,2 (7,9)	22,5 - 29,9	30,2		23,6 (9,3)	19,2 - 27,9
Empregado tempo completo	33,4 (9,4)	30,2 - 36,6	31,3 (6,8)	28,3 - 34,4	33,4 (8,7)	30,5 - 36,3	31,6 (7,2)	28,4 - 34,8
Empregado tempo parcial	33,3 (7,4)	25,5 - 41	34,1		33,6 (9)	24,1 - 43,1	32,3 (0)	0 - 0
Desempregado	31,9 (5)	28,9 - 34,9	32,5		32,2 (4,3)	29,6 - 34,7	35,7 (0)	0 - 0
Reformado	30,2 (8,5)	27,4 - 33,1	31 (8,2)	29,6 - 32,4	30,5 (9,1)	27,4 - 33,5	30,8 (8,7)	29,3 - 32,2
Incapacidade permanente	26,2 (7,9)	22,5 - 29,9	30,2		23,6 (9,3)	19,2 - 27,9	30 (0)	0 - 0
Dono de casa a tempo inteiro	31,3 (6,8)	28,3 - 34,4	33,4 (8,7)	30,5 - 36,3	31,6 (7,2)	28,4 - 34,8	34,7 (9,6)	31,4 - 38
Inativo	34,1		33,6 (9)	24,1 - 43,1	32,3 (0)		32,2 (8,9)	22,9 - 41,5
Outro	32,5		32,2 (4,3)	29,6 - 34,7	35,7 (0)		33,2 (6,7)	29,1 - 37,2
Total	31 (8,2)	29,6 - 32,4	30,5 (9,1)	27,4 - 33,5	30,8 (8,7)	29,3 - 32,2	32,4 (7,5)	29,9 - 34,8
ANOVA (F; p)	F _(8,128) =1,429; p=0,19		F _(8,128) =2,505; p=0,015		F _(8,127) =1,196; p=0,307		F _(8,125) =1,113; p=0,359	

Apêndice XIV

Tabela 10 – Literacia em saúde segundo a frequência com que satisfaz as
necessidades de saúde

Saúde	Literacia em saúde geral (Score HLS)		Literacia de cuidados de saúde (Score HLS)		Literacia de prevenção da doença (Score HLS)		Literacia de promoção da saúde (Score HLS)	
	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%
Sempre	33,3 (7,3)	31,4 - 35,2	33,5 (7,8)	31,5 - 35,5	34,3 (7,2)	32,5 - 36,2	31,4 (8,5)	29,2 - 33,6
Quase sempre	28,9 (9,9)	25,6 - 32,1	28,5 (10,6)	25 - 32	30,5 (9,5)	27,4 - 33,6	27,7 (11,9)	23,8 - 31,6
Às vezes	29,2 (7,4)	26,5 - 31,9	28,2 (7,3)	25,6 - 30,9	31,2 (7,9)	28,4 - 34,1	28,6 (8,5)	25,5 - 31,8
Raramente	30,3 (4,1)	26 - 34,6	30,9 (4,3)	26,4 - 35,4	31,1 (4,6)	26,3 - 35,9	28,9 (4,2)	24,6 - 33,3
Total	31 (8,2)	29,6 - 32,4	30,8 (8,7)	29,3 - 32,2	32,4 (8,1)	31 - 33,8	29,6 (9,5)	28 - 31,2
ANOVA (F; p)	F _(3;133) =3,099; p=0,029		F _(3;133) =3,943; p=0,01		F _(3;132) =2,165; p=0,095		F _(3;130) =1,335; p=0,266	

Apêndice XV

Tabela 11 – Literacia em saúde segundo a frequência com que satisfaz as
necessidades de educação

Educação	Literacia em saúde geral (Score HLS)		Literacia de cuidados de saúde (Score HLS)		Literacia de prevenção da doença (Score HLS)		Literacia de promoção da saúde (Score HLS)	
	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%
Sempre	33,8 (7,1)	31,8 - 35,8	33,2 (7,6)	31 - 35,3	35,4 (7)	33,5 - 37,4	32,5 (8,6)	30 - 35
Quase sempre	31,4 (9,2)	26,1 - 36,8	31,3 (10,7)	25,1 - 37,5	32,7 (8,8)	27,7 - 37,8	30,5 (9,4)	25,1 - 35,9
Às vezes	25,7 (7,9)	22,1 - 29,3	26,2 (7,5)	22,7 - 29,6	27,2 (8,3)	23,4 - 31	24,2 (9,3)	20 - 28,4
Raramente	30 (5,7)	15,8 - 44,3	30,6 (7,3)	12,3 - 48,8	32,9 (7,6)	13,9 - 51,9	28,5 (0,5)	24,2 - 32,9
Nunca	35,7		29,8		40,5		36,9	
Não responde	29,3 (8,5)	26,4 - 32,1	28,9 (9,3)	25,8 - 32,1	30,3 (8,2)	27,5 - 33,1	28,4 (10,3)	24,9 - 31,9
ANOVA (F; p)	F _(5,119) =3,599; p=0,005		F _(5,119) =2,362; p=0,044		F _(5,119) =4,104 ; p=0,002		F _(5,117) =2,638; p=0,027	

Apêndice XVI

Tabela 12 – Literacia em saúde segundo as atividades de autocuidado

Atividades		Literacia em saúde geral (Score HLS)	Literacia de cuidados de saúde (Score HLS)	Literacia de prevenção da doença (Score HLS)	Literacia de promoção da saúde (Score HLS)
Alimentação geral (SDCSA)	R	,250**	,205*	,191*	,251**
	p	,003	,016	,026	,003
Alimentação específica (SDCSA)	R	-,145	-,120	-,120	-,136
	p	,092	,163	,163	,117
Atividade física (SDCSA)	R	-,052	-,044	-,042	-,064
	p	,549	,608	,625	,460
Monitorização da glicemia (SDCSA)	R	-,091	-,098	-,087	-,086
	p	,292	,254	,311	,322
Cuidados com os pés (SDCSA)	R	,246**	,218*	,224**	,247**
	p	,004	,011	,009	,004
Medicamentos (SDCSA)	R	,046	-,008	,055	,043
	p	,596	,923	,530	,626

Apêndice XVII

Tabela 13 – Literacia em saúde segundo a adesão ao tratamento (MAT)

	Literacia em saúde geral (Score HLS)		Literacia de cuidados de saúde (Score HLS)		Literacia de prevenção da doença (Score HLS)		Literacia de promoção da saúde (Score HLS)	
	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%
Adesão ao tratamento (MAT)	26,7 (7,8)	22,9 - 30,5	26 (10,8)	20,7 - 31,3	28 (6,6)	24,8 - 31,3	26,5 (7,4)	22,7 - 30,2
Adesão	31,5 (8,2)	30,1 - 33	31,4 (8,3)	29,9 - 32,9	33 (8,1)	31,5 - 34,4	30 (9,7)	28,2 - 31,7
Teste t-Student	$t_{(135)}=-2,228$; p=0,028		$t_{(135)}=-2,346$; p=0,02		$t_{(134)}=-2,323$; p=0,022		$t_{(132)}=-1,34$; p=0,183	

Apêndice XVIII

Tabela 14 - Distribuição da amostra segundo a adesão às atividades de autocuidado com a diabetes

Atividades	n	M (DP)	Min-Máx	Me
Alimentação geral	138	4,7 (1,7)	1 - 7	4,7
Alimentação específica	138	1,6 (1,1)	0 - 6	1,6
Atividade física	138	2,0 (2,3)	0 - 7	1,0
Monitorização da glicemia	138	2,1 (2,2)	0 - 7	1,0
Cuidados com os pés	138	5,9 (1,4)	1 - 7	7,0
Medicamentos	134	6,8 (0,9)	1 - 7	7,0

Atividades	Nº de dias								
	0	1	2	3	4	5	6	7	
Alimentação geral	SDSCA1.1	3 (2,2%)	3 (2,2%)	4 (2,9%)	15 (10,9%)	13 (9,4%)	28 (20,3%)	19 (13,8%)	53 (38,4%)
	SDSCA1.2	20 (14,5%)	4 (2,9%)	7 (5,1%)	17 (12,3%)	16 (11,6%)	22 (15,9%)	14 (10,1%)	38 (27,5%)
	SDSCA1.3	23 (16,7%)	3 (2,2%)	15 (10,9%)	11 (8%)	11 (8%)	9 (6,5%)	9 (6,5%)	57 (41,3%)
Alimentação específica	SDSCA2.1	12 (8,7%)	22 (15,9%)	34 (24,6%)	32 (23,2%)	22 (15,9%)	9 (6,5%)	3 (2,2%)	4 (2,9%)
	SDSCA2.2	84 (60,9%)	12 (8,7%)	9 (6,5%)	10 (7,2%)	3 (2,2%)	3 (2,2%)	5 (3,6%)	12 (8,7%)
	SDSCA2.3	55 (39,9%)	20 (14,5%)	14 (10,1%)	22 (15,9%)	1 (8%)	6 (4,3%)	3 (2,2%)	7 (5,1%)
	SDSCA2.4	89 (64,5%)	14 (10,1%)	9 (6,5%)	8 (5,8%)	3 (2,2%)	4 (2,9%)	2 (1,4%)	9 (6,5%)
	SDSCA2.5	96 (69,6%)	15 (10,9%)	15 (10,9%)	2 (1,4%)	2 (1,4%)	1 (0,7%)	3 (2,2%)	4 (2,9%)
	SDSCA2.6	47 (34,1%)	36 (26,1%)	26 (18,8%)	12 (8,7%)	10 (7,2%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)	4 (2,9%)
	SDSCA2.7	82 (59,4%)	9 (6,5%)	11 (8%)	3 (2,2%)	2 (1,4%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)	29 (21%)
Atividade física	SDSCA3.1	49 (35,5%)	18 (13%)	12 (8,7%)	18 (13%)	6 (4,3%)	4 (2,9%)	5 (3,6%)	26 (18,8%)
	SDSCA3.2	88 (63,8%)	9 (6,5%)	7 (5,1%)	10 (7,2%)	5 (3,6%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)	16 (11,6%)
Monitorização da glicemia	SDSCA4.1	48 (34,8%)	31 (22,5%)	14 (10,1%)	15 (10,9%)	0 (0%)	4 (2,9%)	4 (2,9%)	22 (15,9%)
	SDSCA4.2	41 (29,7%)	39 (28,3%)	19 (13,8%)	14 (10,1%)	3 (2,2%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)	19 (13,8%)
Cuidados com os pés	SDSCA5.1	23 (16,7%)	22 (15,9%)	2 (1,4%)	8 (5,8%)	4 (2,9%)	2 (1,4%)	2 (1,4%)	75 (54,3%)
	SDSCA5.2	1 (0,7%)	2 (1,4%)	1 (0,7%)	0 (0%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)	1 (0,7%)	130 (94,2%)
	SDSCA5.3	3 (2,2%)	5 (3,6%)	3 (2,2%)	2 (1,4%)	2 (1,4%)	2 (1,4%)	2 (1,4%)	119 (86,2%)
Medicamentos	SDSCA6.1	0 (0%)	1 (0,8%)	0 (0%)	1 (0,8%)	0 (0%)	3 (2,4%)	4 (3,1%)	118 (92,9%)
	SDSCA6.2	0 (0%)	1 (5,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,3%)	17 (89,5%)
	SDSCA6.3	0 (0%)	1 (7,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (7,1%)	12 (85,7%)

SDSCA1.1 - Em quantos dos últimos **sete dias** seguiu uma alimentação saudável?

SDSCA1.2 - Em média, durante o último mês, quantos **dias por semana** seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?

- SDSCA1.3 - Em quantos dos últimos **sete dias** comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?
- SDSCA 2.1 - Em quantos dos últimos **sete dias** comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?
- SDSCA 2.2 - Em quantos dos últimos **sete dias** comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?
- SDSCA 2.3 - Em quantos dos últimos **sete dias** misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?
- SDSCA 2.4 - Em quantos dos últimos **sete dias** consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?
- SDSCA 2.5 - Em quantos dos últimos **sete dias** consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?
- SDSCA 2.6 - Em quantos dos últimos **sete dias** comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?
- SDSCA 2.7 - Em quantos dos últimos **sete dias** adoçou as suas bebidas com açúcar?
- SDSCA 3.1 - Em quantos dos últimos **sete dias** praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar).
- SDSCA 3.2 - Em quantos dos últimos **sete dias** participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?
- SDSCA 4.1 - Em quantos dos últimos **sete dias** avaliou o açúcar no sangue?
- SDSCA 4.2 - Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?
- SDSCA 5.1 - Em quantos dos últimos **sete dias** examinou os seus pés?
- SDSCA 5.2 - Em quantos dos últimos **sete dias** lavou os seus pés?
- SDSCA 5.3 - Em quantos dos últimos **sete dias** secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?
- SDSCA 6.1 - Em quantos dos últimos **sete dias**, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?
- SDSCA 6.2 - Em quantos dos últimos **sete dias** tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?
- SDSCA 6.3 - Em quantos dos últimos **sete dias** tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?

Apêndice XIX

Tabela 15 – Adesão às atividades de autocuidado segundo a frequência às consultas de vigilância da DMT2

		Alimentação geral (SDCSA)		Alimentação específica (SDCSA)		Atividade física (SDCSA)		Monitorização da glicemia (SDCSA)		Cuidados com os pés (SDCSA)		Medicamento (SDCSA)	
Consultas		M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%
Nefrologista	Sim	3,8 (1,7)	2,8- 4,8	2 (0,8)	4,5- 5	1,4 (2,2)	0,1- 2,7	4,2 (2,3)	2,9- 5,6	5,4 (1,7)	4,4- 6,4	6,9 (0,3)	6,7- 7,1
	Não	4,7 (1,7)	4,5- 5	1,6 (1,1)	1,5- 2,5	2,1 (2,3)	1,7- 2,5	1,9 (2,1)	1,5- 2,3	5,9 (1,4)	5,7- 6,1	6,8 (0,9)	6,6- 7
Teste t-Student		$t_{(136)}=-1,821$; $p=0,071$		$t_{(136)}=1,142$; $p=0,255$		$t_{(136)}=-0,902$; $p=0,368$		$t_{(136)}=3,431$; $p=0,001$		$t_{(11)}=-0,946$; $p=0,364$		$t_{(132)}=0,413$; $p=0,681$	
Cardiologista	Sim	5,3 (1,6)	4,7- 5,9	1,8 (1,1)	4,2- 4,8	2 (2,3)	1- 2,9	2,3 (2,3)	1,5- 3,2	5,6 (1,8)	4,9- 6,3	6,8 (0,8)	6,5- 7,2
	Não	4,5 (1,7)	4,2- 4,8	1,6 (1,1)	1,3- 2,2	2 (2,3)	1,6- 2,4	2 (2,2)	1,6- 2,5	5,9 (1,4)	5,7- 6,2	6,8 (0,9)	6,6- 7
Teste t-Student		$t_{(136)}=2,01$; $p=0,046$		$t_{(136)}=0,72$; $p=0,473$		$t_{(136)}=-0,114$; $p=0,91$		$t_{(136)}=0,599$; $p=0,55$		$t_{(30)}=-0,771$; $p=0,447$		$t_{(132)}=0,171$; $p=0,865$	
Endocrinologista	Sim	4,8 (1,8)	4- 5,5	1,7 (1,1)	4,4- 5	1,4 (1,8)	0,6- 2,2	5 (2,4)	3,9- 6	5,9 (1,5)	5,2- 6,5	6,8 (0,9)	6,4- 7,2
	Não	4,7 (1,7)	4,4- 5	1,6 (1,1)	1,2- 2,2	2,1 (2,3)	1,7- 2,5	1,6 (1,8)	1,3- 1,9	5,9 (1,5)	5,6- 6,1	6,8 (0,9)	6,6- 7
Teste t-Student		$t_{(136)}=0,271$; $p=0,787$		$t_{(136)}=0,488$; $p=0,626$		$t_{(136)}=-1,232$; $p=0,22$		$t_{(136)}=7,266$; $p<0,01$		$t_{(26)}=0,077$; $p=0,939$		$t_{(132)}=-0,033$; $p=0,973$	
Enfermeiro para observar os pés	Sim	4,9 (1,6)	4,6- 5,3	1,6 (1)	3,7- 4,7	2,1 (2,3)	1,6- 2,6	1,8 (2)	1,4- 2,2	6,1 (1,3)	5,8- 6,3	6,9 (0,5)	6,8- 7
	Não	4,2 (1,7)	3,7- 4,7	1,7 (1,2)	1,4- 1,8	1,9 (2,2)	1,2- 2,5	2,7 (2,6)	2- 3,5	5,5 (1,7)	5- 6	6,6 (1,3)	6,3- 7
Teste t-Student		$t_{(136)}=2,426$; $p=0,017$		$t_{(136)}=-0,324$; $p=0,746$		$t_{(136)}=0,572$; $p=0,568$		$t_{(136)}=-2,518$; $p=0,013$		$t_{(76)}=2,137$; $p=0,036$		$t_{(132)}=1,665$; $p=0,098$	
Nenhum	Sim	4 (1,9)	3,2- 4,7	1,6 (1,5)	4,5- 5,1	2,2 (2,6)	1,2- 3,2	2,2 (2,2)	1,4- 3,1	5,3 (1,8)	4,6- 6	6,5 (1,7)	5,8- 7,1
	Não	4,8 (1,6)	4,5- 5,1	1,6 (1)	1,1- 2,2	2 (2,2)	1,6- 2,4	2,1 (2,2)	1,7- 2,5	6 (1,3)	5,7- 6,2	6,9 (0,5)	6,8- 7
Teste t-Student		$t_{(136)}=-2,317$; $p=0,022$		$t_{(136)}=0,073$; $p=0,942$		$t_{(136)}=0,464$; $p=0,644$		$t_{(136)}=0,302$; $p=0,763$		$t_{(30)}=-1,656$; $p=0,108$		$t_{(132)}=-2,122$; $p=0,036$	

Apêndice XX

Tabela 16 – Adesão às atividades de autocuidado segundo a regularidade com que satisfaz as necessidades de alimentação

	Alimentação geral (SDCSA)		Alimentação específica (SDCSA)		Atividade física (SDCSA)		Monitorização da glicemia (SDCSA)		Cuidados com os pés (SDCSA)		Medicamentos (SDCSA)	
	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%
Alimentação												
Sempre	4,7 (1,7)	4,4- 5	1,6 (0,9)	1,4- 1,8	2,1 (2,4)	1,7- 2,6	2 (2,1)	1,6- 2,5	5,8 (1,4)	5,5- 6,1	6,9 (0,3)	6,9- 7
Quase sempre	4,8 (1,5)	4,2- 5,5	1,7 (1,3)	1,1- 2,3	1,5 (2)	0,7- 2,4	1,5 (2)	0,6- 2,4	6,3 (1,3)	5,7- 6,9	6,7 (0,9)	6,3- 7,1
Às vezes	4,5 (1,9)	3,4- 5,6	1,5 (1,1)	0,9- 2,1	1,5 (2)	0,3- 2,6	2,5 (2,6)	1- 4	6,3 (1,2)	5,6- 7	6,9 (0,3)	6,8- 7,1
Raramente	2,8 (1,7)	-1,4- 6,9	3,4 (2,3)	-2,2- 9,1	1,7 (1,2)	-1,2- 4,5	4,7 (3,2)	-3,3- 12,7	2,6 (2,7)	-4,1- 9,2	3 (3,5)	-5,6- 11,6
Não responde	7		0,1		7		7		7		7	
ANOVA (F; p)	F _(4;133) =1,501; p=0,205		F _(4;133) =2,877; p=0,025		F _(4;133) =1,756; p=0,142		F _(4;133) =2,906; p=0,024		F _(4;133) =5,531; p<0,01		F _(4;129) =27,1; p<0,01	

Apêndice XXI

Tabela 17 – Adesão às atividades de autocuidado segundo a idade

Faixa etária	Alimentação geral (SDCSA)		Alimentação específica (SDCSA)		Atividade física (SDCSA)		Monitorização da glicemia (SDCSA)		Cuidados com os pés (SDCSA)		Medicamentos (SDCSA)	
	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%
26-35	5,3		1,4		3,5		7		7		7	
36-45	4,9 (3,1)	-2,8- 12,6	1,1 (0,5)	-0,2- 2,3	1,2 (0,8)	-0,7- 3,1	3,7 (3,1)	3,9- 11,3	6 (1)	3,5- 8,5	7	
46-55	4,5 (1,5)	4- 5	1,4 (1,1)	1,1- 1,8	2,4 (2,5)	1,7- 3,2	2,4 (2,3)	1,7- 3,2	6,1 (1,4)	5,7- 6,5	6,9 (0,5)	6,7- 7
56-65	4,7 (1,7)	4,4- 5,1	1,7 (1,1)	1,5- 1,9	1,8 (2,2)	1,4- 2,3	1,8 (2,1)	1,4- 2,3	5,7 (1,5)	5,4- 6	6,8 (1)	6,6- 7
Total	4,7 (1,7)	4,4- 5	1,6 (1,1)	1,4- 1,8	2 (2,3)	1,6- 2,4	2,1 (2,2)	1,7- 2,5	5,9 (1,4)	5,6- 6,1	6,8 (0,9)	6,7- 7
ANOVA (F; p)	F _(3;134) =0,188; p=0,905		F _(3;134) =0,974; p=0,407		F _(3;134) =0,951; p=0,418		F _(3;134) =2,952; p=0,035		F _(3;134) =0,759; p=0,519		F _(3;130) =0,144; p=0,933	

Apêndice XXII

Tabela 18 – Adesão às atividades de autocuidado segundo as habilitações literárias

	Alimentação geral (SDCSA)		Alimentação específica (SDCSA)		Atividade física (SDCSA)		Monitorização da glicemia (SDCSA)		Cuidados com os pés (SDCSA)		Medicamentos (SDCSA)	
	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%
Habilitações literárias												
Sem escolaridade	5,1 (2,3)	2,7- 7,4	1,5 (1)	0,5- 2,6	1,5 (2,8)	-1,4- 4,4	1,7 (2,4)	-0,9- 4,2	5,7 (1,8)	3,7- 7,6	6,8 (0,4)	6,4- 7,3
Até 4º ano	4,6 (1,8)	4,3- 5	1,6 (1,1)	1,4- 1,8	2 (2,3)	1,5- 2,4	1,9 (2)	1,5- 2,4	5,8 (1,5)	5,5- 6,1	6,8 (1)	6,6- 7
5º ou 6º ano	4,7 (1,3)	4- 5,4	1,6 (1,1)	1- 2,2	2,3 (2,3)	1- 3,6	2,2 (2,3)	0,9- 3,4	6,2 (1)	5,6- 6,8	6,8 (0,6)	6,5- 7,1
7º ao 9º ano	5,2 (1,7)	3,6- 6,7	1,4 (0,8)	0,7- 2,2	1,6 (2,6)	-0,9- 4	3,5 (3,3)	0,4- 6,6	6,1 (0,9)	5,2- 6,9	6,7 (0,8)	6- 7,4
10º ao 12º ano	4,6 (1,4)	3,4- 5,8	2,2 (1,2)	1,3- 3,2	2,6 (2,3)	0,7- 4,5	3,9 (2,9)	1,5- 6,3	6,3 (1,6)	4,9- 7,7	7	
Licenciatura	4,6 (1,3)	3,2- 5,9	1,1 (0,5)	0,6- 1,6	2,2 (0,9)	1,2- 3,1	0,8 (0,8)	0- 1,7	5,3 (1,8)	3,5- 7,2	7	
ANOVA (F; p)	F(5;132)=0,214 p=0,956		F(5;132)=0,821 p=0,537		F(5;132)=0,257 p=0,936		F(5;132)=2,28 p=0,05		F(5;132)=0,549 p=0,739		F(5;128)=0,166 p=0,975	

Apêndice XXIII

Tabela 19 – Adesão às atividades de autocuidado segundo o tipo de tratamento

Tratamento	Alimentação geral (SDCSA)		Alimentação específica (SDCSA)		Atividade física (SDCSA)		Monitorização da glicemia (SDCSA)		Cuidados com os pés (SDCSA)		Medicamentos (SDCSA)	
	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%
Só dieta	6,3 (1,1)	4,9- 7,6	1,7 (0,5)	1,1- 2,3	0,9 (1,3)	-0,8- 2,6	1,2 (1,6)	-0,8- 3,2	6,1 (1)	4,9- 7,4	7	
Antidiabéticos orais	4,7 (1,7)	4,3- 5	1,6 (1)	1,4- 1,8	2,2 (2,3)	1,7- 2,6	1,6 (1,7)	1,3- 1,9	5,9 (1,4)	5,7- 6,2	6,8 (0,8)	6,7- 7
Insulina	4,2 (1,7)	2,7- 5,8	1,9 (1,2)	0,8- 3	2,2 (2,9)	-0,4- 4,9	6,3 (0,9)	5,4- 7,1	5,2 (2)	3,4- 7,1	7	
Antidiabéticos orais e insulina	4,6 (2)	3,3- 5,9	1,8 (1,7)	0,7- 3	0,9 (1,4)	-0,1- 1,8	5,3 (2,8)	3,5- 7,2	5,4 (2)	4,1- 6,7	6,4 (1,8)	5,2- 7,6
ANOVA (F; p)	F _(3;133) =1,672; p=0,176		F _(3;133) =0,348; p=0,791		F _(3;133) =1,531; p=0,209		F _(3;133) =29,536; p<0,01		F _(3;133) =0,948; p=0,42		F _(3;129) =1,133; p=0,338	

Apêndice XXIV

Tabela 20 – Adesão às atividades de autocuidado segundo as complicações

	Alimentação geral (SDCSA)		Alimentação específica (SDCSA)		Atividade física (SDCSA)		Monitorização da glicemia (SDCSA)		Cuidados com os pés (SDCSA)		Medicamentos (SDCSA)		
	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	
Complicações													
Retinopatia	Sim	5,3 (1,6)	4,5-6,1	1,3 (0,8)	4,3-4,9	1,3 (2,1)	0,2-2,3	4 (3,1)	2,5-5,5	6 (1,3)	5,4-6,7	6,9 (0,3)	6,8-7,1
	Não	4,6 (1,7)	4,3-4,9	1,7 (1,1)	0,9-1,7	2,1 (2,3)	1,7-2,5	1,8 (2)	1,5-2,2	5,8 (1,5)	5,6-6,1	6,8 (0,9)	6,6-7
Teste t-Student	$t_{(136)}=1,568$; $p=0,119$		$t_{(136)}=-1,187$; $p=0,237$		$t_{(136)}=-1,353$; $p=0,178$		$t_{(136)}=3,875$; $p<0,01$		$t_{(20)}=0,586$; $p=0,564$		$t_{(132)}=0,605$; $p=0,546$		
Nefropatia	Sim	3,8 (1,7)	2,8-4,9	2,1 (0,8)	4,4-5	0,7 (1,2)	-0,1-1,4	4,3 (2,4)	2,8-5,8	5,1 (1,6)	4,1-6,1	7	
	Não	4,7 (1,7)	4,4-5	1,6 (1,1)	1,6-2,6	2,1 (2,3)	1,7-2,5	1,9 (2,1)	1,6-2,3	5,9 (1,4)	5,7-6,2	6,8 (0,9)	6,6-6,9
Teste t-Student	$t_{(136)}=-1,637$; $p=0,104$		$t_{(136)}=1,476$; $p=0,142$		$t_{(136)}=-1,966$; $p=0,051$		$t_{(136)}=3,365$; $p=0,001$		$t_{(10)}=-1,479$; $p=0,17$		$t_{(132)}=0,738$; $p=0,462$		
AVC	Sim	2,8 (1,8)	1,3-4,3	2,7 (2)	4,5-5	2,2 (2,3)	0,2-4,2	1,1 (0,5)	0,6-1,6	4,5 (2,2)	2,6-6,4	5,2 (2,5)	3-7,4
	Não	4,7 (1,7)	4,5-5	1,6 (1)	0,9-4,4	2 (2,3)	1,6-2,4	2,1 (2,3)	1,8-2,5	5,9 (1,4)	5,7-6,1	6,9 (0,7)	6,7-7
Teste t-Student	$t_{(136)}=-2,571$; $p=0,011$		$t_{(136)}=2,235$; $p=0,027$		$t_{(136)}=0,191$; $p=0,849$		$t_{(136)}=-1,02$; $p=0,31$		$t_{(4)}=-1,401$; $p=0,232$		$t_{(132)}=-4,546$; $p<0,001$		

Apêndice XXV

Tabela 21 – Adesão às atividades de autocuidado segundo as classes de IMC

IMC Classes	Alimentação geral (SDCSA)		Alimentação específica (SDCSA)		Atividade física (SDCSA)		Monitorização da glicemia (SDCSA)		Cuidados com os pés (SDCSA)		Medicamentos (SDCSA)	
	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%
Normal	5,5 (1,3)	4,5- 6,4	1,7 (1,3)	0,7- 2,7	2,9 (3,2)	0,4- 5,4	2,8 (1,9)	1,3- 4,3	6,5 (0,8)	5,9- 7,1	6,8 (0,7)	6,3- 7,3
Pré-obesidade	4,5 (1,7)	4,1- 4,9	1,8 (1)	1,5- 2,1	1,9 (2,2)	1,3- 2,4	1,7 (2)	1,2- 2,2	5,9 (1,3)	5,6- 6,2	6,8 (0,8)	6,6- 7
Obesidade Grau I	4,4 (1,8)	3,8- 4,9	1,7 (1)	1,4- 2	2 (2,1)	1,3- 2,6	2,1 (2,4)	1,4- 2,9	5,5 (1,6)	5- 6	6,8 (1)	6,5- 7,1
Obesidade Grau II	5 (1,6)	4,2- 5,8	1,3 (1,1)	0,7- 1,8	1,8 (2,3)	0,7- 3	2,3 (2,3)	1,2- 3,5	5,6 (1,7)	4,8- 6,4	6,7 (1)	6,2- 7,2
Obesidade Grau III	5,8 (1,2)	4,8- 6,8	0,8 (0,6)	0,2- 1,3	2,5 (3)	0- 5	3,3 (2,5)	1,2- 5,4	7		7	
ANOVA (F; p)	F _(4;132) =2,062; p=0,089		F _(4;132) =2,201; p=0,072		F _(4;132) =0,52; p=0,721		F _(4;132) =1,314; p=0,268		F _(4;132) =2,504; p=0,045		F _(4;128) =0,13; p=0,971	

Apêndice XXVI

Tabela 22 – Adesão às atividades de autocuidado segundo a regularidade com que satisfaz as necessidades de saúde

Saúde	Alimentação geral (SDCSA)		Alimentação específica (SDCSA)		Atividade física (SDCSA)		Monitorização da glicemia (SDCSA)		Cuidados com os pés (SDCSA)		Medicamentos (SDCSA)	
	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%
Sempre	4,8 (1,7)	4,4- 5,2	1,6 (1)	1,4- 1,9	1,9 (2,1)	1,4- 2,4	2,3 (2,4)	1,7- 2,9	5,8 (1,4)	5,4- 6,1	7 (0,2)	6,9- 7
Quase sempre	4,7 (1,6)	4,1- 5,2	1,6 (1)	1,3- 2	2,5 (2,6)	1,6- 3,3	1,5 (1,6)	0,9- 2	5,9 (1,2)	5,5- 6,3	6,8 (0,5)	6,7- 7
Às vezes	4,4 (1,7)	3,8- 5,1	1,7 (1,4)	1,2- 2,2	1,5 (2,1)	0,7- 2,2	2,3 (2,3)	1,5- 3,1	5,9 (1,7)	5,3- 6,5	6,6 (1,3)	6,1- 7,1
Raramente	4,7 (2,1)	2,5- 6,9	1,2 (0,9)	0,3- 2,1	2,9 (2,3)	0,5- 5,3	2,8 (3,1)	-0,4- 6	5,8 (2,4)	3,3- 8,3	6 (2,4)	3,4- 8,6
Total	4,7 (1,7)	4,4- 5	1,6 (1,1)	1,4- 1,8	2 (2,3)	1,6- 2,4	2,1 (2,2)	1,7- 2,5	5,9 (1,4)	5,6- 6,1	6,8 (0,9)	6,7- 7
ANOVA (F; p)	F _(3;134) =0,35; p=0,789		F _(3;134) =0,284; p=0,837		F _(3;134) =1,55; p=0,205		F _(3;134) =1,494; p=0,219		F _(3;134) =0,098; p=0,961		F _(3;130) =2,84; p=0,041	

Apêndice XXVII

Tabela 23 – Adesão às atividades de autocuidado segundo a regularidade com que satisfaz as necessidades de educação

	Alimentação geral (SDCSA)		Alimentação específica (SDCSA)		Atividade física (SDCSA)		Monitorização da glicemia (SDCSA)		Cuidados com os pés (SDCSA)		Medicamentos (SDCSA)	
	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%	M (DP)	IC 95%
Educação												
Sempre	4,7 (1,7)	4,3- 5,2	1,5 (1,1)	1,2- 1,8	2 (2)	1,4 2,5	2,5 (2,3)	1,9- 3,2	6,2 (1,1)	1,8 2,5	6,9 (0,4)	6,8- 7
Quase sempre	5,3 (1,4)	4,4- 6,1	1,9 (1,1)	1,2- 2,5	3 (2,5)	1,6- 4,5	1,8 (2,3)	0,5- 3,1	5,9 (1,5)	5,9- 6,5	7	
Às vezes	4,1 (1,7)	3,4- 4,9	2,1 (1,3)	1,5- 2,7	2,2 (2,4)	1,1 3,3	1,8 (1,8)	1- 2,6	5,3 (1,8)	5- 6,8	6,6 (1,4)	5,9- 7,2
Raramente	2,7 (1,5)	-0,9- 6,3	2,4 (1,5)	-1,3- 6,2	1,5 (1,8)	-3- 6	3,5 (2,3)	-2,2- 9,2	4,2 (2,9)	4,5- 6,1	3,7 (3,1)	-3,9- 11,3
Nunca	4,7		0,9		7		2,5		7	-3- 11,5	7	
Não responde	4,7 (1,6)	4,1- 5,2	1,5 (0,9)	1,2- 1,8	1,3 (2,4)	0,5 2,1	1,8 (2,3)	1,1- 2,6	5,8 (1,4)		7 (0,2)	6,9- 7
ANOVA (F; p)	F _(5;120) =1,672; p=0,146		F _(5;120) =1,426; p=0,22		F _(5;120) =2,379; p=0,043		F _(5;120) =0,848; p=0,518		F _(5;120) =2,053; p=0,076		F _(5;116) =11,693; p<0,01	

Apêndice XXVIII

Tabela 24 - Distribuição da amostra segundo a adesão ao tratamento

							n (%)
		Não adesão					16 (11,6%)
Adesão aos tratamentos		Adesão					122 (88,4%)
		Total					138 (100%)
		Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?		1 (0,7%)	0 (0%)	0 (0%)	27 (19,6%)	67 (48,6%)	43 (31,2%)
Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?		3 (2,2%)	1 (0,7%)	0 (0%)	32 (23,2%)	57 (41,3%)	45 (32,6%)
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?		0 (0%)	2 (1,4%)	2 (1,4%)	10 (7,2%)	19 (13,8%)	105 (76,1%)
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?		0 (0%)	0 (0%)	1 (0,7%)	3 (2,2%)	16 (11,6%)	118 (85,5%)
Alguma vez tomou um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?		0 (0%)	0 (0%)	1 (0,7%)	7 (5,1%)	16 (11,6%)	114 (82,6%)
Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?		1 (0,7%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)	13 (9,4%)	39 (28,3%)	83 (60,1%)
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma razão que não seja a indicação do médico?		0 (0%)	0 (0%)	1 (0,7%)	5 (3,6%)	20 (14,5%)	112 (81,2%)

Apêndice XXIX

Tabela 25 - Distribuição da amostra segundo o tipo de tratamento utilizado no controlo da DM

		n (%)
Tipo de tratamento para controlar a DM	Só dieta	5 (3,6%)
	Antidiabéticos orais	114 (83,2%)
	Insulina	7 (5,1%)
	Antidiabéticos orais e insulina	11 (8%)
	Sem dados	1 (0,7%)
Total		138 (100%)

Apêndice XXX

Tabela 26 – Distribuição da amostra segundo o historial dos hábitos tabágicos

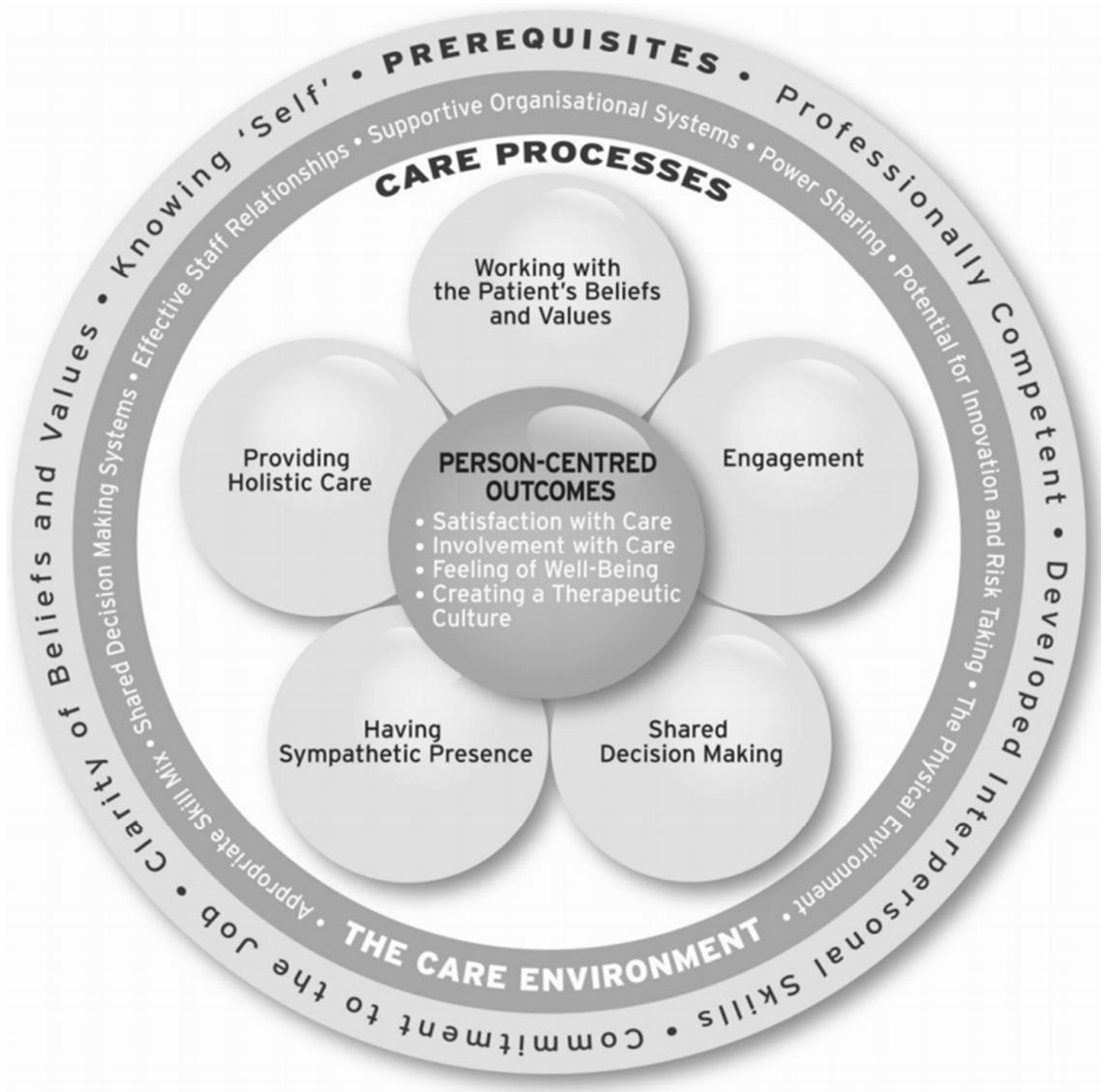
		n (%)
Historial dos hábitos tabágicos	Nunca fumou	81 (69,8%)
	Há mais de dois anos que não fuma	19 (16,4%)
	Um a dois anos que não fuma	1 (0,9%)
	Quatro a doze meses que não fuma	0 (0%)
	Um a três meses que não fuma	1 (0,9%)
	Fumou no último mês	5 (4,3%)
	Fumou hoje	9 (7,8%)
	Total	116 (100%)

ANEXOS

Anexo I

Person-Centred Nursing Framework

Person-Centred Nursing Framework

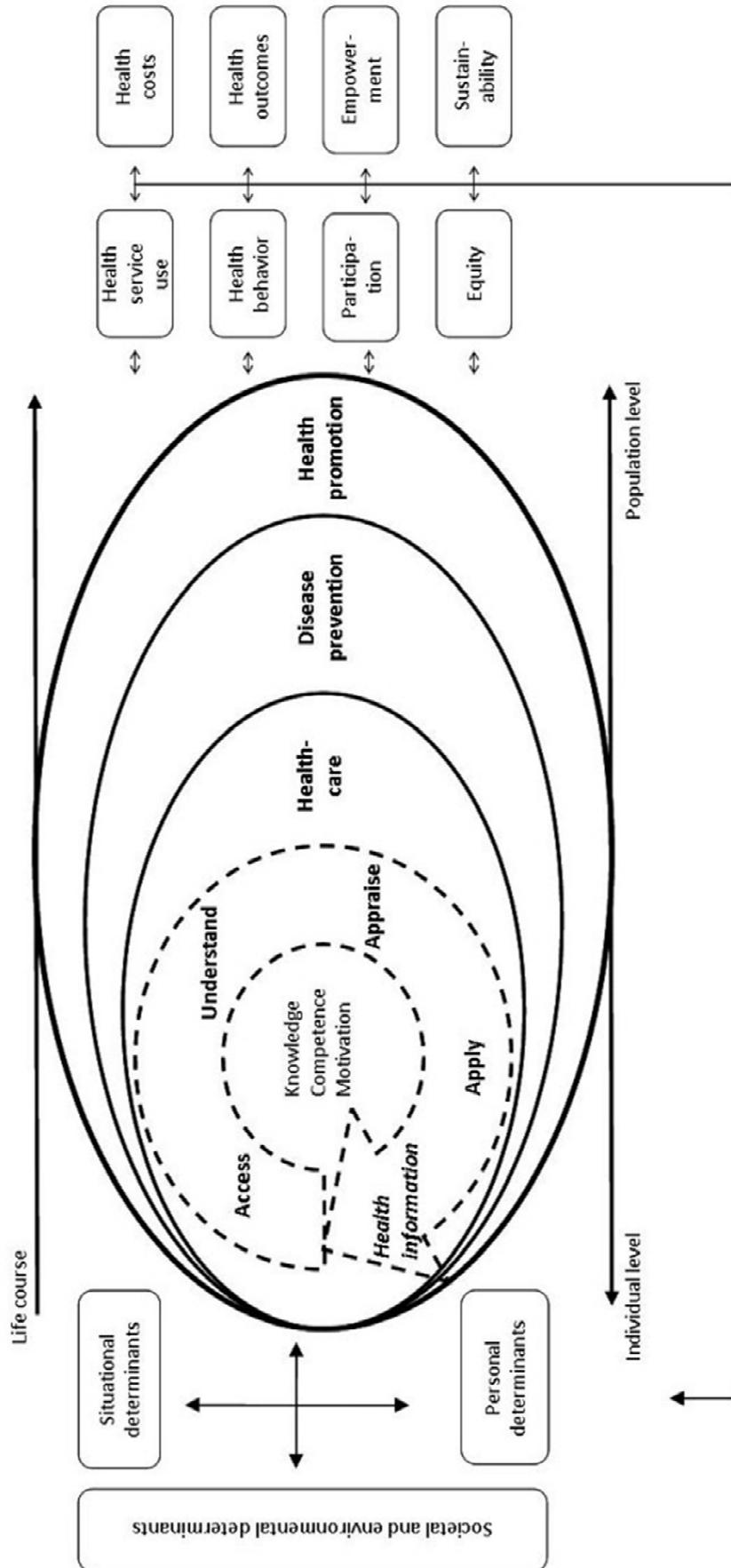


(McCormack & McCance, 2010)

Anexo II

Integrated model of health literacy

Integrated model of health literacy



(Sørensen *et al.*, 2012)

Anexo III

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde e Autorização do Conselho de
Administração do SESARAM, EPE



Informe - u do
acord e/ parecer
C. CES/ SESARAM
26/05/2016



(CES/ SESARAM, EPE)

PARECER nº 21/2016

Sobre o Pedido/Estudo:

"Literacia em Saúde e Autocuidado no Adulto com Diabetes Mellitus Tipo 2 em Contexto Comunitário"

A – RELATÓRIO

A.1 A Comissão de Ética para Saúde (CES) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE), analisou o documento Nº 20 de 2016, pedido submetido por **Gregório Freitas**, aluno de enfermagem, para realizar projecto de investigação sobre "**Literacia em Saúde e Autocuidado no Adulto com Diabetes Mellitus Tipo 2 em Contexto Comunitário**". Trata-se de um trabalho de mestrado em enfermagem, área de especialização de enfermagem comunitária, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Maria Adriana Henriques, e que pretende compreender a diabetes e como influência os cuidados de saúde.

A.2 O documento em análise é constituído por: ofício dirigido ao Conselho de Administração do SESARAM, EPE, (E1677683) datado de 18 de Maio de 2016, que inclui projecto de investigação, instrumento de colheita de dados, informação ao sujeito, consentimento informado e questionário de submissão, vários emails correspondidos, termo do orientador local, termo de orientador do mestrado, parecer da Direcção de Enfermagem, parecer da Direcção Clínica e da Coordenadora da ACES.

A.3 Trata-se de um estudo observacional, que pretende identificar as características demográficas e os dados clínicos do adulto com diabetes mellitus tipo 2. Pretende ainda descrever o autocuidado e níveis de literacia neste doente, e identificar possíveis relações entre estas características. Esta informação será recolhida no âmbito dos cuidados assistenciais recorrendo a um questionário anónimo, apenas com a identificação do centro de saúde onde foram recolhidos os dados. Tem por

objectivo final compreender a diabetes e o que a influencia, e contribuir para o planeamento de cuidados de enfermagem futuros.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1 Serão salvaguardados ao longo do estudo, os princípios éticos relativos ao projecto de investigação, nomeadamente no que se refere ao anonimato dos doentes, e da confidencialidade da informação.

B.2 Reconhece-se a pertinência do estudo e o interesse prático nos resultados esperados, sendo que a metodologia utilizada salvaguarda o direito dos doentes.

C – CONCLUSÃO

A CES/SESARAM, EPE deliberou emitir dar **Parecer Favorável** por não se colocarem quaisquer questões de ordem ética.

Aprovado em reunião dia 12 de Setembro de 2016, por unanimidade.

O Presidente da CES/SESARAM, EPE



Anexo IV

Autorização para utilizar a Medida de Adesão aos Tratamentos

Pedido de Autorização para uso de Escala

3 mensagens

Gregorio magno freitas <gregoriomagnofreitas@gmail.com>

27 de junho de 2016 07:52

Para: luisa.lima@iscte.pt

Cc: Maria Adriana Pereira Henriques <ahenriques@esel.pt>

Bom dia Exm^a Sr.^a Professora Doutora Maria Luísa Lima

Sou o *Gregório Magno de Vasconcelos de Freitas* e, no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a desenvolver um projeto de dissertação intitulado "**Literacia em Saúde e Autocuidado no Adulto com Diabetes Mellitus Tipo 2 em Contexto Comunitário**", sob a orientação da Sr.^a Professora Doutora Maria Adriana Pereira Henriques. Assim, venho por este meio solicitar a sua autorização para utilizar a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) que integrará o instrumento para a colheita de dados que decorrerá de 26 de setembro de 2016 a 31 de janeiro de 2017.

Grato pela atenção e disponibilidade, aguardo pela sua resposta.

Com os melhores cumprimentos

Gregório Freitas

Luisa Lima <luisa.lima@iscte.pt>

27 de junho de 2016 16:45

Para: Gregorio magno freitas <gregoriomagnofreitas@gmail.com>

Caro Gregório,

Muito obrigada pelo seu contacto e pelo seu interesse no nosso trabalho.

Autorizo a utilização da MAT, desde que a referencie correctamente em publicações futuras desta investigação :

Delgado, A.B., & Lima, M.L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia: Saúde e Doenças, 1*, 81-100.

Com os melhores cumprimentos, desejo-lhe os melhores sucessos.

Luisa Lima

Anexo V
Autorização para utilizar a Escala de Atividades de Autocuidado com a
Diabetes

Fernanda Bastos <fernandabastos@esenf.pt>
Para: Gregorio magno freitas <gregoriomagnofreitas@gmail.com>

13 de maio de 2016 09:34

Olá bom dia,

Envio em anexo a autorização formal para utilização da escala.

Peço que transmita os meus cumprimentos à Professora Adriana Henriques e desejo-lhe um bom trabalho neste percurso de mestrado.

Melhores cumprimentos,

Fernanda Bastos

De: Gregorio magno freitas [mailto:gregoriomagnofreitas@gmail.com]

Enviada: 13 de maio de 2016 07:53

Para: fernandabastos@esenf.pt

Cc: Maria Adriana Pereira Henriques <ahenriques@esel.pt>

Assunto: Pedido de Autorização para uso de Escala

Bom dia Exm^a Sr.^a Professora Doutora Fernanda Bastos

Sou o Gregório Magno de Vasconcelos de Freitas e, no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a desenvolver um projeto de dissertação intitulado "**Literacia em Saúde e Autocuidado no Adulto com Diabetes Mellitus Tipo 2 em Contexto Comunitário**", sob a orientação da Sr.^a Professora Doutora Maria Adriana Pereira Henriques. Assim, venho por este meio solicitar a sua autorização para utilizar a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes que integrará o instrumento para a colheita de dados que decorrerá de 26 de setembro de 2016 a 31 de janeiro de 2017.

Grato pela atenção e disponibilidade, aguardo pela sua resposta.

Com os melhores cumprimentos

Gregório Freitas

 **AutorizacaoEscalas_Gregório Magno de Vasconcelos de Freitas .docx**
13K

Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-PT®



Todas as dimensões e versões do HLS-EU-PT® (Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-PT®)* estão registadas (copyright) e só podem ser usadas com permissão do autor. Uma base de dados de utilizadores registados é mantida para garantir que os direitos de autor não são violados. Para usar a HLS-EU-PT será necessário obter uma licença.

All sections and versions of the HLS-EU-PT® (Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-PT®)* are copyright and may only be used with permission from the author. A database of registered users is maintained to ensure that copyright is not breached. To be able to use the HLS-EU-PT you will need to obtain a license.

Para obter um contrato de licença HLS-EU-PT, por favor preencha este formulário e devolva-o a:
Professor Luis Saboga Nunes Phone: +351 91 4747 066 Email: saboga@prosalus.com

To obtain a HLS-EU-PT license agreement, please complete this form and return it to:
Professor Luis Saboga Nunes Phone: +351 91 4747 066 Email: saboga@prosalus.com

Após a receção de um contrato de licenciamento específico para o seu estudo, projeto ou programa, como utilizador licenciado deve respeitar as condições desta licença.

Upon receipt of an executed license agreement specific to your study, project or program you will be a licensed user and you must abide by the conditions of this license.

Como utilizador licenciado HLS-EU-PT receberá também um apoio limitado, incluindo aconselhamento em questões de investigação que envolvam a HLS-EU-PT e qualquer uma das três dimensões HLS-EU-PT que selecionar usar.

As a licensed HLS-EU-PT user you will also receive limited support including advice on research questions involving HLS-EU-PT and which of the three HLS-EU-PT domains that you might be best to use.

Aviso importante:

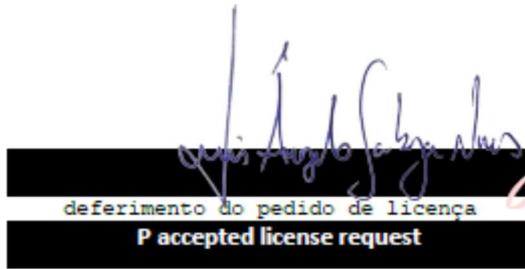
• A licença para usar a HLS-EU-PT dá-lhe direito a usar o instrumento em sua forma completa. As condições de direitos de autor proíbem a modificação de qualquer uma das perguntas HLS-EU-PT, estrutura ou respostas dos itens. Em situações em que o contexto de aplicação exija alterações circunstâncias, estas poderão ser autorizadas pelo autor de modo a salvaguardar essas circunstâncias específicas. Neste formulário em "anotações especiais (7)" deverá ser especificado o contexto e as mudanças de alteração pretendidas. A omissão de qualquer uma das perguntas ou dimensões da HLS-EU-PT inviabiliza que possa alegar que usou a escala HLS-EU-PT. A Escala HLS-EU-PT deve ser tratada de acordo com as recomendações prescritas para garantir interpretações de dados fidedignos, consistentes com os estudos de validação. Ao se registar concorda em cumprir com esses requisitos.

Important notice:

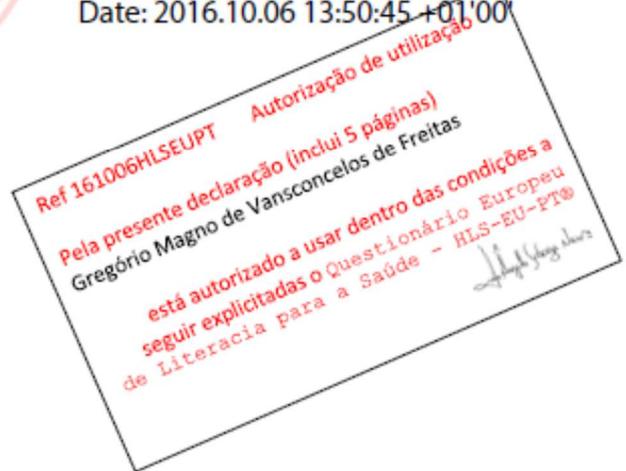
A license to use the HLS-EU-PT entitles you to use the instrument in its complete form. The Copyright conditions prohibit modification of any of the HLS-EU-PT questions, item stems or item responses. In situations where the context requires changes to the instrument, they may be allowed by the author so as to safeguard these specific circumstances. In this form under "special notations (7)" should be specified the context and changes that are required. The omission of any of the HLS-EU-PT questions within a scale means that you cannot claim that you have used a HLS-EU-PT scale. HLS-EU-PT scales must be scored as prescribed to ensure interpretations of the data are trustworthy and consistent with the validation studies. By registering you agree to abide by these requirements.

Esta exigência procura garantir que os resultados de diferentes estudos são diretamente comparáveis, e que os leitores de relatórios ou artigos possam estar seguros de que os resultados apresentados são de questionários padronizados, validados e válidos.

This requirement is to ensure that results from different studies are directly comparable, and that readers of reports or articles can be assured the reported results are from standardized and valid questionnaires.



3 Digitally signed by Luis Saboga Nunes
DN: cn=Luis Saboga Nunes,
o=ProSalus, ou=Renasceres,
email=saboga@prosalus.com, c=PT
Date: 2016.10.06 13:50:45 +01'00'



1. Organização/Organisation

Nome da organização /Name of organisation:

Escola Superior de Enfermagem

Pessoa de contato / Contact person:

Gregório Magno de Vasconcelos de Freitas

Email /Email address:

gregoriomagnofreitas@gmail.com

Telm / Phone number: 927844248

Endereço / Address: Caminho do Salão Nº 20, Moradias Sol Vivo, Fracção A

Cidade / Town / City: Funchal

Estado / State: Região Autónoma da Madeira

País / Country: Portugal

Endereço WebWebsite: _____

2. Tipo de organização / Type of organistaion:

- Hospital / Serviços de saúde / Hospital/Medical Practice
- Organização Comunitária de Saúde / Community Health organisation
- organização não-governamental/Non-Government organisation (e.g. Diabetes Foundation)
- organização académica/Academic organization (e.g. University or Student)
- Serviço Nacional de Saúde / SNS / SUS / NHS / Primary Care Trust / Commissioning
- outro (especifique) Other (please specify): _____

3. Nome do Projeto / Name of Project / Program: Literacia em Saúde e Autocuidado no Adulto com Diabetes Mellitus Tipo 2 em Contexto Comunitário.

Resumo / Summary of your project:

De acordo com a World Health Organization (WHO), as doenças não transmissíveis (DNT) são a principal causa de morte no mundo, constituindo um dos grandes desafios de saúde e de desenvolvimento do século 21, tanto em termos de sofrimento humano como no impacto socioeconómico que causam nos países, especialmente nos países de baixo e

médio rendimento (WHO, 2014). As principais DNT que contribuem para tal elevada mortalidade são as doenças cardiovasculares, o cancro, as doenças respiratórias e a diabetes *mellitus* (DM). Juntas, foram responsáveis por 82% das mortes por DNT. A maioria destas mortes é evitável, havendo evidências encorajadoras que estas mortes prematuras podem ser reduzidas em todo o mundo (WHO, 2014).

Sendo a DM uma das principais DNT, importa conhecê-la melhor, assim como o que a influencia. De acordo com a International Diabetes Federation (IDF), em 2015, a DM atingiu 415 milhões de pessoas (dos 20 aos 79 anos) em todo o mundo, equivalendo a 8,8% da população mundial e o número de mortes devido à diabetes foi de 5 milhões. Estes valores continuarão a aumentar em todos os países, perspetivando-se que em 2040 a prevalência global de diabetes seja de 10,4%.

Para além das implicações individuais, como as elevadas taxas de mortalidade e morbilidade (complicações cardiovasculares, amputações, retinopatia, nefropatia), existem as sociais e os custos financeiros, sendo que a despesa total em saúde com a diabetes em 2015 foi de 673 mil milhões de dólares americanos (IDF, 2015).

De acordo com o Observatório Nacional da Diabetes (OND), em Portugal no ano de 2014, 13,1% da população entre os 20 e os 79 anos tinha diabetes (OND, 2015). Quanto à RAM, os dados mais recentes reportam-se a 2010 no estudo da prevalência da diabetes em Portugal, onde na altura apresentava valores mais baixos que a média nacional (10,8%).

Ainda em Portugal e no mesmo ano, gastou-se cerca de 1300 a 1500 milhões de euros com a diabetes, mais 50 milhões que no ano anterior, o que representou 8% a 10% da despesa com saúde e 0,7 a 0,9 do Produto Interno Bruto (PIB) português (OND, 2015). No entanto, estes números (prevalência, morbilidade, mortalidade e financeiros) podem diminuir uma vez que os fatores de risco estão associados a comportamentos modificáveis (WHO, 2014). O que nos remete para a capacidade da pessoa se autocuidar.

Uma adequada gestão das doenças crónicas e da preservação de um nível aceitável de funcionalidade estão dependentes do autocuidado (Sidani, 2011). Daqui verificamos que, a pessoa com diabetes assume um papel ativo no controlo da doença, influenciando significativamente a história natural da diabetes e evitando complicações tardias (ADA, 2016; Chourdakis, Kontogiannis, Malachas, Pliakas, & Kritis, 2014; Hinzman et al, 2012), ou seja, mantendo os níveis de glicemia dentro dos valores normais (ADA, 2016; DGS, 2011; IDF, 2015; OND, 2015) adotando comportamentos de autocuidado (Chourdakis et al, 2014; Funnell et al, 2011).

Sendo a DM uma patologia crónica e complexa, vários são os determinantes que contribuem para o processo de cuidados e de resultados em saúde, no entanto, nas últimas duas décadas a literatura tem vindo a ilustrar o conceito de literacia em saúde (LS) como um fator relevante e influente na diabetes (Cavanaugh, 2011). Nesta linha de pensamento, o Ministério da Saúde (MS) defende que a LS permite o desenvolvimento de um saber de autocuidado e uma maior equidade nos cuidados de saúde (MS, 2016).

A diabetes *mellitus* tipo 2 (DMT2) é o tipo de diabetes mais frequente (IDF, 2015; OND, 2015) e o adulto com diabetes adere com menor frequência aos comportamentos de autocuidado, ficando deste modo exposto a um maior risco de desenvolver complicações da diabetes (Chourdakis et al, 2014). Concomitantemente, um baixo nível de LS é

comum entre as pessoas com diabetes, estimando-se uma variação entre os 15 e os 40%, dependendo da amostra populacional. Esta limitada LS está associada à falta de conhecimentos sobre a diabetes, autoeficácia e comportamentos de autocuidado (Cavanaugh, 2011).

Verificada a importância do autocuidado no controlo da DMT2, com a consequente promoção da qualidade de vida das pessoas e diminuição dos custos sociais e económicos; a influência que a LS tem sobre esse mesmo autocuidado e dado que na RAM não existe informação disponível sobre os mesmos, importa conhecer melhor este fenómeno.

Para além de compreender o adulto com DMT2 e os fatores que influenciam esta patologia, pretendemos contribuir para o futuro planeamento de cuidados de enfermagem adequados às necessidades identificadas e antever resultados em saúde sensíveis a esses mesmos cuidados, promovendo assim o envolvimento do próprio adulto com DMT2 nos cuidados de saúde. Para tal, formulamos a questão de partida “Qual o nível de LS e o autocuidado do adulto com DMT2 em contexto comunitário na RAM?” e perspetivamos desenvolver um estudo do tipo descritivo e transversal de modo a identificar as características sociodemográficas e os dados clínicos do adulto com DMT2; descrever o autocuidado e os níveis de LS do adulto com DMT2 e identificar possíveis relações entre características, autocuidado e níveis de LS no adulto com DMT2. Os dados serão colhidos no período de setembro de 2016 a janeiro de 2017 recorrendo a um instrumento de colheita de dados com a caracterização sociodemográfica e clínica criado para o efeito, o Questionário Europeu de Literacia em Saúde para Portugal (HLS-EU-PT), a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes e a Medida de Adesão ao Tratamento (MAT).

Sendo a população alvo constituída por todos os adultos com DMT2 residentes na RAM e inscritos nos respetivos centros de saúde concelhio, o instrumento de colheita de dados será aplicado a uma amostra intencional e constituída pelas pessoas acessíveis à data da avaliação e segundo os critérios de inclusão considerados. Para além do investigador principal, prevê-se a formação de uma equipa constituída por um enfermeiro de cada centro de saúde que, após formação sobre a aplicação do questionário, colaborará na seleção dos sujeitos e na aplicação do instrumento de colheita de dados. Os dados serão tratados com recurso ao programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Pela importância de que se reveste o estudo e pela responsabilidade inerente à divulgação do conhecimento, os resultados obtidos, para além de aglomerados e anonimizados em relatório, poderão ser publicados em revistas da especialidade e/ou em eventos científicos.

4. Lista dos investigadores principais / List principal investigators: (title, first name, and surname)

Investigador Principal: Dr. Gregório Freitas

Orientadora: Professora Doutora Maria Adriana Henriques

5. Características do programa / Characteristics of your program:

5.1 datas de início e fim / start and finish dates

Início / Start date: outubro de 2016 Fim / End date: fevereiro 2017

5.2 Projeto ou programa financiado? / Is your study, project or program funded?

- Não.
- Sim, para uso comercial (produto ou serviço) / Yes, for commercial use, of a product or service
- Sim, para a pesquisa / Yes, for research proposes

Se é financiado por favor especificar o valor do financiamento / If it is funded please specify the size of funding:

- <€50,000
- €50,000 - €199,999
- €200,000 or greater

5.3 Número de entrevistados que se espera completem a HLS -EU- PT / Number of respondents completing the HLS-EU-PT (e.g. 60 participantes / participants): 100 participantes

5.4 Número de vezes HLS -EU- PT será administrada a cada participante / Number of times HLS-EU-PT will be administered to each participant: uma vez

5.6 Características dos inquiridos / Characteristics of respondents:

- Grupo etário / Specific age group (age range) Adulto (18 aos 64)
- Pessoas com alguma patologia particular / People with a particular disease (especifique / specify) Diabetes Mellitus Tipo 2.

5.6 Método de distribuição da HLS-EU-PT / Method of delivery of the HLS-EU-PT:

- correio / Mail
- telephone/ Telephone
- entrevista / Interview / oral
- por alguém próximo / Filled in by proxy (e.g. doctor, partner, parent, or caregiver)
- na internet, de base computacional / Web / computer-based
- outro (especifique) Other (please specify): _____

6. Proteção dos dados / Privacy Disclosure

6.1 Disponibiliza os detalhes que forneceu neste formulário para que estejam disponíveis a outras organizações ou pesquisadores que trabalham em áreas semelhantes? / Are you willing to have the details you have provided on this form made available to other organizations or researchers working in similar fields?

- Sim / Yes
- Não / No

- 6.2 Prosseguimos com investigação focada na sensibilidade, validade e fidedignidade da HLS-EU-PT cujo objetivo é fornecer parâmetros de referência da HLS-EU-PT para auxiliar pesquisadores e organizações na compreensão dos resultados. Está disposto a disponibilizar os seus dados (sem identificação) para apoiar este processo? / We are conducting research into the sensitivity, validity and reliability of the HLS-EU-PT and aim to provide benchmarks for HLS-EU-PT to assist researchers and organisations in understanding of the results. Are you willing to make your data available in de-identified format to support this?

Sim / Yes
 Não / No

7. (anotações especiais) Considera que a aplicação do questionário carece de adaptações específicas ao seu contexto de investigação? / (special notations) Do you consider that the survey needs specific changes that are required in order to adjust to the specific social context of your research?

Sim / Yes
 Não / No

No caso de ter respondido "sim" registre a seguir as anotações especiais: (especifique aqui o contexto e as alterações pretendidas do questionário no caso de estas se revelarem necessárias para que o seu estudo tenha em conta algum aspeto específico da sua utilização) / If you have answered "yes" register in the following lines your change request: (specify here the context of the questionnaire application and required changes if these are necessary so that your study will better respond to any particular aspect)

Para este estudo utilizaremos apenas o grupo 1 do questionário (1-47) e a NVS, ou seja, da Q 17 à 23.

Obrigado por preencher este formulário de inscrição e enviá-lo para
Thank you for completing this registration form and send it to

Luis A. SABOGA NUNES, MPH, PhD . Professor . Rede Lusófona para a Promoção da Literacia para a Saúde (ProLISA) www.literacia-saude.info
Email saboga@prosalus.com Telem. (+ 351) 91 47 47 066

* Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-PT (ou Questionário Europeu de Literacia em Saúde, Escala Europeia de Literacia para a Saúde, Escala Europeia de Literacia em Saúde) IGAC direção de serviços de propriedade intelectual Registo n.º 4140/2014 Ref: SIIGAC/2014/7098