

Millenium, 2(ed espec nº1), 175-182.

PROMOÇÃO DA LITERACIA E CAPACITAÇÃO DE PESSOAS DIABÉTICAS TIPO 2 IDOSAS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

LITERACY PROMOTION AND EMPOWERMENT OF TYPE 2 DIABETICS ELDERLY IN PRIMARY HEALTH CARE

PROMOCIÓN DE LA ALFABÉTIZACIÓN Y LA CAPACITACIÓN DE LAS PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 ANCIANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Suzete Oliveira¹

Carmina Morais^{2,3}

¹APNOR – Mestrado de Gestão das Organizações – Ramo de Gestão de Unidades de Saúde, Escola Superior de Tecnologia e Saúde do Instituto Politécnico do Porto, Portugal

²CEISUC - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Portugal

³ESS/IPVC - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal

RECEBIDO: 05 de setembro, 2016

ACEITE: 09 de setembro, 2016

RESUMO

Introdução: A Diabetes Mellitus (DM) constitui um grave problema de saúde pública, o qual tem resultado, em avultados custos socioeconómicos. Níveis adequados de literacia em saúde e capacidade de controlo da doença são aspetos exigidos às pessoas diabéticas, os quais são suscetíveis de amplo desenvolvimento.

Objetivo: Analisar os conhecimentos, a capacidade de autocontrolo e a Qualidade de Vida (QV), das pessoas diabéticas tipo 2, com 65 ou mais anos numa unidade de cuidados de saúde primários.

Métodos: O estudo transversal, de natureza exploratório e descritivo correlacional foi realizado numa amostra de 137 indivíduos, aos quais foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica e a versão portuguesa do DES-SF, DKT e EQ-5D.

Resultados: A amostra revela um pobre conhecimento acerca da doença, uma elevada perceção de capacidade de autocontrolo da DM e da QV, sendo as pontuações médias $\pm$ dp do DES-SF, EQ-5D e DKT, 54.34 ± 17.72 ; 3.52 ± 0.69 ; e 0.63 ± 0.30 , respetivamente. Detetou-se uma correlação positiva e significativa entre a capacidade de controlo da DM, os conhecimentos e a QV. Além disso também se encontrou diferenças estatisticamente significativas no DES-SF, no DKT e no EQ-5D perante as habilitações literárias e as complicações da DM.

Conclusões: Os resultados evidenciam a necessidade de programas de educação para a saúde eficazes, assim como aspetos relevantes a ter em conta na sua construção.

Palavras-chaves: Diabetes Tipo 2; Idoso; Conhecimentos; Autocontrolo; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus (DM) is a serious public health problem, which has resulted in considerable socio-economic costs. Adequate health literacy levels and empowerment are aspects required to diabetic people, which are capable of extensive development.

Objective: The aim of this study was to analyze the capacity of self-control, the knowledge and the Quality of Life (QoL), of people with type 2 diabetes, aged 65 or older in a unit of primary health care.

Methods: An exploratory and descriptive-correlational study was applied to 137 sample subjects, that responded a sociodemographic and clinical characterization questionnaire and the validated versions for the portuguese population of the DES-SF, DKT and EQ-5D.

Results: The sample shows a poor knowledge about the disease, a high perception of capacity for self-management of DM and QoL; with mean $\pm$ SD scores of 54.34 ± 17.72 of DKT, 3.52 ± 0.69 of DES-SF, 0.63 ± 0.30 of EQ-5D. We detected a positive and significant correlation between the ability to control the DM, the knowledge and the QoL. In addition, we also find some statistically significant differences in DES-SF, DKT and EQ-5D before educational attainment and DM complications.

Conclusions: The results reveals the need for effective health education programs, as well as relevant aspects to take into account in its elaboration.

Keywords: Type 2 Diabetes; Elderly; Knowledge; Self-Control; Quality of Life.

RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus (DM) es un grave problema de salud pública, lo que ha dado lugar a considerables costes socioeconómicos. Niveles adecuados de alfabetización y capacidad de control de la enfermedad son aspectos necesarios para las personas diabéticas, que son capaces de amplio desarrollo.

Objetivo: Analizar los conocimientos, la capacidad de auto-control y la Calidad de Vida (CV) de las personas con diabetes tipo 2, con 65 o más años en una unidad de atención primaria.

Métodos: Este estudio transversal de naturaleza exploratorio y descriptivo-correlacional se realizó en una muestra de 137 individuos, que se les aplicó un cuestionario de caracterización sociodemográfica y clínica y la versión portuguesa de la DES-SF, DKT y EQ-5D.

Resultados: La muestra revela un escaso conocimiento acerca de la enfermedad, una alta percepción de la capacidad de autocontrol de la DM y de la CV; las puntuaciones medias $\pm$ dp en el DES-SF, EQ-5D y DKT, 54.34 ± 17.72 ; 3.52 ± 0.69 ; e 0.63 ± 0.30 , respectivamente. Detectamos una correlación positiva y significativa entre la capacidad de control de la DM, los conocimientos y la CV. Además también encontramos diferencias estadísticamente significativas en el DES-SF, en el DKT y en el EQ-5D perante las habilitaciones literarias y las complicaciones.

Conclusiones: Los resultados muestran la necesidad de programas de educación para la salud eficaces, así como aspectos relevantes a tener en cuenta en su construcción.

Palabras Clave: Diabetes Tipo 2; Anciano; Conocimiento; Autocontrol; Calidad de Vida.

INTRODUÇÃO

A DM é uma doença crónica pandémica, que comporta um elevado peso em termos de complicações e um crescente consumo de cuidados de saúde e de custos financeiros, diretos e indiretos. Contudo através de medidas apropriadas este cenário poderá ser reversível (OND, 2015). Assim, pretende-se com este estudo, analisar os conhecimentos específicos, a capacidade de autocontrolo e a QV das pessoas com DM tipo 2, com 65 ou mais anos, com vista a intervir na capacitação dos mesmos com base na evidência produzida.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No ano de 2013, mais de 382 milhões de pessoas no mundo eram portadoras de DM, isto é 8,3% da população mundial, prevendo-se que até 2040, estes valores continuem a subir de forma exponencial, atingindo nessa altura os 642 milhões de indivíduos (IDF, 2015). Destes, 46.5 % dos sujeitos desconhecia o seu diagnóstico, evoluindo assim, a patologia de forma insidiosa. No caso concreto de Portugal, apesar de a DM integrar uma das oito áreas de saúde, definidas como prioritárias pelo Governo e constituir objeto de um programa específico no âmbito do Plano Nacional de Saúde, esta apresenta uma das maiores taxas de prevalência da Europa. Segundo o Observatório Nacional da Diabetes (OND), no total de 7,7 milhões de pessoas, entre os 20 e os 79 anos de idade, mais de um milhão eram portadores desta patologia crónica, em 2014, ou seja, aproximadamente 13.1 % da população nacional, representando as pessoas idosas mais de um quarto das pessoas diabéticas (OND, 2015).

Neste sentido, tratando-se de uma doença que acarreta alterações complexas na vida diária dos indivíduos e que requiere cuidados prolongados e contínuos, onde as pessoas diabéticas são responsáveis por 98% desses mesmos cuidados, torna-se indispensável que possuam conhecimentos sobre a doença e o seu tratamento e que integrem nas suas vidas, novos comportamentos. A promoção da literacia e a capacitação das pessoas diabéticas passa pela implementação efetiva de programas de educação para a saúde, facilitadores da mudança e da opção de metas realistas e pessoalmente significativas, tornando-as ativas e críticas no seu próprio cuidado. Desta forma, dadas as diversas evidências demonstradas na literatura sobre o impacto de programas de educação estruturados e adaptados às especificidades da população alvo, promotores da literacia é espetável uma redução significativa dos custos humanos e socioeconómicos e melhorias da QV das pessoas com DM (Aghili et al., 2013).

2. MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se por ser transversal, de natureza exploratória e descritivo-correlacional. Desenvolveu-se em cuidados de saúde primários, em 4 Unidades de Saúde Familiar de um Agrupamento de Centros de Saúde. A amostra foi constituída por 137 indivíduos com diabetes tipo 2, com 65 ou mais anos de idade, inscritos na consulta de DM. O acompanhamento há pelo menos 3 meses e a ausência de patologias do foro psiquiátrico constituíram critérios de inclusão.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

A recolha de informação foi efetuada com base em quatro instrumentos, a saber: questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes – versão breve (DES-SF); Teste Breve de Conhecimentos sobre a Diabetes (DKT); e Questionário para a QV EuroQol (EQ-5D). As escalas utilizadas encontram-se traduzidas e validadas para a população portuguesa pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

A escala de Capacidade de Controlo da Diabetes (DES) mede a autoeficácia psicossocial das pessoas com DM. A versão utilizada contém 8 itens, construídos a partir do questionário original que contém 37, representando este, 8 dimensões conceituais (i.e., avaliar a necessidade de mudança; desenvolver um plano; ultrapassar barreiras; pedir apoio; apoiar-se; lidar com a emoção; motivar-se; e fazer escolhas de cuidados da diabetes adequadas às prioridades e às circunstâncias de cada um). As respostas são escolhidas entre o 1 e o 5, sendo que o 1 simboliza “Discordo completamente” e o 5 “Concordo completamente”. A fiabilidade, determinada pelo Alfa(α) de Cronbach, para o DES-SF foi de 0.85, sugerindo uma boa consistência interna (Anderson, Fitzgerald, Gruppen, Funnell, & Oh, 2003).

O DKT é composto por 23 itens relativos ao conhecimento geral sobre a diabetes. Os primeiros 14 são aplicáveis a pessoas não insulino-tratadas, sendo a totalidade do questionário adequado a pessoas insulino-tratadas (Fitzgerald et al., 1998). As propriedades psicométricas da versão original fornecem informação sobre a fiabilidade dos vários grupos de itens, bem como um índice de dificuldade (percentagem dos doentes que assinalam corretamente um item) e uma boa correlação item-total para cada item. Relativamente à fiabilidade do instrumento DKT, segundo o estudo efetuado por Fitzgerald et al. (1998), este constructo apresenta um coeficiente $\alpha \geq 0.7$, revelando uma consistência interna razoável.

O EQ-5D é um sistema descritivo, que define a QV relacionada com a saúde em cinco dimensões (mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão), cada uma com três níveis de gravidade (1-nenhum problema; 2-alguns problemas; 3-problemas extremos). Este também inclui uma Escala Visual Analógica, a qual se encontra numerada de 0 a 100, onde o 0 simboliza o pior estado de saúde imaginável e 100, o melhor. Nesta escala, os indivíduos analisados atribuem um valor ao seu estado de saúde atual (Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2013). O índice EQ-5D encontra-se numa escala que varia de 1 (saúde perfeita) a 0 (morte), admitindo, contudo, valores negativos, correspondentes a estados de saúde considerados piores do que morte. Para a população portuguesa está definido o intervalo de -0,5 a 1,0 (Ferreira, Ferreira, Pereira & Oppe, 2014). O alfa de Cronback de 0.716 confere-lhe uma consistência interna razoável (Ferreira et al., 2013).

2.3 Procedimentos

Obtido o parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde da Região Centro, procedeu-se à recolha de informação entre Julho a Agosto de 2015.

Os instrumentos de colheita de dados foram preenchidos pelo investigador. Foram explicadas a finalidade e o objetivo do estudo a cada participante e obtido o seu consentimento informado.

A análise dos dados foi realizada com recurso ao Programa Statistical Package for the Social Science versão 22.0. e a técnicas descritivas e inferenciais (coeficientes de correlação e comparação de médias). O nível de significância adotado foi de 5%.

3. RESULTADOS

3.1 Caracterização Sociodemográfica e Clínica

A maioria dos inquiridos era do sexo masculino (53.3%), com uma média de idades $\pm$ dp de 73.9 ± 6.7 (Mínimo = 65 e Máximo = 89) e possuía apenas o ensino básico (65%), sendo salientar que 10.9% não sabia ler nem escrever. Os participantes viviam maioritariamente acompanhados (74.5%).

Do ponto de vista clínico, os inquiridos apresentaram valores médios $\pm$ dp de duração de diagnóstico, de HbA1c e de IMC, respetivamente de 12.5 ± 9.43 anos; $6.5 \pm 1,1$ % e $28.9 \pm 4,2$ kg/m². A HTA predomina como patologia associada à DM (31.7%), seguida pelo grupo das dislipidemias (25.4%).

Relativamente à adesão ao tratamento, apenas 35.8% cumpria regularmente a terapêutica nutricional e 33.6% avaliava diariamente a glicemia capilar.

3.2. Autocontrolo, conhecimentos e qualidade de vida

No que concerne o autocontrolo, a escala DES-SF, em termos de fiabilidade obteve um Alpha de Cronbach de 0.73, o que segundo Maroco e Garcia-Marques (2006) revela uma consistência interna razoável. A média global $\pm$ dp deste constructo foi de $3,52 \pm 0,69$. Com base na Tabela 1 verificámos que os itens 4 e 6 possuem as médias mais elevadas, com respetivamente 4,01 e 4,07. Em oposição, os itens 1 e 3 obtiveram médias bastantes mais baixas, relativamente à média global, com respetivamente 3,04 e 2,91.

Tabela 1. Resultados do questionário DES-SF

Em geral, eu acredito que:	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1. ...sei identificar os aspetos dos cuidados a ter com a minha diabetes com os quais estou insatisfeito.	18	20	56	25	18	3,04	1,18
2. ...consigo atingir as metas relativas à minha diabetes.	2	5	46	50	34	3,80	0,91
3. ...posso encontrar diferentes formas de ultrapassar os problemas para atingir as metas relativas à minha diabetes.	36	13	36	31	21	2,91	1,41
4. ...consigo arranjar forma de me sentir melhor mesmo tendo diabetes.	1	8	31	46	51	4,01	0,95
5. ...sei como lidar de forma positiva com o stress relacionado com a minha diabetes.	6	19	28	34	50	3,75	1,21

6. ...posso pedir ajuda por ter e para tratar a diabetes sempre que necessito.	8	8	25	21	75	4,07	1,22
7. ...sei o que me ajuda a estar motivado/a para cuidar da minha diabetes.	19	21	35	38	24	3,20	1,29
8. ...me conheço suficientemente bem para fazer as melhores escolhas para cuidar da minha diabetes.	12	9	48	51	17	3,38	1,07

*Legenda: (1) Discordo completamente; (2) Discordo um pouco; (3) Não concordo nem discordo; (4) Concordo um pouco; (5) Concordo completamente; (6) Média; (7) dp; n= 137

O índice global médio de conhecimentos $\pm$ dp foi de $54,34 \pm 17,72$, sendo semelhante entre indivíduos não-insulinotratados (n= 116) e insulinotratados (n=21), com respetivamente $54,25 \pm 18,29$ e $54,87 \pm 14,52$. Verificou-se uma elevada falta de conhecimento sobretudo relacionada com a identificação de alimentos compostos maioritariamente por lípidos, o significado clínico de HbA1c, a seleção de alimentos mais apropriados de acordo com as características calóricas, a proveniência de determinados sintomas da doença e a identificação das complicações associadas à DM. A percentagem de respostas erradas aos itens referidos é respetivamente de 75.2%, 67.9%, 65%, 50.4% e 44.5%.

Quanto ao índice de QV obteve-se uma média $\pm$ dp de $0,63 \pm 0,30$, destacando-se os problemas de Mobilidade (42.3 %) e à Dor/ Mal-estar (58.4%). A análise inferencial evidenciou uma correlação estatisticamente significativa entre os constructos em estudo, ou seja, entre a capacidade de controlo e os conhecimentos ($r_p = 0.36$, $p < 0.001$), a capacidade de controlo e a QV ($r_p = 0.36$, $p < 0.01$) e entre os conhecimentos e a QV ($r_p = 0.19$, $p < 0.05$).

Na Tabela 2 é possível verificar algumas particularidades em estudo. Assim, foram os homens que avaliaram de forma mais positiva a capacidade de controlo ($t = -3.16$, $p < 0.01$) e detinham melhor QV ($t = -3.64$, $p < 0.001$). Contudo, não foram encontradas diferenças significativas relativamente aos conhecimentos. As pessoas com menos idade apresentavam melhores conhecimentos ($t = 2.82$, $p < 0.01$) e QV ($t = 2.83$, $p < 0.01$), não havendo diferenças significativas na capacidade de controlo. Verificou-se também que a melhores níveis de escolaridade correspondem a melhores resultados globais referente à capacidade de controlo ($t = -3.69$, $p < 0.001$), conhecimentos ($t = -5.84$, $p < 0.001$) e QV ($t = -2.30$, $p < 0.05$).

Em termos clínicos, destaca-se o facto das pessoas com diagnóstico há mais de cinco anos ($t = -3.73$, $p < 0.001$) possuírem apenas maior perceção de autocontrolo e as que não possuem nenhuma complicação registarem melhor capacidade de controlo ($t = -2.36$, $p < 0.05$), conhecimentos ($t = -2.58$, $p < 0.05$) e QV ($t = -2.26$, $p < 0.05$). Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre as variáveis em estudo e o tipo de tratamento, a hemoglobina glicada e o IMC.

Tabela 2. Efeito das variáveis sociodemográficas e clínicas sexo ao nível da capacidade de controlo da DM (DES-SF), dos conhecimentos sobre a doença (DKT) e da QV (EQ-5D)

			DES-SF		DKT		EQ-5D	
Variável		n	Média	t-Student	Média	t-Student	Média	t-Student
Sexo	Masculino	73	67.25	-3.16**	56.67	-1.66	0.71	-3.64***
	Feminino	64	58.11		51.68		0.53	
Idade	< 75 anos	83	64.53	1.32	57.70	2.82**	0.68	2.84**
	≥ 75 anos	54	60.59		49.18		0.54	
Habilitações Literárias	≤ E. Básico	104	60.07	-3.69***	49.88	-5.84***	0.59	-2.30*
	> E. Básico	33	72.16		68.41		0.73	
Duração da Doença	≤ 5 anos	37	54.39	-3.73***	50.71	-1.47	0.57	-1.35
	> 5 anos	100	66.16		55.69		0.65	
Complicações	Nenhuma	101	65.01	-2.36*	56.63	-2.58*	0.67	-2.26*
	≥ 1	36	57.29		47.94		0.52	

Legenda: *p < .05, **p < .01, ***p < .001

4. DISCUSSÃO

O predomínio das pessoas do sexo masculino (53.3%) é congruente com a maior prevalência, desta doença, entre os homens (OND, 2015).

Em relação à idade, obteve-se uma média elevada (aproximadamente 74 anos). O estudo corrobora mais uma vez com as estatísticas apresentadas pela OND (2015), a qual salienta um forte aumento da prevalência da DM com a idade, onde mais de um quarto dos indivíduos entre os 60-79 anos, a nível nacional, tem DM.

O baixo nível de escolaridade, a ter em conta nos programas de educação terapêutica, é transversal à população portuguesa, em particular no grupo etário em estudo (PORDATA, 2016).

Ao analisarmos o suporte social, podemos constatar que os inquiridos têm uma forte retaguarda social. Estes resultados vão de encontro à avaliação efetuada em 2011, pelo INE (2014), na qual apenas 20.2% da população com 65 ou mais anos vivia sozinha. Porém é necessário referir que a percentagem de idosos a viver sozinhos está a aumentar gradualmente desde 1991 (Cunha, Chibante, & André, 2014).

Também os valores de IMC obtidos são preocupantes, com 28.9% a ter excesso de peso mas com valores muito próximos da obesidade tipo I. Segundo a OND (2015) a prevalência da DM, em pessoas obesas é cerca de quatro vezes maior do que nas pessoas com um IMC normal.

Quanto às patologias coexistentes, constatámos que a HTA (31.7%) e as dislipidemias (25.4%) foram as patologias mais referenciadas. Estas conclusões são coincidentes com os resultados da medição da pressão arterial, em que 22.6% dos indivíduos registaram valores compatíveis com tensão normal alta e 40.9% com HTA. Também o estudo efetuado por Dias, Martins, Belo e Fiuza (2010) aponta no mesmo sentido.

Concernente à frequência de avaliação da glicemia, 33.6% dos participantes avaliam-na diariamente, manifestando assim, mais de um quarto da amostra, um controlo regular dos valores da glicose no sangue. Quanto à adesão à terapêutica nutricional verificou-se que somente 35.8% cumpre regularmente a dieta. Os resultados apresentados são deveras preocupantes, na medida em que a adoção de comportamentos saudáveis é praticamente duas vezes mais efetiva do que o tratamento farmacológico, no controlo desta doença (Costa, Balga, Alfenas, & Cotta, 2011).

Quanto ao autocontrolo encontramos uma pontuação média relativamente boa, mas com grande amplitude nas respostas obtidas, sendo os itens 4 e 6 os que possuem uma média mais elevada, com respetivamente 4,01 e 4,07, o que demonstra que a grande maioria dos inquiridos aceita a sua doença e perceciona um elevado suporte social. Em oposição, os itens 1 e 3 obtiveram uma média bastante mais baixa relativamente à média global com respetivamente 3,04 e 2,91, revelando assim, uma perceção de baixo conhecimento sobre os aspetos relacionados com insatisfação nos cuidados com esta doença, bem como dificuldade em encontrar diferentes formas para superar os problemas e atingir as metas. Tejada et al. (2012) refere que esta doença crónica será melhor gerida quando o utente assumir o controlo do seu tratamento em termos de adesão às prescrições de saúde e mudanças de estilos de vida. Todavia, constata-se, uma fraca capacidade de controlo dos sujeitos em termos de alcance de valores considerados adequados, em relação ao peso e pressão arterial. Em contrapartida grande parte dos inquiridos possui valores de HbA1c dentro dos limites considerados adequados (média de 6.5%).

Relativamente aos conhecimentos específicos sobre a doença, estes são baixos, sobretudo em aspetos primordiais na autogestão da doença. De facto, o baixo conhecimento acerca da DM em pessoas diabéticas é evidenciado por vários estudos (Moraes, Pimenta, Ferreira, Boavida, & Amorim, 2015; Adsani, Moussa, Jasem, Abdella, & Hamad, 2009).

Por último, a QV registou um valor bastante positivo, comparando com os resultados obtidos de 0,76 para a população em geral, sem doença crónica de Ferreira et al. (2014) ou quando analisado com os valores resultantes do estudo de Moraes et al. (2015) de 0,65 para a população diabética tipo 2, dado que contradiz o estereótipo presente na sociedade de que o envelhecimento é uma etapa de deterioração e incapacidade eminente.

A associação muito significativa entre a capacidade de controlo da DM e os conhecimentos acerca da doença é corroborada na literatura (Moraes et al., 2015; Tejada et al., 2012; Handley, Pullon, & Gifford, 2010). Alguns investigadores salientam de à necessidade da capacidade de controlo na DM se associarem conhecimentos robustos, a fim de serem tomadas decisões informadas e baseadas em evidências, nas tarefas exigidas pela doença (Tejada et al., 2012).

O presente estudo evidenciou também maior perceção de autocontrolo e da QV no sexo masculino, em congruência com outras investigações (Moraes et al., 2015; Somappa, Venkatesha, & Prasad, 2014), sem contudo haver diferenças em termos de conhecimentos. Estes resultados são explicados, pelo menos em grande medida, pelas questões de género e cultura, implicando a sua desconstrução no sentido da promoção efetiva da literacia destas pessoas.

Quanto à idade conclui-se que esta tem influência no domínio dos conhecimentos acerca da doença e na QV, tendo as pessoas mais jovens obtido melhores scores nos três instrumentos. Estes resultados vão de encontro a outros estudos (Cunha et al., 2014; Somappa et al., 2014; Tanqueiro, 2013). Em oposição, alguns trabalhos nesta área obtiveram resultados diferentes, ou seja, à medida que aumenta a idade aumenta a QV (Imayama, Plotnikoff, Courneya, & Johnson, 2011; Redekop et al., 2002; Rubin & Peyrot, 1999). De um modo geral, a análise das diversas componentes da QV, nas pessoas mais velhas evidencia piores resultados na componente física, mas relativamente às componentes psicológicas e sociais, devido aos diversos fatores externos que afetam a QV, não existe congruência na literatura (Imayama et al., 2011).

Relativamente às habilitações literárias e às complicações assevera-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre esta e os três constructos em estudo, tendo as pessoas com escolaridade superior e sem complicações obtido melhores pontuações nas diversas escalas. Diversos são os estudos que corroboram os resultados apresentados (Moraes et al., 2015; Ferreira et al., 2014; Aghili et al., 2013; Adsani et al., 2009).

Quanto à duração da doença, apenas foi encontrada uma associação de elevado significado estatístico relacionada com a capacidade de controlo da DM, tendo as pessoas com um diagnóstico superior obtido melhores resultados. Esta diferença significativa foi constatada também por Tol, Shojaezadeh, Sharifirad, Alhani e Tehrani (2012). Todavia, esta associação pode ser controversa, na medida em que o aumento do diagnóstico da doença pode ter uma influência positiva no autocuidado causado pelo aumento dos conhecimentos acerca da doença (Adsani et al., 2009) mas também, pode levar à perda de motivação ao longo do tempo, devido às múltiplas exigências do tratamento (Tanqueiro, 2013).

Relativamente ao IMC, HbA1c e ao tipo de tratamento e suas relações com as variáveis em estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, o que deve ser também integrado em programas de intervenção específica.

CONCLUSÕES

O presente estudo demonstrou um pobre conhecimento acerca da doença, uma elevada perceção da capacidade de autocontrolo da DM e da QV, no sexo masculino, nas pessoas mais jovens, com mais escolaridade, maior duração da doença e sem complicações. Neste sentido apela-se ao desenvolvimento de programas de educação para a saúde mais efetivos, adaptados aos indivíduos, que tenham em conta os resultados encontrados na sua elaboração. Contudo, para o efeito é necessário formar profissionais de saúde, de forma a adquirirem competências não só técnicas mas também comunicacionais e relacionais, orientadas para o envolvimento afetivo das pessoas diabéticas, não só nas sessões de educação terapêutica, mas também no processo de cuidados na globalidade.

Como limitações do estudo salienta-se o reduzido âmbito geográfico e o tempo alargado despendido na aplicação dos questionários. De futuro seria pertinente avaliar a relação entre a literacia e a numeracia e entre a satisfação das pessoas diabéticas com a comunicação nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adsani, A., Moussa, M., Jasem, L., Abdella, N., & Hamad, N. (2009). The level and determinants of diabetes knowledge in Kuwaiti adults with type 2 diabetes. *Diabetes & Metabolism*, 35, 121-128. doi: 10.1016/j.diabet.2008.09.005
- Aghili, R., Khamseh, M. E., Malek, M., Banikarimi, A. S., Baradaran, H. R., & Valojerdi, E. (2013). Development and validation of diabetes empowerment questionnaire in Iranian people with type 2 diabetes. *International Nursing Review*, 60, 267-273. doi: 10.1111/inr.12007
- Anderson, R. M., Fitzgerald, J. T., Gruppen, L. D., Funnell, M. M., & Oh, M. S. (2003). The diabetes empowerment scale—short form (DES-SF). *Diabetes Care*, 26(5), 1641-1642. doi: 10.2337/diacare.26.5.1641-a
- Costa, J., Balga, R., Alfenas, R., & Cotta, R. (2011). Promoção da saúde e diabetes: Discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 2001-2009
- Cunha, M., Chibante, R., & André, S. (2014). Suporte social, empowerment e doença crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial 1*, 21-26.
- Dias, N., Martins, S., Belo, A., & Fiuza, M. (2009). Prevalência, tratamento e controlo da diabetes mellitus e dos factores de risco associados nos cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 29(4), 1-29. doi: 10.1016/j.rpedm.2014.02.001
- Ferreira, L. N., Ferreira, P. L., Pereira, L. N., & Oppe, M. (2014). EQ-5D Portuguese population norms. *Quality of Life Research*,

23(2), 425-430. doi: 10.1007/s11136-013-0488-4

- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2013). Contributos para a validação da versão portuguesa do EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*, 26(6), 664-675.
- Fitzgerald, J. T., Funnel, M. M., Hess, G. E., Barr, P. A., Anderson, R. M., Hiss, R. G., & Davis, W. K. (1998). The reliability and validity of a brief diabetes knowledge test. *Diabetes Care*, 21(5), 706-710. doi:10.2337/diacare.21.5.706
- Handley, M. A., Shumway, M., & Schilinger, D. (2008). Cost-effectiveness of automated telephone self-management support with nurse care management among patients with diabetes. *Annual of Family Medicine*, 6(6), 512-518. doi: 10.1370/afm.889
- Internacional Diabetes Federation. (2015). *Global guideline for type 2 diabetes*. Acedido em http://www.idf.org/sites/default/files/IDF_AnnualReport_2015_WEB.pdf
- Imayama, I., Plotnikoff, R., Courneya, K., & Johnson, J. (2011). Determinants of quality of life in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 115. doi:10.1186/1477-7525-9-115
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). *Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach: Questões antigas e soluções modernas* (4 ed., vol. 1). Lisboa: Laboratório de Psicologia.
- Moraes, C., Pimenta, R., Ferreira, P., Boavida, J., & Amorim, J. (2015). Assessing diabetes health literacy, knowledge and empowerment in northern Portugal. *New Contributions in Information Systems and Technologies: Advances in Intelligent Systems and Computing*, 354, 63-71.
- PORDATA base de dados Portugal contemporâneo. (2016). *População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: Por nível de escolaridade completo mais elevado: Portugal*. Acedido em <http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado-332>
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Famílias nos censos 2011: Diversidade e mudança*. Acedido em <http://www.observatoriofamilias.ics.ul.pt/index.php/publicacoes/livros/93-familias-nos-censos-2011>
- Redekop, W., Koopmanschap, M., Stolk, R., Rutten, G., Wolffenbuttel, B., & Niessen, L. (2002). Health-related quality of life and treatment satisfaction in dutch patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25(3), p.458-463.
- Rubin, R., & Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes Metabolism Research and Reviews*, 15(3), 205-218.
- Sociedade Portuguesa Diabetologia, Observatório Nacional da Diabetes. (2015). *Diabetes: Factos e números 2015: Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Acedido em <http://www.spd.pt/index.php/observatorio-mainmenu-330>
- Somappa, H., Venkatesha, M., & Prasad, R. (2014). Quality of life assessment among type 2 diabetic patients in rural tertiary centre. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 3(4), 415-417. doi:10.5455/ijmsph.2014.260120143
- Tanqueiro, M. T. (2013). A gestão do auto-cuidado nos idosos com diabetes: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 151-160.
- Tejada, M., Campbell, J., Walker, R., Smalls, B., Davis, K., & Egede, L. (2012). Diabetes empowerment, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Tecchnology & Therapeutics*, 14(7), 630-634. doi:10.1089/dia.2011.0287
- Tol, A., Shojaezadeh, D., Sharifirad, G., Alhani, F., & Tehrani, M. (2012). Determination of empowerment score in type 2 diabetes patients and its related factors. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 62(1), pp. 16-20.