



Campus Universitário de Almada
Instituto de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada

João Luís Gonçalves Fernandes

**A influência do conhecimento, crenças sobre a
medicação e literacia no auto-cuidado de diabéticos
tipo II**

Mestrado em psicologia clínica e da Saúde

Orientador: Professor Doutor David Neto

Almada, 2018

DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE

A presente dissertação foi realizada por.....
do Ciclo de Estudos de, no ano
letivo de 201...../201.....

O seu autor declara que:

(i) Todo o conteúdo das páginas que se seguem é de autoria própria, decorrendo do estudo, investigação e trabalho do seu autor.

(ii) Este trabalho, as partes dele, não foi previamente submetido como elemento de avaliação nesta ou em outra instituição de ensino/formação.

(iii) Foi tomado conhecimento das definições relativas ao regime de avaliação sob o qual este trabalho será avaliado, pelo que se atesta que o mesmo cumpre as orientações que lhe foram impostas.

(iv) Foi tomado conhecimento de que a versão digital deste trabalho poderá ser utilizada em atividades de detecção electrónica de plágio, por processos de análise comparativa com outros trabalhos, no presente e/ou no futuro.

(v) Foi tomado conhecimento que este trabalho poderá ficar disponível para consulta no Instituto Piaget e que os seus exemplares serão enviados para as entidades competentes e prevista na legislação.

..... de..... de 20.....

Assinatura

Agradecimentos

Ao Professor Doutor David Neto, pela confiança que depositou quando lhe apresentei mais um tema audaz, por todo o apoio, conhecimento partilhado, pelas críticas e sugestões e pela enorme disponibilidade e flexibilidade para as reuniões.

Um ENORME agradecimento da Unidade Saúde Familiar S. João do Pragal e aos seus Coordenadores Doutor Tiago Oliveira e Ana Valério e todos os Médicos e Enfermeiros. À Coordenação da Unidade de Saúde Familiar Poente e a sua Coordenadora a Doutora Anabela Bitoque e todos os médicos e enfermeiros mas em especial a Enfermeira Maria Jorge Brites. À Coordenação da Unidade de Saúde Familiar Vista Tejo e a sua Coordenadora a Doutora Maribela Teixeira e toda a equipa de médicos e enfermeiros.

Ao Director Executivo Luís Manuel Martins Amaro por autorização o estudo no ACES Almada-Seixal, sem a sua autorização nunca teria sido possível o parecer favorável da ARS-LVT.

A todos os docentes do Instituto Piaget, pela partilha e ensinamentos transmitidos ao longo da Licenciatura em Psicologia e depois no Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

Um obrigado em especial ao João Lima pela amizade, paciência, carinho e grande disponibilidade para irmos a rua ou jantar fora. Ao Miguel Parrinha pela tua amizade, carinho e pelas discussões e partilhas de conhecimento. Um agradecimento do fundo do coração a família Banon, à Dona Rosa pelo carinho e amor incondicional, ao Pedro por tudo!!! Os livros, pelas conversas, pelos puxões de orelhas e auxílio em tempos de desespero. Mas acima de tudo e todos, ao Ricardo Banon pela amizade, carinho, amor e paciência em momentos de desespero, pânico e aflição.

Obrigado Daniela (Dude), que sem ti nunca teria sido possível a chegar até aqui. Tenho dentro de mim um grande carinho e respeito por ti, foste e continuaras a ser uma grande influência e inspiração para mim.

Por fim e em especial a minha família. A minha mãe e irmãs por todo o amor e carinho e por levarem com o meu mau humor em tempos de stress mas que me sempre apoiaram e se mantiveram sempre fortes e nunca desistiram de mim. Gostava de ter palavras para exprimir a minha gratidão mas não as encontro. Obrigado!

Resumo

A diabetes é uma doença crónica que afecta milhões de pessoas em todo o mundo sendo caracterizada pelo excesso de glicose no sangue. A Diabetes Mellitus Tipo 2, tem como causa principal para o seu desenvolvimento os maus hábitos alimentares e hábitos sedentários, podendo existir uma predisposição genética para o seu desenvolvimento. Participaram neste estudo 127 pessoas, de ambos os sexos, diagnosticadas com Diabetes Mellitus Tipo 2, que são seguidas na consulta de diabetologia de três unidades de saúde familiares do ACES Almada – Seixal. As três hipóteses colocadas para o estudo focam de que forma, o conhecimento e a literacia influenciam a manutenção de estilos vida saudáveis, como as crenças sobre a medicação e o conhecimento influenciam adesão terapêutica e se existem diferenças no conhecimento de participantes com familiares directos de participantes em familiares directos com diabetes. Os resultados apontam para que um bom conhecimento sobre a diabetes pode influenciar a manutenção de estilos de vida saudáveis. Em relação a adesão terapêutica, os resultados sugerem que as crenças sobre a medicação sejam preditor para uma boa adesão. A terceira hipótese estudada não apresenta diferenças significativas entre pessoas que tenham ou não tenham familiares com diabetes. Estes resultados apontam que existe uma boa adesão terapêutica por parte das pessoas com diabetes mas que a nível dos estilos de vida existam algumas lacunas a ser colmatadas, de forma a melhorar o auto-cuidado das pessoas com diabetes.

Palavras-chave: Conhecimento; Literacia; Medicação; Auto-cuidado; Adesão Terapêutica; Estilos de vida; Diabetes Tipo 2

Abstract

Diabetes is a chronic disease that affects millions of people around the world being characterized by excess blood glucose. Diabetes Mellitus Type 2 has as main cause for its development poor eating habits and sedentary habits, and there may be a genetic predisposition for its development. A total of 127 people of both sexes diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus were enrolled in this study, followed at the diabetes clinic of three family health units of ACES Almada - Seixal. The three hypotheses put forward for the study focus on how knowledge and literacy influence the maintenance of healthy lifestyles, how beliefs about medication and knowledge influence therapeutic adherence, and whether there are differences in the knowledge of participants with direct relatives of participants in direct relatives with diabetes. The results point out that good knowledge about diabetes can influence the maintenance of healthy lifestyles. Regarding therapeutic adherence, the results suggest that beliefs about medication are predictors of good adherence. The third hypothesis studied does not present significant differences between people who have or do not have relatives with diabetes. These results indicate that there is good therapeutic adherence by people with diabetes but that there are some gaps in the way of life to be filled in order to improve the self-care of people with diabetes.

Key Words: Knowledge; Literacy; Medication; Self-care; Therapeutic Adherence;
Life styles; Type 2 Diabetes

Índice

Índice de Tabelas e Gráficos.....	11
Introdução	12
Revisão da Literatura.....	15
1- Diabetes Mellitus Tipo	15
2- Literacia em saúde	18
3- Adesão Terapêutica	19
Auto-cuidado em pessoas com diabetes	23
O Presente Estudo	23
Hipóteses.....	24
Método	25
Participantes.....	25
Procedimento	26
Instrumentos.....	27
Questionário Crenças sobre a Medicação	27
Questionário de Conhecimentos da Diabetes	28
Escala de Auto-cuidado com a Diabetes	28
Literacia em Saúde.....	29
Questionário Sócio Demográfico.....	29
Resultados	29
Caracterização dos participantes.....	30
Hipótese I – O nível de conhecimento sobre a diabetes e literacia, influenciam a manutenção de estilos de vida saudáveis (Alimentação Geral; Estilos de vida; Exercício; Cuidado com os pés)	34

Hipótese II – As crenças sobre a medicação e o conhecimento sobre a diabetes influenciam a adesão terapêutica prescrita por um profissional de saúde (Avaliação da Glicemia; Medicação)..... 35

Hipótese III – Existem diferenças no nível de Conhecimento da Diabetes entre pessoas com familiares com diabetes e pessoas sem familiares com diabetes diagnosticados. 35

Discussão 36

Conclusão 38

Implicações Práticas 38

Limitações 39

Propostas para estudos Futuros 39

Referências bibliográficas..... 40

Anexos

Índice de Tabelas e Gráficos

Tabelas

Tabela 1 – Dados demográficos da população de diabéticos.....	26
Tabela 2 – Distribuição da média e do desvio padrão para as crenças sobre a medicação.....	30
Tabela 3 – Distribuição das médias e dos desvios padrões para as subescalas das crenças sobre a medicação.....	31
Tabela 4 – Distribuição da média e desvio padrão do Questionário Crenças acerca da Medicação	33
Tabela 5 – Análise do número de fumadores da amostra	33
Tabela 6 – Distribuição da média e desvio padrão do nível de literacia em saúde da amostra	33
Tabela 7 – Análise da Regressão Linear para os estilos de vida.....	34
Tabela 8 – Análise da Regressão Linear Múltipla da adesão terapêutica ..	35
Tabela 9 – Análise da distribuição da média referente ao conhecimento de diabético com e sem familiares com diabetes	35

Gráfico

Gráfico 1 – Nível de conhecimento dos diabéticos da amostra	32
---	----

Introdução

EbersPapyrus é um documento com origem no antigo Egito em 1.500 anos A.C e trata-se de uma compilação de receitas, sintomas, tratamentos e casos clínicos (Ahmed, 2002). A descrição dos casos clínicos, com informação catalogada por título, notas de exame, diagnósticos, prognósticos e tratamento.

Cerca de 3.500 anos depois da descoberta do EbersPapyrus, a incidência e prevalência é significativa. Actualmente a diabetes afecta milhões de pessoas em todo o mundo de todas idades, classes e géneros. E os casos de mortes associados a diabetes são cada vez em maior numero. Para além das doenças que podem surgir, como o caso das doenças cardiovasculares, lesões renais, disfunção sexual, lesões renais e problemas nos pés.

As doenças crónicas são definidas, de modo geral, como sendo doenças sem cura ou de tratamento longo e demorado que pede dos doentes grandes mudanças pessoais, a nível emocional, cognitivo, físico e dos estilos de vida. Essas mudanças a nível interno e externo dos doentes não forem aceites, por outras palavras, se não houver adesão ou mesmo aceitação por parte do doente, estas podem comprometer o seu estado de saúde, bem como, levar a uma evolução negativa da doença e o surgimento de comorbilidades associadas.

Diabetes encontra-se no grupo das doenças crónicas e metabólicas, no qual o organismo torna-se incapaz de produzir insulina ou não a usa de forma adequada e podem ser caracterizadas em três, tipos de diabetes:

- Diabetes tipo 1 que é uma doença auto-imune, que ocorre quando o sistema imunitário ataca e destrói as células β no pâncreas, causando danos permanentes.
- Diabetes Gestacional ocorre quando as hormonas produzidas durante a gravidez bloqueiam a produção de insulina, surge por volta das 24-28 semanas.
- Diabetes tipo 2 é uma resistência do organismo que leva o pâncreas a produzir insulina a mais do que é necessário até não ser capaz de dar resposta aos níveis elevados de insulina produzidos.

A diabetes é uma doença que apresenta um desenvolvimento de sintomas variados e muitos deles tardios, com complicações como cegueira, nefropatia que pode levar a falência renal, elevado risco de úlceras, nos pés, que pode levar a amputação e outros aspectos, bem como, problemas cardiovasculares, disfunção sexual e em casos de hiperglicemia lesões que podem levar a falências de vários órgãos e a morte (Paiva, 2001).

Actualmente o Serviço Nacional de Saúde, fornece apoio aos seus doentes com diabéticos através da Consulta da Diabetes. Na Circular Normativa nº 31/2013/DPS de 01/10/2013 da Administração Central do Sistema de Saúde, relativamente a lista de actos complementares prescritos no decurso de consultas "Saúde Adultos Diabetes" dispensados do pagamento de taxas moderadoras. Trata-se de um acompanhamento para quem já é diagnosticado com diabetes e nesse sentido fez sentido a recolha de dados ser feita em diabéticos acompanhados nessa consulta, para perceber a eficácia da mesma.

O objectivo destas consultas é promover a autonomia do diabético e o controlo da sua saúde, através de uma abordagem multidisciplinar, no qual, enfermeiros, médicos, assistentes sociais e psicólogos intervêm na educação, e em especial no autocontrolo e auto-cuidado da doença a partir de aspectos como a importância da alimentação, da actividade física, da avaliação e interpretação dos resultados na análise do nível de glicemia, do cuidado com os pés, do controlo da pressão arterial e da terapia farmacológica.

O auto-cuidado define-se como a capacidade dos indivíduos terem uma acção de cuidado para com a sua saúde, como por exemplo, a mudança de estilos de vida que visa prolongar e melhorar a sua qualidade de vida. De acordo com Kennedy, Rogers e Bower (2007), os modelos propostos de cuidado da saúde referem que todos os pacientes com uma doença crónica tomam decisões e comportamentos que afectam a sua saúde e o seu bem-estar. O controlo da doença, a responsabilidade e a consciência das suas acções, têm um peso significativo na eficácia do auto-cuidado (Kennedy, Rogers & Bower, 2007).

A preocupação com adesão terapêutica, remete para os trabalhos de Hipócrates, no qual, verificou que os doentes mentiam relativamente aos medicamentos que tomavam, dados estes que remetem para o Século IV A.C. (Da Silva, 2010). Esta

temática tem sido estudada, tanto a nível teórico como a nível empírico que passou a ser conceptualizado como uma variável importante a ser estudada e resolvida.

No caso da diabetes caso da diabetes, a abordagem psicologia as crenças e à mudança de comportamentos dos indivíduos, tem apresentado resultados significativos no cuidado da doença e da saúde das pessoas com diabetes. Uma abordagem educativa com ênfase nos processos cognitivos e nos factores emocionais tem auxiliado pessoas com doenças crónicas (António, 2010). Desta forma, a intervenção da psicologia ao nível demonstrar ter um grande impacto não só na prevenção e promoção da qualidade de vida, mas sobretudo, ao nível da prevenção secundária com a gestão da diabetes e na adesão a práticas promotoras de saúde.

Em relação à diabetes tipo 2, o exercício físico é vantajoso na prevenção e no controlo da doença, para além dos benefícios associados ao treino que podem ser desde a redução do peso, caso seja necessário, ao aumento da sensibilidade da insulina e à melhoria do perfil lipídico (Sigal & et all, 2006). Tanto a curto como a longo prazo, os benefícios a nível da entrada de glicose nas células, que faz com que o corpo poupe na produção de insulina. O treino produz um decréscimo nos níveis plasmáticos de insulina e de glucagon em repouso, observando-se ainda que os indivíduos que treinam regularmente apresentam também uma maior permeabilidade da membrana celular à glicose mesmo sem insulina (Sigal, Kenny, Wasserman & Carmen, 2004; Allen, Sun & Woods, 2015). O exercício pode também servir como estabilizador emocional, de maneira a, aumentar a percepção dos doentes a sintomas e ao seu bem-estar físico e psicológico (Allen, Sun & Woods, 2015).

Segundo Mendes, Sousa, Reis e Barata (2011) as recomendações internacionais são de 150 minutos de exercício com intensidade moderada ou 90 minutos de exercício de intensidade vigorosa durante três dias por semana com dois dias consecutivos sem exercício. Os mesmos autores, sugerem uma alternativa de forma a cumprir as recomendações internacionais de 30 minutos de caminhada rápida durante dois dias da semana e 20 minutos de *jogging* em noutros dois dias.

Sendo que, os números de diabéticos tem vindo a aumentar significativamente de ano para ano, e o presente estudo surge com o intuito de perceber como é que é feito a auto gestão e cuidado da diabetes em Portugal. O objectivo passa por

averiguar que formas o conhecimento sobre a diabetes, os níveis de literacia e crenças influenciam a manutenção de estilos de vida saudáveis, de uma alimentação e dieta saudável, prática do exercício físico e adesão terapêutica.

Desta forma, pretende-se contribuir com uma visão geral da vida de um Diabetes tipo 2 em Portugal e analisar lacunas a nível da sua qualidade de vida e contribuir para um melhoramento da autonomia, promoção e a manutenção do autocuidado dos diabéticos. Podendo contribuir, também, para um melhoramento do acompanhamento das consultas de diabetes em Portugal, partilhando as descobertas do estudo espera-se auxiliar os profissionais de saúde através dos dados obtidos, possa promover a reflexão e a intervenção em áreas críticas.

Revisão da Literatura

1- Diabetes Mellitus Tipo 2

Das várias descrições de sintomas e doenças corresponder para diabetes foi na Grécia antiga, por Aretaeus que o termo diabetes surge a partir do verbo *diabeinein* para definir uma doença, no qual, apresentava como principal sintoma uma maior frequência para urinar. Em 500-600 A.C, na Índia por Sushruta e Caraka, que foi utilizada a primeira denominação de Tipo 1 para jovens e Tipo 2 para pessoas com obesidade (Pathak, Sinha & Sharma, 2013). Em 1797, apresenta a primeira distinção entre tipo de Diabetes, através do tratando de dois soldados a partir de uma dieta rica em carne e baixa em hidratos de carbono, onde demonstrou que os soldados apresentavam baixos níveis de açúcar no sangue e na urina. Nasce então a denominação de Diabetes Mellitus tipo 2.

A Diabetes Mellitus Tipo 2 é caracterizada pela redução progressiva de células β que são responsáveis pelo controlo dos níveis de glicose no sangue, que no caso deste tipo de diabetes resulta na resistência do organismo à insulina produzida (Gross, Silveiro, Camargo, Reichelt & Azevedo, 2002). A insulina tem como funções o armazenamento da glicose, que ao ser transportar através da corrente sanguínea é transformada em energia por parte das células. Ao contrário da Diabetes Tipo 1, a Diabetes Mellitus Tipo 2 é caracterizada por não existir uma dependência de insulina por parte dos doentes, no entanto, a sua produção de insulina é em poucas quantidades o que faz com que o organismo não tenha as

quantidades necessárias para funcionar de forma adequada (Gross et al., 2002; Butler, Janson, Bonner-Weir, Ritzel, Rizza & Butler, 2003).

O seu diagnóstico é comum surgir, quando são realizados exames de rotina ou quando são submetidos a consultas de rastreio por sintomas crónicos, tendo assim um carácter assintomático. Os sintomas de diabetes são típicos, contudo, no caso da Diabetes Mellitus Tipo 2 a sua manifestação é ligeira o que por vezes pode ser confundida por outras razões, sendo estas, urinar com bastante frequência, sede extrema e constante, fome frequente, fadiga, visão turva, feridas que demoram a sarar/cicatrizar e dor ou dormência nos pés ou nas mãos (American Diabetes Association, 2014)

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016), em 2014, cerca de 422 milhões de pessoas, em todo o mundo, sofrem de diabetes tendo-se registado um aumento significativo desta doença ao longo dos anos.

Segundo os dados do Observatório da Diabetes (2014), o número de diabéticos em Portugal tem vindo a crescer exponencialmente, tendo existido um crescimento de 40% em relação a última década. O relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes, em 2014 estima que a prevalência de diabetes na população portuguesa (20-79 anos) de 13,7%, aumentou 1,4% em relação aos anos anteriores (Correia et al., 2013). Isto demonstra existir um crescimento preocupante, que tende a afectar maioritariamente a população masculina e tende em se manifestar em idades mais avançadas a partir dos 60 anos.

Os critérios de diagnóstico têm como base parâmetros e valores dos níveis de glicemia no sangue, definidos pela *American Diabetes Association*, através da avaliação da glicemia em jejum e feito o diagnóstico de hiperglicemia intermédia ou o risco de diabetes, a partir dos parâmetros delineado (Paiva, 2001)

Cerca de 90% dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 apresentam excesso de peso ou obesidade, factores estes que estão fortemente ligados a uma má alimentação, bem como a falta de exercício físico, fumar e o historial familiar (Wang, Rimm, Stampfer, Willet & Hu, 2005). O aumento desta doença está fortemente associado a mudanças sociais e culturais, no envelhecimento da população, na alteração dos estilos alimentares, na redução da actividade física e

noutros padrões comportamentais (álcool e tabaco) (Vilarinho, Lisboa, Thiré & França, 2008).

Sendo uma patologia de longa duração e de risco elevado para a saúde do doente, uma das formas de tratamento e prevenção passa pela adopção de estilos vida mais saudáveis.

A previsão da Organização Mundial de Saúde, estimando-se que estes números venham a aumentar ao longo das próximas décadas (WHO, 2016). O aumento da diabetes, em particularmente, da Diabetes Mellitus Tipo 2 levanta preocupações especialmente devido as co-morbilidades associadas a doença, que apesar dos vários programas de prevenção a propagação desta epidemia continua a se alastrar (Herman & Zimmet, 2012). De acordo com os dados apresentados, podemos inferir que a diabetes poderá vir a aumentar exponencialmente ao longo das décadas se nada for feito.

O Center for Health Statistics, nos Estados Unidos da América, avaliou os dados de 1480 adultos, com o objectivo de analisar a frequência de actividade física e do número de calorias consumidas num dia. A análise aos dados revelou que 36% dos inquiridos estavam acima do peso recomendado e 46% seriam obesos, no qual, apresentavam um elevado número de calorias para uma baixa frequência da actividade física, isto quer dizer, que eram ingeridas mais calorias do que aquelas que eram queimadas existindo um baixo consumo de fruta e vegetais, que parece estar relacionado com baixos níveis de conhecimento e literacia. (Nelson et al, 2002).

A educação tem sido um componente essencial para a promoção da saúde pública e prevenção de doenças, com diversos estudos que demonstram que intervenções estratégicas que focam sensibilizar e criar conhecimento sobre as causas e métodos de prevenção das mais diversas doenças. A saúde e a educação apresentam uma forte correlação, com muitos investigadores a considerarem a literacia em saúde representa o conhecimento e a capacidade dos indivíduos adoptarem comportamentos protectores de saúde e bem como de auto-cuidado através de comportamentos informados como o bom conhecimento (Nutbem, 2008 ; Schillinger, Barton, Karter, Wang & Adler, 2006).

2- Literacia em saúde

Fundamental para o bom funcionamento dos diferentes aspectos de saúde, bem como, pela gestão desses conhecimentos (Santos, 2010). Segundo Berkman, Davis e McCormack (2010), literacia pode ser definida pela capacidade individual de cada pessoa compreender, processar, comunicar e ter a capacidade de utilizar uma informação sobre saúde, de forma a tomar decisões. Lee, Arozullah e Cho (2004), sugerem que os moderadores de literacia em saúde incluam doença e o conhecimento, comportamentos de risco, prevenção de saúde, idas ao médico e adesão a medicação.

Para Berkman et al. (2010), existem várias definições, abordagens e visões de literacia em saúde, com focos mais individuais ou mais amplos, em que todas elas focam a importância do conhecimento e da autonomia. Alguns modelos apresentam um carácter estático e não tem em consideração o facto de a literacia ser um processo contínuo e de que muitos dos modelos anteriores focavam apenas variáveis médicas (Sørensen, et al., 2012).

Desta forma Sørensen et al. (2012), propõem um modelo explicativo para literacia em saúde, onde no seu centro encontram-se quatro competências relacionadas com o acesso, compreensão, avaliação e utilização de informação relacionada com saúde. Essas competências estão ligadas com a capacidade dos grupos ou indivíduos de procurar e obter informação, sendo importante que a informação encontrada seja devidamente compreendida, bem como, a sua capacidade de avaliar, gerir e filtrar de forma a existir uma aplicação dessa informação que irá permitir uma tomada de decisão de melhoramento ou de manutenção.

A literacia, particular em saúde, está fortemente relacionada com resultados de mudanças de comportamento em doença crónicas, como o caso da diabetes, no qual, os níveis de literacia podem influenciar o controlo da glicemia, úlceras e retinopatia (Protheroe, Rowlands, Bartlam & Levin-zamir, 2017).

Num estudo conduzido por Schillinger et al., (2002), no qual foram observados 408 pacientes Ingleses e Espanhóis com Diabetes Mellitus Tipo 2 com o objectivo de avaliar de que forma os diferentes níveis de literacia em saúde

influenciavam os resultados obtidos. Os resultados apresentados sugerem que, níveis inadequados de literacia em saúde estão associados a um baixo controlo glicémico e a um elevado risco de retinopatia.

É importante que os pacientes com diabetes tenham conhecimento e noção dos sintomas da sua doença para que possam ter uma acção correcta relativamente à sua saúde, como também na tomada de medicação e no controlo da glicémia.

Literacia e conhecimento têm sido fortemente associados na literatura, num estudo realizado com doentes Americanos e Japoneses em doentes em ambulatório e internados, apesar de mais de metade da amostra ter um bom conhecimento sobre a sua doença mas maus níveis de literacia em saúde, conseguiram reconhecer e associar sintomas da sua doença, como por exemplo, tremores, suores e muita fome, em que, o restante da população associava esses sintomas a falta de alimentação (i.e., fome) e não a diabetes (Cavanaugh, 2011).

Existe pouca informação que possa associar de que forma os diferentes níveis de literacia pode ou não influenciar a adesão a uma dieta saudável, ao exercício, aos níveis de açúcar no sangue e ao cuidado com os pés (Cavanaugh, 2011; Bains & Egede, 2011).

O estudo conduzido por Williams, Baker, Parker e Nurss (1998) em diabéticos, revelou exactamente isso, que níveis inadequados de literacia e conhecimento podem causar uma barreira educacional e dificuldades na adesão a práticas terapêuticas.

Neste contexto a uma boa compreensão e cooperação, entre como o utente utiliza as suas competências em saúde e como se relaciona com o sistema de saúde, pode influenciar para que exista um comportamento activo por parte das pessoas que sugere um comportamento de colaboração na adesão a um planeamento e adesão terapêutica.

Adesão terapêutica

Define-se como adesão o nível de aceitação entre as recomendações dadas por um profissional de saúde e acção ou os comportamentos praticado por um indivíduo perante um regime proposto (Jimmy, & Jose. 2011). Uma doença crónica, como o

exemplo da diabetes, com uma evolução gradual, que tende a afectar fisicamente e psicologicamente os indivíduos, necessita de ter um acompanhamento médico bem como e uma rede de suporte forte, com o fundamento de motivar os indivíduos (Martínez, Prado-Aguilar, Rascón-Pacheco & Valdivia-Martínez, 2008).

Foi na década de 60, que os estudos sobre o cumprimento e adesão surgem, devido a grande desconfiança dos tratamentos prescritos, bem como, das acções médicas da altura. Haynes, Taylor e Sackett (1979) definem concordância, como o grau de adesão dos indivíduos para com uma terapêutica médica, a confiança e a disponibilidade em tomar a medicação apesar dos possíveis efeitos secundários. Portanto a qualidade da relação entre médico e paciente é uma das chaves para uma boa adesão. A baixa adesão é um problema complexo, em particular em doenças crónicas, como no caso da diabetes, que tem carácter vitalício e requer mudanças, por vezes, extremas de comportamento Clark (2004),.

Segundo Jimmy e Jose (2011), 40-60% dos pacientes, não são capazes de assimilar a informação fornecida pelo seu médico após 10-80 minutos. Os mesmos autores, apresentam um outro estudo, no qual, avaliaram a capacidade dos pacientes reterem informação após a consulta, os resultados demonstraram que 60% dos pacientes imediatamente após a sua visita médica, confundem as instruções dadas mesmo quando prescritas pelo médico. Precisando de rever a informação fornecida bem como as instruções com o seu médico ou outro profissional de saúde (Jimmy & Jose., 2011),.

A não adesão a uma modalidade terapêutica pode ser estimulada por um conjunto de factores que incluem a percepção do doente, a doença, o meio social, o acesso médico e a gestão da informação. A não adesão não se limita apenas a medicação, é quando se falta as consultas médicas, o não seguimento de regimes alimentares e outras práticas que focam o melhoramento da saúde dos doentes (Rhee & et al , 2005).

Das doenças com uma menor adesão ao regime terapêutico destaca-se a Diabetes, em grande parte devido ao seu carácter crónico, sendo, por isso, necessário que o doente adopte práticas de autocontrolo, essencialmente relacionadas, com a sua alimentação e a com prática de exercício físico (Boas, et al., 2011).

Nelson, Reiber e Boyko (2002) referem que, a prática de exercício físico e a adesão a uma dieta podem ajudar a um maior controlo da insulina por parte do diabético bem como na redução do uso de insulina e de medicação, parece ser um preditor de uma boa adesão ao regime farmacológico.

O conhecimento é referido como um pré-requisito para o auto-cuidado, tanto na diabetes, como em qualquer outra patologia, seja ela crónica ou não que percebe-se que este tem um papel preponderante e que deve ser considerados preditores de uma boa adesão (Rodrigues, Santos, Teixeira, Gonela & Zanetti, 2012).

No estudo realizado por Pereira, Archer e Ruiz (2009), foram avaliados 100 pacientes, com diabetes, com o objectivo de avaliar se existe uma relação entre o conhecimento que possuem sobre a doença e as lesões oculares. O estudo mostrou que, mais de 50% dos participantes desconheciam que a diabetes poderia causar alterações ou lesões nos olhos. Dos que responderam ter conhecimento das possíveis complicações causadas pela diabetes, apenas 30% mencionou retinopatia diabética e 27% cataratas, que são as principais causas de perda de visão parcial ou de cegueira.

De maneira a prevenir complicações em relação a diabetes, manter os pacientes informados pode ajudar a prevenir o aparecimento de outras doenças, mas também por haver, pacientes com um baixo nível de conhecimento sobre a patologia e terem maior dificuldades em compreender a importância de hábitos saudáveis e de outras terapêuticas (Williams, et al, 1998; Pereira, et al 2009; Rodrigues et al , 2012).

Cuidar da saúde é fulcral para a prevenção de qualquer doença, sem uma manutenção da saúde e redução dos comportamentos de risco, ficamos vulneráveis a desenvolver um distúrbio mental, no organismo ou num órgão. O auto-cuidado define-se como a pratica de comportamentos que focam a manutenção da sua saúde, qualidade de vida e o seu bem-estar (Nelson, Reiber & Boyko, 2002). Isto exige que os indivíduos adoptem uma atitude de reflexão e tomada de decisão, que tem como objectivo a realização de acções de prevenção e de promoção da sua saúde, no qual, a responsabilidade do indivíduo do cuidado da sua saúde e das suas acções de saúde no seu quotidiano (Saho & de Santana, 2001).

O conceito de auto-cuidado e a auto gestão, estes estão interligados, no entanto, para Orem (1995) auto-cuidado é definido como comportamentos autónomos por parte dos indivíduos que têm em vista a prevenção da doença e a promoção da saúde (Omisakin & Ncama, 2011). A auto gestão por seu lado refere-se a capacidade dos indivíduos de gerir sintomas, tratamentos, mudanças físicas e psicológicas, bem como, as consequências de viver com uma doença crónica. A gestão da doença envolve a capacidade de gerir um sintoma, para que se crie uma resposta cognitiva, comportamental e emocional que auxilie na manutenção da qualidade de vida (Shulman-Green e et., 2012)

No âmbito da doença crónica, o auto-cuidado actua como ferramenta de prevenção e manutenção da doença. O Modelo de auto-cuidado (Orem, 1995) da doença crónica, aborda a gestão da doença como o auto-cuidado, auto monitorização e a auto gestão. Neste modelo, a auto monitorização envolve a observação de sinais e sintomas dados pelo corpo, a auto gestão é a resposta que os doentes dão a determinado sinal ou sintoma que ocorre, desta forma trata-se de um processo pessoal e individual, que deve ser desenvolvido pelos doentes com auxílio dos profissionais de saúde (Riegel, Jaarsma, & Strömberg, 2012).

O cuidado da doença tem como foco central o seu controlo, tarefa árdua que exige uma supervisão de certos aspectos do dia-a-dia do doente, que passam pela alimentação, pela praticar de exercício físico (e.g., caminhar) e pela monitorizar da sua glicemia que podem proporcionar ao doente um maior controlo da Diabetes Mellitus Tipo 2 (Turner, Cull, Frighi, Holman & UK Prospective Diabetes Study, 1999; Mercuri & Arrechea, 2001; Schechter, & Walker, 2002).

Da pesquisa descritiva, com uma abordagem qualitativa, conduzida por Queiroz, Coêlho, Morais, Silva, Rodrigues e Carvalho (2017), observaram que os participantes apresentavam uma boa percepção do que são comportamentos de auto-cuidado na diabetes e também um bom comportamento e adesão as instruções médicas. Uma análise mais profunda análise apresenta sugere que a orientação reforçada de um profissional de saúde pode ajudar a conduzir a autonomia dos pacientes que apresentam um menor índice de cuidado.

Auto-cuidado em pessoas com diabetes

Conforme tem sido a vir referido ao longo da revisão da literatura, a diabetes é uma doença de longa duração, em que o diabético deve passar a controlar a sua doença de forma a prevenir o desenvolvimento de outras comorbilidades associadas a diabetes (e.g., hipertensão).(Piette & Kerr, 2006).

Num estudo realizado por Boas et al. (2011), com o objectivo de avaliar adesão a comportamentos de auto-cuidado, como a dieta e o exercício físico, avaliaram 162 pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. Os resultados demonstraram que existe uma baixa adesão às recomendações sugeridas por profissionais de saúde, relativamente à dieta e ao exercício. Outro estudo realizado por Booth, Lowis, Dean Hunter e McKinley (2013), foram avaliados os relatos de 16 diabéticos através de entrevistas semi-estruturadas. O objectivo deste estudo era analisar o discurso dos participantes em relação a temática das mudanças a nível da dieta e da actividade física. Após análise dos resultados, os investigadores, definiram as variáveis em seis variáveis como, “dificuldade em mudar hábitos”, “percepção negativa dos novos regimes de tratamento”, “barreiras sociais, falta de conhecimento”, “falta de motivação” e “dificuldades em fazer mudanças na sua vida”¹. Os resultados apresentados, apontaram que para a mudança de estilos de vida e a adesão a práticas de auto-cuidado estão fortemente relacionadas com questões pessoais e educacionais (Booth et al., 2013). Da análise das variáveis, encontradas pelos autores, sugerem que existem lacunas a nível cognitivo, no qual, podem favorecer uma intervenção multidisciplinar a nível do acompanhamento médico, para a gestão do estado de saúde, e a nível psicológico para o auxiliar a nível emocional.

O presente estudo

Relativamente à literacia existem, evidências que esta poderá estar associada a um bom conhecimento e ser preditora para uma boa adesão na diabetes. É evidente que

¹ A tradução das variáveis foi efectuada de forma livre, mantendo o mais querente possível as variáveis dos autores do artigo original: Booth, Alison O., et al. "Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: barriers and facilitators identified by patients and health professionals." *Primary health care research & development* 14.3 (2013): 293-306.

também existem lacunas a nível da literacia, não só a nível da diabetes, mas como noutras patologias, talvez esse o motivo pelo qual a literacia é um tema em constante estudo a nível científico.

O conhecimento, parece esse entrar tanto nível tanto da adesão como também a nível da literacia, não é surpresa que um bom conhecimento auxilia, no conhecimento de sintomas e de adesão, contudo, o que a literatura é que um bom conhecimento não é suficiente para um bom cuidado da saúde dos indivíduos. Relativamente à adesão terapêutica, uma boa adesão a uma metodologia terapêutica, seja ela, por exemplo, farmacológica tem influência directa na qualidade de vida dos indivíduos.

A diabetes, em particular a Diabetes Mellitus Tipo 2, é uma doença crónica em que a qualidade de vida adoptada pelo doente irá influenciar e como diabetes pode ou não influenciar a sua vida. Existem cuidados claros a se ter com a diabetes, como por exemplo, o cuidado com os pés para que não existam o aparecimento de úlceras, o cuidado com a visão para que não exista a perda da mesma e da alimentação que vai ajudar a prevenir os factores anteriores, isto é, uma boa alimentação parece estar na base de um bom cuidado e qualidade de vida da diabetes. Apesar desta poder ter influência genética, a literatura aponta para que um dos preditores para o desenvolvimento da diabetes é os estilos de vida, em particular, a alimentação pouco saudável, com um grande nível de hidratos de carbono, açúcares e altamente calórica. Sendo assim, uma alimentação equilibrada é o centro de um maior controlo da diabetes, que em conjunto com as terapias farmacologias, previnem o aparecimento de outras doenças associadas a esta, bem como aumentam significativamente a qualidade de vida dos diabéticos.

Hipóteses

I – O nível de conhecimento sobre a diabetes e literacia, influenciam a manutenção de estilos de vida saudáveis (Alimentação Geral; Alimentação Especifica; Exercício; Cuidado com os pés).

II – As crenças sobre a medicação, conhecimento sobre a diabetes e a literacia, influenciam adesão (Avaliação da Glicemia; Medicação).

III – Existem diferenças significativas no conhecimento de participantes com familiares directos diabetes de participantes sem familiares com diabetes.

Método

Participante

A amostra foi recolhida em unidades de saúde do conselho de Almada, do distrito de Setúbal, onde os pacientes recebem cuidados de saúde de rotina para diabetes, de forma gratuita. Os pacientes têm acesso a consultas de diabetes com um(a) médico (a) e enfermeiro (a), que as unidades de saúde dispõem em todo o país. A consulta tem como objectivo principal avaliação do estado de saúde dos diabéticos (e.g., Avaliação da tensão arterial, nível de glicemia e do estado dos pés), sendo que a primeira observação é feita por um profissional de enfermagem que recolhe os dados antes da consulta com o médico que analisa os resultados com avaliações anteriores.

Foram convidados a participar 193 pessoas com diabetes, de três unidades de saúde familiares pertencentes ao ACES ALMADA-SEIXAL (USF S. João do Pragal; USF Poente; USF Vista Tejo). Tratou-se de uma amostra de conveniência, no qual, aceitaram participar 131 pessoas com diabetes e com uma média de idades de 61 anos (DP=11.8), tendo o participante mais velho 88 anos e o mais novo 38.

Constitui-se como critério de exclusão, o facto de não saber ler nem escrever em português, ser a primeira consulta de diabete, não ter Diabetes Mellitus Tipo 2 e ser menor de idade. Para o critério da primeira consulta, foi pedido que enfermeiros e médicos identificassem através do sistema informático potenciais candidatos.

Os participantes que não conseguissem ou demonstrassem dificuldades em compreender as instruções, preencher o consentimento informado ou os questionários foram excluídos. Caso não aceitasse com os termos assentes no consentimento informado, dava-se por concluída a sua participação. Das 131 pessoas que aceitaram participar, foram excluídos e destruídos, quatro questionários que se encontravam incompletos, ficando uma amostra final de 127 participantes.

Tabela 1
Dados demográficos da população de diabéticos

Variável	Valores (n=127)
Idade	M=61.41 (DP=11.8)
Sexo	54.3% Feminino(n=69); 45.7% Masculino(n=58)
Estado Civil	Solteiro(a) 3.9% (n=5); Divorciado(a) 4.7% (n=6); União de Facto 3.9% (n=5); Casado(a) 75.6% (n=96); Viúvo (a) 10.3% (n=13); Separado(a) 1.6% (n=2)
Escolaridade	4º Ano 40.9% (n=52); 7º Ano 7.1% (n=9); 9º Ano 40.2% (n=51); 12º Ano 11% (n=14); Licenciatura .8% (n=1)
Tipo de Diabetes	Diabetes tipo 1 0% ; Diabetes tipo 2 100%
Com que idade foi diagnosticado diabetes?	M= 53.9 idade (DP= 12.0)
Familiares directos com diabetes	Sim 58.3% (n=74) ; Não 41.7% (n=53)
Se sim, quais?	Pai 16.5%; Mãe 13.4%; Avós 9.4%; Irmãos 14.2%; Pai e Mãe 3.1%; Pai e Avós .8%; Pai, Mãe e Avós 1.6%; Não tem 40.9%.

Procedimento

Inicialmente o estudo foi sujeito à aprovação da Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS-LVT), do qual, emitiu um parecer favorável à sua realização (Anexo A). O projecto foi também apresentado ao Núcleo de Formação e Investigação (NFI) do Agrupamento de Centro de Saúde (ACES) Almada-Seixal e solicitada autorização institucional ao Director Executivo do ACES (Anexo B, Anexo C)

Após as autorizações dos órgãos responsáveis pelas autorizações e monitorização das investigações científicas em Unidades de Saúde, o presente estudo foi apresentado

aos responsáveis das Unidades de Saúde Familiar que em reunião de equipa, solicitou a colaboração de a auxiliares, enfermeiros e médicos para a realização do estudo.

Todos os participantes do estudo eram conhecedores do objectivo do estudo e assinaram um consentimento informado elaborado de acordo com Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo. A participação foi voluntária sem prejudicar ou por em risco o participante em caso de rejeição. Os pacientes foram convidados a participar no estudo pelo seu médico (a) ou enfermeiro(a) desde que preenchessem os critérios de inclusão de ser diagnosticado com diabetes tipo 2, saber ler e escrever e ter mais de 18 anos. Os participantes eram conduzidos por um profissional de saúde, até uma sala onde se encontrava o investigador, no qual eram recebidos, esclarecidos os objectivos do estudo e lido o consentimento informado. Caso o participante aceitasse, eram entregues dois consentimentos informados ao participante para que o lesse e que assinasse, ficando com uma cópia para o participante e outra copia para o investigador. Sempre que necessário, eram esclarecidas quaisquer dúvidas do participante antes de serem entregues os questionários. Na situação de já haver um participante a preencher um questionário mas aparecesse um potencial participante, foi solicitado que aguardasse até o participante actual termina-se e assim se pode-se reunir as condições necessárias a participação no estudo.

Não foi permitida acompanhantes ou familiares dos participantes, dentro da sala para evitar distrações ou enviesamento. Participante que preencheram os critérios de inclusão, mas que apresentaram dificuldades de compreensão das questões foi dada como terminada a prova e destruída, bem como o consentimento, de forma a não fazer parte da colheita. Todos os questionários entregues, foram autorizados pelos respectivos autores.

Instrumentos

Questionário crenças acerca da medicação.

O Questionário Crenças acerca da Medicação (Pereira, Pedras, & Machado. 2013), com o objectivo de avaliar as crenças gerais e específicas relativamente à terapêutica farmacológica. Divide-se o questionário em duas partes, sendo a parte I relativamente às “Crenças Gerais sobre a Medicação” e a parte II às “Crenças específicas sobre a medicação”, cada parte é composta por 5 itens, sendo que, as

escalas tem uma pontuação máxima de 25 pontos, obtida através soma de cada resposta em cada uma das questões. O resultado total sobre as crenças à medicação obtém-se somando as repostas, de tal forma que os resultados variam entre 5 e 25. Sendo que os resultados mais elevados indicam crenças mais elevadas sobre a medicação. Neste estudo foi obtido na consistência interna foi obtido um alfa de Cronbach de .66, sendo que a escala de adaptação e validação a cultura portuguesa, em adultos, obteve um alfa de Cronbach de .70.

Questionário de conhecimentos da diabetes.

A versão reduzida do Questionário de Conhecimentos da Diabetes (Sousa, McIntyre, Martins & Silva. 2015), foi desenvolvido com o objectivo de avaliar o conhecimento das pessoas acerca da diabetes Tratamento, Causas e Sintomas. O questionário tem 28 itens, com três opções de resposta: “Verdadeiro”, “Falso” e “Não Sei”. O nível de conhecimento, é obtido através da soma das respostas correctas, sendo que, as respostas assinalam como “Não Sei” podem corresponder a um nível acerta do desconhecimento sobre a doença e tratamento. Neste estudo foi obtido na consistência interna foi obtido um alfa de Cronbach de .63, sendo que a escala de adaptação e validação a cultura portuguesa, em adultos, obteve um alfa de Cronbach de .80.

Escala de auto-cuidado com a diabetes.

Recorreu-se a Escala de Auto-cuidado (Bastos, Severo, Milton & Lopes. 2007), com o objectivo de medir a adesão terapêutica em diabéticos, sendo que a escala encontra-se agrupada em seis dimensões, como a Alimentação Geral, Alimentação Especifica, Actividade Física e Monitorização da glicemia que mediram os estilos de vida dos diabéticos. Cuidado com os pés e Medicação que mediram a adesão terapêutica. Os hábitos tabágicos, serviram para avaliar qual a frequência de diabéticos com hábitos tabágicos, caso existam. Os resultados são obtidos através da média do número de dias, da semana, que os indivíduos assinalam. Neste estudo foi obtido na consistência interna foi obtido um alfa de Cronbach entre .76 e .17, sendo que a escala de adaptação e validação a cultura portuguesa, em adultos, obteve um alfa de Cronbach de .68 e .36.

A consistência interna da escala traduzida e validada, considerando todos os itens globalmente é baixa dado que o comportamento de adesão é multidimensional.

Literacia em saúde.

Pretende-se utilizar a versão traduzida e adaptada do Newest Vital Sign (NVS) (Martins & Andrade, 2015) com o objetivo de avaliar os diferentes níveis de literacia em saúde. O NVS é um questionário simples e rápido, constituído por 6 itens através de respostas Sim/Não. A sua interpretação é feita através de uma escala de Likert de 0 – 6. Sendo que entre 0 –1 indica existir um nível de literacia limitada; entre 2 – 3 indica a possibilidade de literacia limitada; entre 4 – 6 indica, quase sempre, um nível de literacia adequado. Os resultados são obtidos através da média do número de dias, da semana, que os indivíduos assinalam. Em relação as propriedades psicómetridas, na consistência interna foram obtidas um alfa de cronbach de .75, sendo que a escala de adaptação e validação a cultura portuguesa, em adultos, obteve um alfa de cronbach de .84.

Questionário socio-demográfico.

Com o objectivo de obter uma caracterização detalhada da população em tudo foi elaborado um questionário sócio-demográfico com as seguintes variáveis: Idade; Sexo; Habilitações Literárias; Tipo de Diabetes; Tempo de diagnóstico da diabetes; Familiares com diabetes.

Resultados

O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $p < 0.05$. Utilizou-se o modelo de regressão linear múltipla e o teste t de Student para amostras independentes. Os pressupostos do teste t de Student, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene. Aceitou-se a normalidade de distribuição para as amostras com dimensão superior a 30, de acordo com o teorema do limite central. Quando a homogeneidade de variâncias não se encontrava satisfeita usou-se o teste t de Student com a correcção de Welch. Em todas as hipóteses vamos utilizar o modelo de regressão linear múltipla. Os pressupostos do modelo de regressão linear múltipla, designadamente a linearidade da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente, independência de resíduos (teste de

Durbin-Watson), normalidade dos resíduos (teste de Kolmogorov-Smirnov), multicolinearidade (VIF e Tolerance) e homogeneidade de variâncias foram analisados e encontravam-se genericamente satisfeitos.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.0 para Windows.

Caracterização dos participantes

Pretendemos identificar quais as crenças que os participantes possuem nas diferentes dimensões que constituem este questionário, com um valor mínimo possível da escala total de 18 e máximo de 90. Quanto mais elevado for o valor das crenças, mais desfavorável será o parecer dos indivíduos face a medicação. O questionário é dividido em duas partes, sendo que a Parte I mede as Crenças Gerais sobre a medicação e a Parte II sobre as Crenças Específicas sobre a Medicação, os autores referem que a escala pode ser utilizada em separado ou em conjunto, dependendo do objectivo do estudo (Pereira, Pedras & Machado. 2013).

Os resultados obtidos na tabela 2, apontam para crenças fortes sobre os medicamentos utilizados para o controlo da diabetes. Assim para analisar em detalhe cada uma das subescalas utilizadas, executamos uma análise separada de cada uma das médias.

Tabela 2
Distribuição da média e do desvio padrão para as crenças sobre a medicação

Escala	Média	Desvio Padrão
Crenças acerca da Medicação	49.51	6.52

Para análise mais detalhada da escala, foi utilizada os valores para a Parte I as pontuações da Escalas de Efeito Nocivo variam entre 5 e 25 e para a Escala de Uso Excessivo 5 a 15. Para a Parte II a Escala de Necessidade Especifica 5 a 25 e na Escala de Preocupação Específicas 5 a 25 (Pereira, Pedras & Machado. 2013). Da leitura da tabela 3, verificamos que as crenças sobre os Uso Excessivo e os Efeito Nocivo apontam para as crenças fortes sobre a Medicação. Para as Crenças Específicas os resultados sugerem que as Preocupações Específicas sobrepõem-se as Necessidades Específicas e que estas tenham crenças mais baixas.

Tabela 3

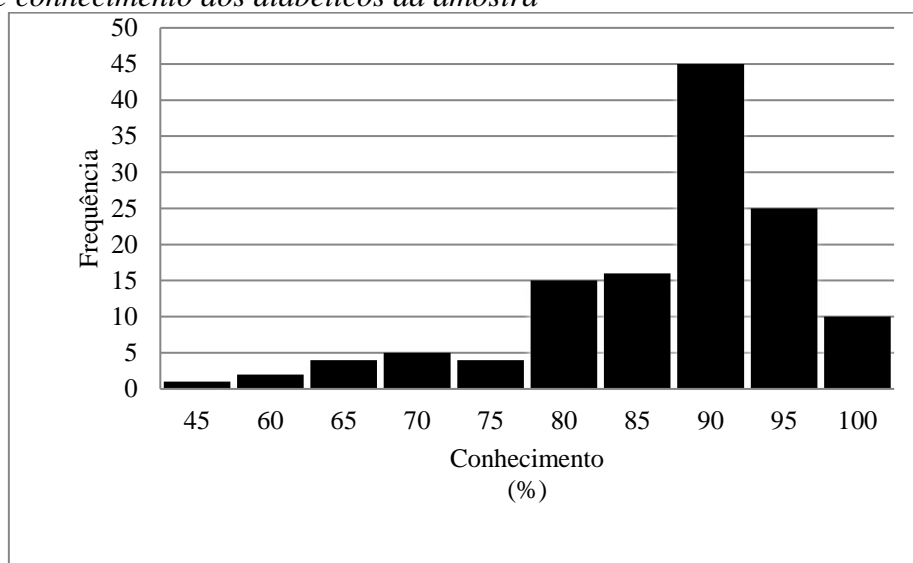
Distribuição das médias e dos desvios padrões para as subescalas das crenças sobre a medicação

Escala	Média	Desvio Padrão
Efeitos Nocivos	14.34	2.58
Uso Excessivo	12.52	2.75
Necessidades Específicas	10.02	2.36
Preocupação Específica	12.61	3.61

Com o objectivo de identificar qual o nível de conhecimento dos diabéticos possuem, bem como as suas incertezas nas três dimensões que o questionário aborda. Para facilitar a interpretação e comparabilidade, a pontuação dos participantes foi calculada através da fórmula $[\Sigma/Mx*100]$, sendo que a Σ o somatório das respostas correctas em cada dimensão, o Mx a pontuação máxima possível de obter em cada uma das dimensões, variando os resultados entre 0-100%.

No Gráfico 1, estão apresentados as frequências das respostas obtidas pelos participantes, relativamente ao conhecimento dos sintomas, tratamento e causas para a diabetes. Os resultados sugerem o conhecimento das pessoas com diabetes se encontra rondar 90% ou superior relativamente ao conhecimento, com uma frequência de 80 pessoas, sugerindo que a maioria das pessoas com diabetes tenha um conhecimento adequado sobre a sua doença.

Gráfico 1
Nível de conhecimento dos diabéticos da amostra



Numa análise mais aprofundada do instrumento, verificamos nos itens oito “Para a doença não piorar é importante avaliar a acetona na urina” e nove “Para a doença não piorar os valores de açúcar no sangue devem estar muito baixos” da escala de “Tratamento, controlo e complicações”, o nível de resposta foi maior aquele que era desejado (Anexo D).

Os resultados da tabela 4, que relativamente a “Alimentação Geral” apresenta que a média de dias que os participante efectuam uma alimentação saudável é de quatro a seis dias por semana. Para a alimentação específica os dados apontam para uma média de dois dias na semana, no qual, são seguidos hábitos específicos.

Em relação ao exercício, os resultados apontam para uma actividade física que ronda dos dois dias por semana e que a monitorização da glicemia, é efectuada por média três vezes por semana.

Na análise dos resultados sobre o cuidado com os pés e da medicação, os resultados apontam para que as pessoas com diabetes tenham um cuidado constante com os pés durante a semana, em relação a medicação, os resultados rondam os cinco a sete dias.

Tabela 4

Distribuição da média e desvio padrão do Questionário Crenças acerca da Medicação

	Média	Desvio Padrão
Alimentação Geral	5.78	1.56
Alimentação Específica	2.38	.77
Exercício	1.61	1.74
Motorização da Glicemia	2.49	1.55
Cuidado com os Pés	6.54	1.18
Medicação	5.40	2.04

Relativamente aos hábitos tabagismos, dos participantes do estudo a frequência de fumadores é de duas pessoas, com um número de cigarros que rondam as 30 unidades.

Tabela 5

Análise do número de fumadores da amostra

Variável	Valor (n=127)
Número de Fumadores	2
Média de cigarros fumados	30

A tabela 6 apresenta os resultados relativamente aos níveis de literacia em saúde, os autores referem que pontuações entre 0-1 sugerem alta probabilidade de literacia limitada, pontuações entre 2-3 indicam a possibilidade de literacia limitada e pontuações entre 4-6 quase sempre indicam literacia adequada (Martins & Andrade, 2014). Para este estudo os resultados sugerem que exista um nível de literacia limitada entre as pessoas com diabetes.

Tabela 6

Distribuição da média e desvio padrão do nível de literacia em saúde da amostra

	Média	Desvio Padrão
Literacia	.661	1.16

Hipótese I – O nível de conhecimento sobre a diabetes e literacia, influenciam a manutenção de estilos de vida saudáveis (Alimentação Geral; Estilos de vida; Exercício; Cuidado com os pés)

Tabela 7
Análise da Regressão Linear para os estilos de vida

	Alimentação geral		Estilos de vida		Exercícios		Cuidados com os pés	
	B	SE	B	SE	β	SE	B	SE
Literacia	-.001	.224	-.049	.417	.135	.267	.011	.246
Conhecimentos	.370***	.027	-.096	.051	.025	.032	.431***	.030
R ² adj	.123		.003		.004		.174	
F	9.844***		.782		1.232		14.237***	

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

O modelo de regressão linear múltipla com a variável Alimentação Geral como variável dependente e as variáveis Literacia e Conhecimento da Diabetes como variáveis independentes explica 12.3% da variância total dos cuidados com a Alimentação Geral. A variável Conhecimento da diabetes revelou-se um estimador significativo da alimentação Geral. Como o coeficiente de regressão é positivo isso significa que quanto mais elevados são os Conhecimentos sobre a Diabetes mais elevados são os cuidados com a Alimentação Geral.

O modelo de regressão linear múltipla com a variável Cuidados com os Pés como variável dependente e as variáveis Literacia e Conhecimento da Diabetes como variáveis independentes explica 17.4% da variância total dos Cuidados com os Pés. A variável Conhecimento da diabetes revelou-se um estimador significativo dos Cuidados com os Pés. Como o coeficiente de regressão é positivo isso significa que quanto mais elevados são os Conhecimentos sobre a Diabetes mais elevados são os Cuidados com os Pés.

Hipótese II – As crenças sobre a medicação e o conhecimento sobre a diabetes influenciam a adesão terapêutica recebida por um profissional de saúde (Avaliação da Glicemia; Medicação)

Tabela 8
Análise da Regressão Linear Múltipla da adesão terapêutica

	Glicemia		Medicação	
	B	SE	β	SE
Conhecimentos	.056	.028	.093	.057
Crenças	.231**	.042	-.177	.083
R ² adj	.039		.021	
F	3.531*		2.244	

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

O modelo de regressão linear múltipla com a variável Avaliação da Glicemia como variável dependente e as variáveis Literacia, Conhecimento da Diabetes e Crenças como variáveis independentes é marginalmente significativo e explica 3.9% da variância total da Avaliação da Glicemia. A variável Crenças revelou-se um estimador significativo da Avaliação da Glicemia, como o coeficiente de regressão é positivo isso significa que quanto mais positivas são as crenças sobre a Diabetes mais elevados são os cuidados com a Avaliação da Glicemia.

Hipótese III – Existem diferença no nível de Conhecimento da Diabetes entre pessoas com familiares com diabetes e pessoas sem familiares com diabetes diagnosticados

Tabela 9
Análise da distribuição da média referente ao conhecimento de diabético com e sem familiares com diabetes

	Não		Sim		T
	M	DP	DP	M	
Conhecimentos	88.5	7.3	86.0	10.9	.139

A diferença nos níveis de conhecimento sobre a Diabetes entre pessoas com familiares com diabetes e pessoas sem familiares com diabetes diagnosticados não é estatisticamente significativa, $t(124) = -1.488$, $p = .139$.

Discussão

Os casos de diabetes têm vindo a aumentar significativamente, o presente estudo tinha como finalidade a avaliação dos comportamentos de auto-cuidado em diabéticos, em especial os seus estilos de vida e da sua adesão terapêutica. Podendo desta forma obter, um conhecimento de como é a dinâmica de auto-cuidado e como se relaciona com as variáveis em estudo. Desta forma, a discussão retomará assim para o efeito das hipóteses testadas.

A hipótese um, previa que ambos as variáveis fossem preditoras para a manutenção de um estilo de vida saudável. Os resultados obtidos demonstram que um bom conhecimento sobre a doença pode influenciar na adesão em pessoas com diabetes. Os resultados evidenciam a ausência de associação entre a variável conhecimento e a literacia. Assim, podemos considerar que à medida que o conhecimento aumenta os estilos de vida das pessoas com diabetes também aumente.

Na análise das variáveis que avaliavam os estilos de vida, podemos verificar que as pessoas com diabetes efectuam em seis dos sete dias da semana uma alimentação cuidada e recomendada por um profissional de saúde e que em dois dos sete dias da semana é efectuada uma alimentação específica (e.i., Doces; Bebidas alcoólicas, Carnes Vermelhas). Relativamente a actividade física, os dados sugerem que as pessoas com diabetes façam exercício físico duas vezes por semana e que tomem cuidado com os seus pés diariamente. Uma vez que o conhecimento se apresenta como influenciador à alimentação geral e o cuidado com os pés, os resultados apontam para que as pessoas com a diabetes cuidem de alguns aspectos da sua vida, mas tendem a negligenciar o exercício físico e aspectos específicos da sua alimentação.

Note-se que ao contrário do conhecimento, a literacia não se apresenta como preditor em nenhuma das variáveis estudadas. A semelhança de outros resultados encontrados na literatura, existe um compromisso do nível da literacia em saúde na população portuguesa, sendo que os dados apontam para que três em cada quatro portugueses possuam uma literacia limitada. (Serrão, Veiga & Vieira., 2015; Paiva, Silva, Severo, Moura-Ferreira, Lunet & Azevedo., 2017).

A hipótese dois, o conhecimento se apresenta não estar ao mesmo nível do que foi encontrado nos estilos de vida. Quando analisado com a variável medicação e a

avaliação da glicemia, apenas as crenças sobre a medicação se apresentam como um preditor para a adesão terapêutica. A medicação, para qualquer efeito, serve para atenuar os sintomas ou para melhorar o controlo de uma doença, contudo, sem um ajustamento dos estilos de vida dos pacientes com doença crónica, os resultados são a curto prazo, acabando por ter de se aumentar a dosagem da medicação ou mais fármacos que venham auxiliar em outros sintomas. (Fournier, Ridder & Bensing, 2002).

Os estudos apontam para que o medo, inseguranças e desconhecimento em tomar medicação, relacionam-se negativamente com a medicação, o que revela que crenças mais baixas acerca da toxicidade e uso excessivo influenciam adesão a medicação (Pereira & et al. 2013). Contudo os resultados deste estudo sugerem que apesar existirem crenças mais fortes em relação aos efeitos nocivos dos medicamentos e ao uso excessivo de medicamentos, os resultados apontam para uma boa adesão e que a medicação seja tomada com frequência (Média= 5.40; DP=2.04).

Em relação a monitorização da glicemia, as crenças sobre a medicação apresentam-se como significativas, isto sugere que a medida que as crenças vão aumentadas também aumenta a monitorização. Como a monitorização é feita de forma autónoma e conforme a necessidade por parte das pessoas com diabetes, podemos apenas inferir, mas que este controlo da monitorização possa estar associado a crenças desajustadas em relação a medicação.

Especulando apenas, um dos motivos de existir uma melhor adesão a terapêutica farmacológica do que a outras formas de tratamento, como é o caso do exercício, pode-se dever ao facto da complexidade de cada um deles. A farmacologia é uma forma simples e directa de actuar nos sintomas, com um sentimento de segurança e controlo em relação aos sintomas e da doença. Contudo a prática do exercício é bastante mais complexa e depende de vários factores, como por exemplo, físico (e.g: dificuldades de locomoção) como psicológicos (e.g: motivação) (Lutfey & Wishner, 1999; Wen, Shepherd & Parchman, 2004; Rubin, 2005). Da análise dos dados obtidos da amostra, estes apontam para que seja mais fácil para as pessoas com diabetes seguir um plano farmacológico do que um plano de actividade física, mesmo que, este envolva uma caminhada de 30 minutos.

A literatura demonstra que pode existir uma predisposição genética para o desenvolvimento de diabetes e os resultados apontam para que as pessoas com diabetes

tenham conhecimento sobre esse facto. Para a terceira hipótese em estudo, sendo que não existem diferenças significativas, não podemos afirmar que o facto de conhecerem a doença ou não, as suas causas e sintomas possam ter influenciado comportamentos de risco que levassem a desenvolver a doença.

Para finalizar, podemos concluir que as pessoas com diabetes sofrem de algumas limitações que influenciam os estilos de vida dos diabéticos, que pode levar ao desenvolvimento de outras doenças, fortemente, associadas a diabetes (e.g., hipertensão) e a estilos de vida sedentários, bem como, a um detrimento da sua qualidade de vida. Contudo, existe uma boa adesão a terapêutica farmacológica, bem como, ao cuidado com os pés e uma boa alimentação geral. O que sugere que existem práticas de autocuidado por parte das pessoas com diabéticos, mas que existam lacunas que possam ser colmatadas com o objectivo de melhorar, em particular, os estilos de vida.

Conclusão

Implicações Práticas

O presente estudo apresenta possíveis implicações a nível prático, em particular na abordagem tanto a Diabéticos Mellitus Tipo 2, bem como, a pessoas pré-diabéticas. Uma das principais estratégias nos programas de saúde, passa por educar para a saúde através de transmissão de conhecimento sobre as patologias e as crenças, variáveis estão fortemente ligadas como preditores de comportamentos (Santos, 2010). Contudo a nível de literacia, parece não existir um grande esforço para melhorar os níveis de literacia. Desta forma, e a partir destas evidências, é que estando tanto médicos como enfermeiros no acompanhamento próximo dos doentes que possam ser eles a transmitir esse conhecimento. Note-se que o facto do cuidado com os pés e da boa adesão a medicação, pode ter ela toda a ver com o facto dos profissionais de saúde transmitirem conhecimentos nesse sentido, para que essas medidas sejam tomadas de forma a melhorar a qualidade de vida do diabético.

Uma intervenção a nível das crenças, bem como, no melhoramento da adesão a ao exercício, através de intervenções específicas individuais ou em grupo de forma a abranger o maior número de pessoas possíveis e criar uma rede de apoio.

Limitações

Tratou-se de uma amostra de três unidades de saúde familiar do mesmo agrupamento do ACES, sendo duas delas exactamente na mesma zona. O que poderá ser um factor limitativo no que diz respeito a conclusões mais gerais sobre a saúde geral do auto-cuidado dos diabéticos portugueses.

Outro aspecto limitativo, é o facto de alguns dos participantes terem já uma idade avançada e outros fazerem parte de zonas sociais, dos quais, existe um grande nível de insucesso escolar e baixa escolaridade. Esse factor, pode ser importante na avaliação das dimensões como a literacia e das crenças sobre a medicação.

Por fim, a última limitação prende-se com a escolha de um dos instrumentos escolhidos, que de todas as escalas apresentou um alpha de cronbach baixo, o que pode ter comprometido os dados, sendo que avalia apenas a última semana de hábitos.

Propostas para estudos futuros

Replicar este estudo com um número maior de diabéticos e por mais zonas, de forma a ter uma avaliação mais objectiva do auto-cuidado e com uma avaliação semanal ou mensal dos seus hábitos. Séria interessante tanto fazer avaliação entre grupos de diabéticos e outras doenças crónicas, como por exemplo a hipertensão. Tendo em conta que as medidas de auto-cuidado e adesão terapêutica são similares, como a prática do exercício físico e de uma alimentação equilibrada, seria interessante medir o nível de adesão entre as doenças crónicas e se o acompanhamento médico diferencia a forma de auto-cuidado.

No seguimento de avaliações, seria interessante fazer um estudo que incluísse um *follow-up* e uma intervenção de um profissional da psicologia e perceber se existem diferenças ou não relativamente ao auto-cuidado.

Referencias Bibliográficas

- Ahmed, A. M. (2002). *History of diabetes Mellitus*. *Saudi medical journal*, 23(4), 373-378.
- American Diabetes Association. (2010). *Diagnosis and classification of diabetes Mellitus*. *Diabetes care*, 33(Suppl 1), S62.
- António, P. (2010). *A Psicologia e a doença crónica: Intervenção em grupo na diabetes Mellitus*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 15-27.
- Bains, S. S., & Egede, L. E. (2011). *Associations between health literacy, diabetes knowledge, self-care behaviors, and glycemic control in a low income population with type 2 diabetes*. *Diabetes technology & therapeutics*, 13(3), 335-341.
- Bastos, F., Severo, M., & Lopes, C. (2007) *Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada*. *Acta Med Port*, 20(1), 11-20.
- Becker, M. H. (1979). *Patient perceptions and compliance: Recent studies of health belief model*. *Compliance in health care*.
- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). *Health literacy: what is it?*. *Journal of health communication*, 15(S2), 9-19.
- Boas, L. C. G. V., Foss, M. C., Foss-Freitas, M. C., Torres, H. D. C., Monteiro, L. Z., & Pace, A. E. (2011). *Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes Mellitus*. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 20(2), 272-279.
- Butler, A. E., Janson, J., Bonner-Weir, S., Ritzel, R., Rizza, R. A., & Butler, P. C. (2003). *β -cell deficit and increased β -cell apoptosis in humans with type 2 diabetes*. *Diabetes*, 52(1), 102-110.
- Cavanaugh, K. L. (2011). *Health literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment*. *Diabetes management (London, England)*, 1(2), 191.
- Clark, M. (2004). *Adherence to treatment in patients with type 2 diabetes*. *Journal of Diabetes Nursing*, 8(10), 386-391.

- Cruz, R.S., Martins, O., Rocha, M.C., Martins, Anabela C., & Isabel, A. (2014). *Literacia em saúde e adesão à terapêutica na Diabetes Mellitus tipo 2*. In Revista Referência, Coimbra
- Denyes, M. J. (1988). *Orem's model used for health promotion: Directions from research*. Advances in Nursing Science, 11(1), 13-21.
- Fournier, M., Ridder, D., & Bensing, J. (2002). *Optimism and adaptation to chronic disease: The role of optimism in relation to self-care options of type 1 diabetes Mellitus, rheumatoid arthritis and multiple sclerosis*. British journal of health psychology, 7(4), 409-432.
- Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Peel, J., & Baker, D. W. (2003). *Health literacy and knowledge of chronic disease. Patient education and counseling*, 51(3), 267-275.
- Gross, J.L., Silveiro, S.P., Camargo, J.L., Reichelt, A.J. and Azevedo, M.J. (2002) *Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico*. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, 46, 16-26.
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (1979). *Compliance in health care*. Hopkins University Press, Baltimore, 11-22.
- Jimmy, B., & Jose, J. (2011). *Patient medication adherence: measures in daily practice*. Oman medical journal, 26(3), 155.
- Lee, S. Y. D., Arozullah, A. M., & Cho, Y. I. (2004). *Health literacy, social support, and health: a research agenda*. Social science & medicine, 58(7), 1309-1321.
- Lutfey, K. E., & Wishner, W. J. (1999). *Beyond" compliance" is" adherence"*. Improving the prospect of diabetes care. Diabetes care, 22(4), 635-639.
- Mann, D. M., Ponieman, D., Leventhal, H., & Halm, E. A. (2009). *Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs*. Journal of behavioral medicine, 32(3), 278-284.
- Martínez, Y. V., Prado-Aguilar, C. A., Rascón-Pacheco, R. A., & Valdivia-Martínez, J. J. (2008). *Quality of life associated with treatment adherence in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study*. BMC Health Services Research, 8(1), 164.

- Martins, A. C., & Andrade, I. M. (2014). *Adaptação cultural e validação da versão portuguesa de Newest Vital Sign*. Revista de Enfermagem Referência, (3), 75-83.
- Mercuri, N., & Arrechea, V. (2001). *Atividade física e diabetes Mellitus*. Diabetes Clínica, 5(2), 347-349.
- Nelson, K. M., Reiber, G., & Boyko, E. J. (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.
- Nutbeam, D. (2008). *The evolving concept of health literacy*. Social science & medicine, 67(12), 2072-2078.
- Omisakin, F. D., & Ncama, B. P. (2011). *Self, self-care and self-management concepts: implications for self-management education*. Educational Research, 2(12), 1733-1737.
- Orem D (1995). *Nursing: Concepts of Practice* (5th ed.). St. Louis: Mosby Year Book. (Nutbeam, 2008 ; Schillinger, Barton, Karter, Wang & Adler, 2006) Pace, A. E., Ochoa-Vigo, K., Caliri, M. H. L., & Fernandes, A. P. M. (2006). *Knowledge on diabetes Mellitus in the self care process*. Revistalatio-americana de enfermagem, 14(5), 728-734.
- Paiva, C. (2001). *Novos critérios de diagnóstico e classificação da diabetes Mellitus*. Medicina Interna, 7(4), 234-38.
- Paiva, D., Silva, S., Severo, M., Moura-Ferreira, P., Lunet, N., & Azevedo, A. (2017). *Limited Health Literacy in Portugal Assessed with the Newest Vital Sign*. Acta Médica Portuguesa, 30(13).
- Pereira, M. D. G., Pedras, S., & Cunha Machado, J. (2013). *Adaptação do questionário de confiança no médico em pacientes com diabetes tipo 2 e seus companheiros*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 26(2).
- Pontieri, F. M., & Bachion, M. M. (2010). *Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento*. Ciência & saúde coletiva, 15, 151-160.

- Protheroe, J., Rowlands, G., Bartlam, B., & Levin-Zamir, D. (2017). *Health literacy, diabetes prevention, and self-management*. Journal of diabetes research, 2017.
- Queiroz, D.H.S., Coêlho, L.D.S., De Moraes, F.F., Silva, R.S.D.S., Rodrigues, D.D.O., & de Carvalho, N.A.R. (2017). *A percepção do autocuidado em portadores de diabetes Mellitus Atendidos na atenção básica de saúde*. Revista UNINGÁ, 53(2).
- Rhee, M. K., Slocum, W., Ziemer, D. C., Culler, S. D., Cook, C. B., El-Kebbi, I. M., Gallina, D.L., Barnes, C., & Phillips, L. S. (2005). *Patient adherence improves glycemic control*. The Diabetes Educator, 31(2), 240-250.
- Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). *A middle-range theory of self-care of chronic illness*. Advances in Nursing Science, 35(3), 194-204.
- Riegel, B., Moser, D. K., Buck, H. G., Dickson, V. V., Dunbar, S. B., Lee, C. S., & Webber, D. E. (2017). *Self-Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association*. Journal of the American Heart Association, 6(9)
- Rubin, R. R. (2005). *Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes Mellitus*. The American journal of medicine, 118(5), 27-34.
- Sackett, D.L. and Snow, J.C. (1979) *The Magnitude of Compliance and Non Compliance*. In: Haynes, R.B., Taylor, D.W. and Sackett, D.L., Eds., Compliance in Health Care, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 11-22.
- Saho, M., & Matos deSantana, R. (2001). *Promovendo o auto-cuidado no controle da hanseníase*. Revista Baiana de Enfermagem, 14(1).
- Santos, O. (2010). *Health literacy: empowering the person with overweight for the control and reduction of body weight*. Observatório Nacional da Obesidade e do Controlo do Peso, 4(3).
- Schechter, C. B., & Walker, E. A. (2002). *Improving adherence to diabetes self-management recommendations*. Diabetes Spectrum, 15(3), 170-175.

- Schillinger, D., Barton, L. R., Karter, A. J., Wang, F., & Adler, N. (2006). *Does literacy mediate the relationship between education and health outcomes? A study of a low-income population with diabetes*. *Public health reports*, 121(3), 245-254.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., & Bindman, A. B. (2002). *Association of health literacy with diabetes outcomes*. *Jama*, 288(4), 475-482.
- Schulman- Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., McCorkle, R., Redeker, N.S., Reynolds, N., & Whittlemore, R. (2012). *Processes of self- management in chronic illness*. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 136-144.
- Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). *Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (SPE2), 33-38.
- Silva, I. L. (2010). *Psicologia da diabetes*. Coimbra: Quarteto. Lisboa:Placebo, Editora LDA.2º Edição. 14-19
- Sørensen, K., Van den 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(1), 80.
- Sousa, M. R., McIntyre, T., Martins, T., & Silva, E. (2015). *Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD): propriedades psicométricas*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 33-41.
- Turner, R. C., Cull, C. A., Frighi, V., Holman, R. R., & UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. (1999). *Glycemic control with diet, sulfonylurea, metformin, or insulin in patients with type 2 diabetes Mellitus: progressive requirement for multiple therapies (UKPDS 49)*. *Jama*, 281(21), 2005-2012.
- Vilarinho, R.M.F., Lisboa M.T.L., Thiré P.K. & França P.V. (2008). *Prevalência de fatores de risco de natureza modificável para a ocorrência de Diabetes Mellitus tipo 2*. *Esc Anna Nery*. 2008;12(3):452-5

Wang Y., Rimm E.B., Stampfer M.J., Willett W.C., Hu F.B. (2005). *Comparison of abdominal adiposity and overall obesity in predicting risk of type 2 diabetes among men*. Am J Clin Nutr 81: 555–563 [PubMed].

Whittemore, R., Bak, P. S., Melkus, G. D. E., & Grey, M. (2003). *Promoting lifestyle change in the prevention and management of type 2 diabetes*. Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 15(8), 341-349.

Williams, M. V., Baker, D. W., Parker, R. M., & Nurss, J. R. (1998). *Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes*. Archives of internal medicine, 158(2), 166-172.

Zanetti, M. L., & Mendes, I. A. C. (1993). *Tendência do locus de controle de pessoas diabéticas*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 27(2), 246-262.

Anexos

Lista de Anexos:

Anexo A – Parecer da ARS-LVT	47
Anexo B – Autorização do Director Executivo do ACES ALMADA-SEIXAL	48
Anexo C – Parecer do NFI do ACES ALMADA-SEIXAL	49
Anexo D – Frequências Relativas das respostas do Questionário de Conhecimento sobre a diabetes	50
Anexo E – Autorização da autora para a utilização da Questionário de Crenças sobre a medicação	51
Anexo F – Autorização da autora para a utilização do Questionário de Conhecimento sobre a diabetes	52
Anexo G – Autorização da autora para a utilização do Escala de Auto-cuidado com a Diabetes	53
Anexo H – Autorização da autora para a utilização do Newest Vital Signs	
Anexo I – Autorização Consentimento Informado do estudo	54

Anexo A Parecer da ARS-LVT



Exmo. Senhor
Dr. João Luis
joao_luis11@hotmail.com

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		9431/CES/2017	24.08.2017

Assunto: Influência do Conhecimento, literacia e crenças na adesão terapêutica no auto-cuidado de diabéticos tipo II.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, tendo sido emitido um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a concretização do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo


LUIS PISCO
Vice-Presidente do Conselho Directivo
ARS LVT, L.P.
Luis Pisco

Anexo B Autorização do Director Executivo do ACES ALMADA-
SEIXAL



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declaro que o ACES Almada Seixal concorda e tem condições logísticas e humanas para a realização do estudo "Influência do Conhecimento, literacias e crenças na adesão terapêutica no autocuidado de diabéticos tipo II" a realizar pelo Mestrando João Luis Gonçalves Fernandes.

Amora, 12 de Junho de 2017

O Diretor Executivo do Agrupamento de
Centros de Saúde Almada Seixal

Luís Amaro

Anexo C Parecer do NFI do ACES ALMADA-SEIXAL

Re: Documentação



Amélia Silva | Núcleo de Formação e Investigação <amelia.silva@arslvt.min-saude.pt>

qua 06/09/2017, 09:56

Você: Luis Amaro | ACES Almada-Seixal - Direção Executiva (luis.amaro@arslvt.min-saude.pt)



Mostrar todos os 1 anexos (5 MB) Baixar Salvar no OneDrive - Pessoal

Bom dia, Dr. João Fernandes

Muito obrigado pelo envio de toda a documentação incluindo a Declaração do Diretor Executivo - Dr. Luis Amaro, estando assim concluído todo o processo. Desejo-lhe o maior sucesso.

Melhores cumprimentos,

Amélia Silva

Enf. Chefe

Responsável do Núcleo de Formação e Investigação

ACES Almada Seixal



NÚCLEO DE FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Email: amelia.silva@arslvt.min-saude.pt

Telefone: +351212274812 - TM: +351932827324

Morada: Largo da Mundet - Bairro Nova, 2º Piso, 2840-441 Seixal



Anexo D Frequências Relativas das respostas do Questionário de
Conhecimento sobre a diabetes

	Questões	Verdadeiro	Falso	Não sei
Tratamento, controle e complicações	1. Para a doença não piorar deve fazer a picada no dedo para saber os valores de açúcar no sangue	121 (95.3%)	5 (3.9%)	1 (0.8%)
	2.No tratamento da diabetes normalmente deve tomar sempre a medicação receitada pelo médico	126 (99.2%)	1 (0.8%)	0
	3.Para a doença não piorar a quantidade de açúcar no sangue deve estar próximo dos valores normais	125 (98.4%)	1 (0.8%)	1 (0.8%)
	4. Para a doença não piorar é importante vigiar a tensão arterial	127 (100%)	0	0
	5.Devido à diabetes outros problemas de saúde podem causar doenças nos olhos	125 (98.4%)	1 (0.8%)	1 (0.8%)
	6.Devido à diabetes outros problemas de saúde podem surgir sem o diabético dar por isso	123 (96.9%)	4 (3.1%)	0
	7.No tratamento da diabetes é importante andar a pé (tipo marcha) diariamente e cerca de 20 minutos	121 (95.3%)	1 (0.8%)	5 (3.9%)
	8.Para a doença não piorar é importante avaliar a acetona na urina	57 (44.9%)	9 (7.1%)	67 (48%)
	9.Para a doença não piorar os valores de açúcar no sangue devem estar muito baixos	70 (55.1%)	49 (38.6)	8 (6.3%)
	10. No tratamento da diabetes uma alimentação saudável é tão importante como a medicação receitada pelo médico	120 (94.5%)	6 (4.7)	1 (0.8%)
	11.A diabetes é uma doença que dura pouco tempo	33 (26%)	91 (71.7%)	3 (2.4%)
Duração	12.A diabetes é uma doença que vai durar para o resto da vida	116 (91.3%)	7 (5.5%)	4 (3.1%)
	13.A diabetes é uma doença que é de longa duração	114 (89.8%)	10 (7.9%)	3 (2.4%)
	14.A diabetes é uma doença que cura completamente, se o doente tomar a medicação receitada pelo médico	16 (12.6%)	107 (84.3%)	6 (3.1%)
	15.A diabetes é uma doença que aparece e desaparece	24 (18.9%)	95 (74.8%)	8 (6.3%)
	16.A diabetes pode ser causada por fazer uma alimentação pouco saudável	115 (90.6%)	8 (6.3%)	4 (3.1%)
	17.A diabetes pode ser causada por ter pouca atividade física	113 (89%)	9 (7.1%)	5 (3.9%)
	Causas	18.A diabetes é definida por ter açúcar a mais no sangue	123 (96.9%)	3 (2.4%)
19.A diabetes pode ser causada por ter peso a mais		119 (93.7%)	5 (3.9%)	3 (2.4%)
20.A diabetes pode ser causada por ter familiares com diabetes		125 (98.4%)	2 (1.6%)	0

Anexo E Autorização da autora para a utilização da escala de Crenças
sobre a Medicação



Maria da Graça Pereira <gracep@psi.uminho.pt>

sex 09/06, 20:00

Você ↕



QBM.pdf
37 KB



Baixar · Salvar no OneDrive - Pessoal

Bom dia
Encontro-me no Brasil e nem sempre tenho acesso à net... desculpe!
Pode sim utilizar o questionário que envio.

Att, M.Graça Pereira.

M.Graça Pereira, PhD

School of Psychology/Escola de Psicologia

Associate Professo with Aggregation/Professora Associada com Agregação

University of Minho/ Universidade do Minho

Campus de Gualtar

4710-057 Braga - Portugal

[email:gracep@psi.uminho.pt](mailto:gracep@psi.uminho.pt)

[Research Group: Family Health & Illness](#)

Anexo F Autorização da autora para a utilização da Escala de Autocuidado com a Diabetes

João Fernandes

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
do Instituto Jean Piaget

Assunto: Autorização para utilização da Escala de Autocuidado com a Diabetes na sua versão traduzida e adaptada para português de Portugal.

Eu, Fernanda dos Santos Bastos, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio autorizar a utilização da escala supracitada, conforme solicitado pelo estudante do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, do Instituto Jean Piaget, Dr. João Fernandes, para o estudo que irá efetuar no âmbito da Diabetes tipo 2.

Mais informo que deve usar as referências da sua publicação na Acta Médica Portuguesa e na qual se encontra um erro na escala final, por repetição de um item e ausência de outro, conforme podem identificar nas restantes tabelas do artigo. Coloco-me ao dispor para qualquer esclarecimento e, solicitando que me forneça informação sobre os resultados, bem como sobre o comportamento da escala.

Ao dispor,

Porto, 16 Maio de 2017

Fernanda Santos Bastos (PhD)

Professora Adjunta

Escola Superior Enfermagem do Porto

UNIESEP

UCP: Autocuidado

Anexo G - Autorização da autora para a utilização do Newest Vital Signs



Anabela Correia Martins <anabelacmartins@estescoimbra.pt>

dom 02/04, 17:49

Você

Categoria roxa

Esta mensagem foi enviada com prioridade alta.



Newest Vital Sign - port...
325 KB



08_Rev._Enf._Ref.RIII1399..
305 KB

2 anexos (630 KB) [Baixar tudo](#) [Salvar tudo no OneDrive - Pessoal](#)

Bom tarde João,

Muito obrigada pelo seu contacto. Muito nos agrada a sua escolha pela utilização da versão portuguesa da escala NVS, pelo que autorizamos a sua utilização, lembrando que deverá sempre manter a nota de rodapé da pertença dos direitos de autor da Pfizer, tal como consta no n/ artigo publicado na Revista Referência.

Ao dispor, com votos de sucesso no seu trabalho,
Anabela

ANABELA CORREIA MARTINS, PhD PT
Senior Lecturer / Physiotherapy Dept.

Anexo H - Autorização da autora para a utilização do Questionário dos Conhecimentos da diabetes

RE: Pedido de autorização



Maria Rui <mariarui@esenf.pt>

seg 27/03, 09:54

Você ▾



Categoria roxa



QCD_validado_com corr...
17 KB



QCD_versão completaco...
66 KB



2 anexos (83 KB) Baixar tudo Salvar tudo no OneDrive - Pessoal

Bom dia João

Autorizo a utilização do Questionário dos Conhecimentos da Diabetes.

Envio, em anexo, o questionário na versão reduzida e na versão longa (com a respetiva correção).

Gostaria que depois me desse a sua opinião acerca do questionário e que me pudesse orientar para a consulta da sua tese. Se precisar de algum esclarecimento adicional estarei disponível.

Desejo-lhe um ótimo trabalho.

Com os melhores cumprimentos

Maria Rui Sousa