



**Politécnico  
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias

**Trabalho Final de Curso de Licenciatura em Enfermagem**

# **Fatores associados à adesão terapêutica na diabetes mellitus tipo 2**

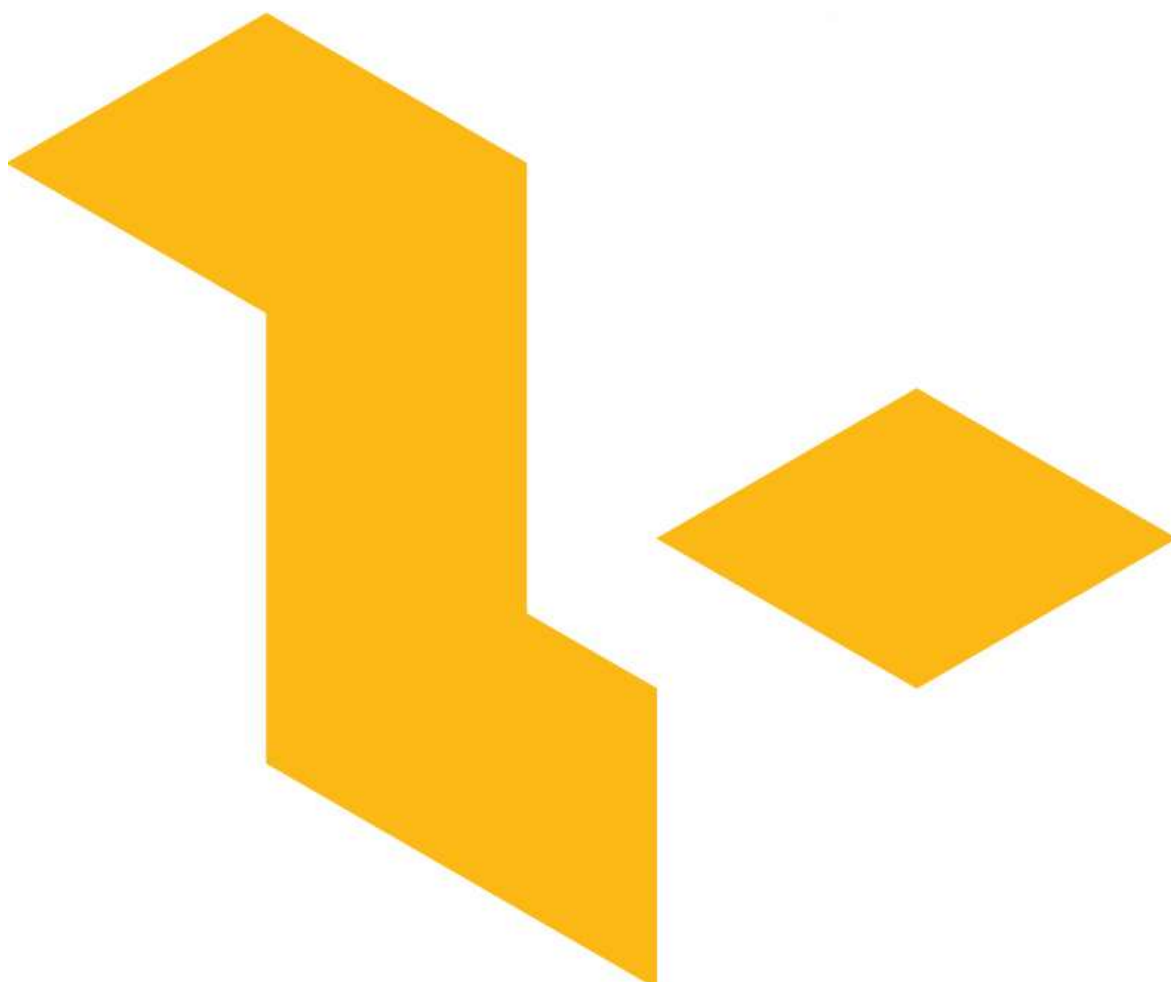
*Ana Catarina Paula Nogueira*

*Helena Isabel Bruno Nunes*

*Mariana de Oliveira Martins*

**Data**

**Julho 2025**







**Politécnico  
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias

## **Fatores associados à adesão terapêutica na diabetes mellitus tipo 2**

Ana Catarina Paula Nogueira

Helena Isabel Bruno Nunes

Mariana De Oliveira Martins

### **Orientador**

Professor Doutor Ezequiel Martins Carrondo

Trabalho final de curso apresentado à Escola Superior Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem, realizado sob a orientação científica do Professor Doutor Ezequiel Martins Carrondo do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

**Julho 2025**



## **Composição do júri**

Presidente do júri

Professora Doutora Ângela Sofia Lopes Simões

Arguente

Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo

Professor Adjunto Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Orientador

Professor Doutor Ezequiel Martins Carrondo

Professor Coordenador Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco



## **Agradecimentos**

Agradecemos, em primeiro lugar, às nossas famílias, em especial aos nossos pais e irmãos, por todo o amor, apoio incondicional e força, mesmo nos momentos em que parecia impossível continuar.

Aos nossos amigos, por serem o nosso porto seguro, dentro e fora da enfermagem, e por estarem sempre lá, mesmo à distância.

À Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, a Castelo Branco, a nossa casa nos últimos anos, que assistiu a alguns dos melhores momentos das nossas vidas.

Um agradecimento especial a nós próprias, porque foi graças ao empenho, trabalho e esforço conjunto que chegámos até aqui. Não teria sido possível sem a amizade e companheirismo que criámos.

A todos os profissionais com quem nos cruzámos durante o nosso percurso académico, agradecemos por cada ensinamento, pela paciência e por nos inspirarem com o vosso exemplo. Aprendemos com cada gesto, cada palavra e cada silêncio.

Por fim, agradecemos a todos os utentes que nos confiaram a sua vulnerabilidade. Com cada pessoa que tivemos a oportunidade de cuidar, solidificámos a certeza de onde queríamos chegar.

O nosso muito obrigada a todos.



## **Resumo**

A diabetes mellitus tipo 2 representa um dos maiores desafios de saúde pública a nível mundial, com elevada prevalência e impacto significativo na qualidade de vida dos utentes.

Este trabalho tem como objetivo compreender os fatores associados à adesão terapêutica na diabetes mellitus tipo 2, analisando as intervenções do Enfermeiro nesse contexto.

Através de uma revisão narrativa da literatura, foram identificadas múltiplas dimensões que afetam a adesão terapêutica, como a literacia em saúde, o suporte familiar, fatores emocionais, socioeconómicos, a relação com os profissionais de saúde e o uso de tecnologias digitais.

Os resultados evidenciam que intervenções educativas individualizadas, culturalmente adaptadas e centradas no utente promovem melhorias tanto na adesão terapêutica como nos resultados clínicos.

Conclui-se que o Enfermeiro tem um papel central na promoção do autocuidado e na implementação de estratégias que respondam às necessidades específicas dos utentes com DM2.

## **Palavras-chave**

Diabetes mellitus tipo 2, adesão terapêutica, enfermagem, autocuidado.



## **Abstract**

Type 2 diabetes mellitus represents one of the greatest public health challenges worldwide, with a high prevalence and a significant impact on patients' quality of life.

The aim of this study is to understand the factors associated with therapeutic adherence in type 2 diabetes mellitus, analyzing the interventions of nurses in this context.

Through a narrative review of the literature, multiple dimensions were identified that affect therapeutic adherence, such as health literacy, family support, emotional and socio-economic factors, the relationship with health professionals and the use of digital technologies.

The results show that individualized, culturally adapted and user-centered educational interventions promote improvements in both therapeutic adherence and clinical outcomes.

The conclusion is that nurses play a central role in promoting self-care and implementing strategies that meet the specific needs of patients with DM2.

## **Keywords**

Type 2 diabetes mellitus, therapeutic adherence, nursing, self-care.



# Índice geral

<b>1. Introdução</b> .....	1
<b>2. Contextualização teórica</b> .....	3
<b>2.1. Diabetes mellitus tipo 2</b> .....	3
2.1.1. Fisiopatologia e diagnóstico.....	3
2.1.2. Epidemiologia.....	5
2.1.3. Fatores de risco: modificáveis e não modificáveis.....	6
2.1.4. Complicações.....	8
2.1.5. Controle e tratamento.....	11
<b>2.2. Fatores associados à adesão terapêutica</b> .....	13
<b>2.3. Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem</b> .....	19
<b>2.4. Intervenções de Enfermagem</b> .....	22
<b>3. Metodologia</b> .....	26
<b>4. Resultados e discussão</b> .....	28
<b>5. Conclusão</b> .....	40
<b>6. Referências bibliográficas</b> .....	42
<b>Apêndices</b> .....	50
<b>Apêndice A: Quadro Síntese de artigos</b> .....	51

## Índice de figuras

<b>Figura 1 - Fluxograma de pesquisa.....</b>	<b>27</b>
---	-----------

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1</b> - Estratégia de pesquisa e lógica booleana.....	26
<b>Tabela 2</b> - Quadro Síntese de artigos selecionados para análise. ....	51

## **Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

**ADO** – Antidiabéticos Orais

**AIT** - Acidente Isquémico Transitório

**APA** – American Psychological Association

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**CDC** - Centers for Disease Control and Prevention

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**DCV** – Doenças Cardiovasculares

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**DM** – Diabetes Mellitus

**DM1** – Diabetes Mellitus Tipo 1

**DM2** – Diabetes Mellitus Tipo 2

**HbA1c** – Hemoglobina Glicada

**HDL** – High-Density Lipoprotein (Lipoproteína de Alta Densidade)

**HTA** - Hipertensão Arterial

**IDF** – International Diabetes Federation

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**MARS** – Medication Adherence Rating Scale

**MAT** – Medida de Adesão ao Tratamento

**METER** - Medical Term Recognition Test

**MEMS** - Sistemas de Monitorização Eletrónica

**MMAS-8** – Morisky Medication Adherence Scale – 8 Itens

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PTGO** – Prova de Tolerância à Glicose Oral

**RCAAP** – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SPD** – Sociedade Portuguesa de Diabetologia

**SPEDM** – Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo

**UCSP** - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

**USF** - Unidade de Saúde Familiar

**VS** - Versus

**WHO** - World Health Organization

## Lista de símbolos

% - Percentagem

€ - euro

**Kg/m<sup>2</sup>** – Quilograma por metro quadrado

**Mg/dL** – Miligrama por decilitro

**Mmol/L** – Milimoles por litro





# 1. Introdução

A diabetes mellitus (DM) representa um grave problema de saúde pública nos tempos atuais (Boavida, 2016). Em Portugal, em dezembro de 2024, estavam registados mais de 930.000 casos nos cuidados de saúde primários (CSP), o que corresponde a cerca de 8,9% do total de utentes inscritos no Serviço Nacional de Saúde (SNS), o valor mais elevado de sempre. Estima-se ainda que a doença afete mais de um milhão de portugueses, posicionando-se entre as doenças não transmissíveis mais prevalentes no país e apresentando uma das maiores taxas de prevalência da União Europeia (Despacho nº3390, 2025).

Este é o distúrbio metabólico mais comum e clinicamente relevante da atualidade, assumindo proporções epidémicas. A sua incidência continua a crescer de forma alarmante, estimando-se que, até 2035, mais de 590 milhões de pessoas sejam diagnosticadas com esta condição (Reed et al., 2021).

A diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constitui um importante fator de risco para várias das principais causas de morte em Portugal, nomeadamente doenças cardiovasculares (DCV), insuficiência renal crónica e certos tipos de cancro. Além disso, associa-se a complicações graves como cegueira, amputações e neuropatia, comprometendo significativamente a qualidade de vida dos indivíduos e gerando elevados custos, tanto para os próprios utentes como para a sociedade e o sistema de saúde (Despacho nº3390, 2025).

Importa destacar que mais de 90% dos casos de diabetes correspondem ao tipo 2, sendo que uma parte significativa poderia ser prevenida, ou o seu surgimento adiado, através da atuação sobre fatores de risco modificáveis, bem como pela implementação de estratégias de rastreio e diagnóstico precoce. Estas medidas são essenciais para reduzir o risco de complicações e promover um melhor controlo da doença (Despacho nº3390, 2025).

Ao longo do nosso percurso académico, esta revelou-se uma das patologias mais frequentemente observadas durante os ensinamentos clínicos, permitindo-nos contactar com diversos casos de descontrolo metabólico e das suas múltiplas complicações. A escolha do tema surgiu, assim, da reflexão sobre a baixa adesão terapêutica que testemunhámos ao longo dos anos, assim como do número elevado de situações de descompensação da doença associadas à falta de informação e vigilância.

Deste modo, emergiu a seguinte questão: “Quais os fatores associados à adesão terapêutica na diabetes mellitus tipo 2?”, que orientou a elaboração do presente trabalho.

O objetivo geral deste trabalho consiste em compreender os fatores associados à adesão terapêutica na diabetes mellitus tipo 2, analisando as intervenções do Enfermeiro neste contexto. Para tal, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Contextualizar a diabetes mellitus tipo 2, abordando a sua fisiopatologia, epidemiologia, fatores de risco, complicações e impacto no quotidiano dos utentes;
- Identificar os fatores que influenciam a adesão terapêutica na DM2;
- Analisar as intervenções de enfermagem que promovem uma maior adesão ao tratamento, com base na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

Para responder à questão orientadora, procedeu-se à elaboração de uma revisão narrativa da literatura, que consiste na compilação, análise e discussão crítica de informação proveniente de diversas fontes científicas relevantes e atualizadas (Vilelas, 2017).

A nível estrutural, o trabalho está organizado em cinco capítulos principais: Introdução; Contextualização Teórica; Metodologia; Resultados e discussão; e Conclusão. O capítulo de Contextualização Teórica encontra-se subdividido em secções que abordam: Diabetes Mellitus Tipo 2; Fisiopatologia e Diagnóstico; Epidemiologia; Fatores de Risco; Complicações; Controlo e Tratamento; Fatores associados à adesão Terapêutica; Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e Intervenções de Enfermagem.

As referências bibliográficas foram organizadas segundo as normas da 7.<sup>a</sup> edição da American Psychological Association (APA). A formatação do presente trabalho segue as normas gráficas para trabalhos finais de curso definidas pelo Instituto Politécnico de Castelo Branco.

## **2. Contextualização teórica**

### **2.1. Diabetes mellitus tipo 2**

Iniciaremos este trabalho com a contextualização teórica do tema selecionado, abordando diversos aspectos fundamentais para a compreensão da Diabetes Mellitus Tipo 2. Serão exploradas a fisiopatologia da doença e os seus critérios de diagnóstico, a sua epidemiologia, os fatores de risco associados e as principais complicações. Seguidamente, serão apresentadas as recomendações e estratégias de controlo e tratamento, assim como os fatores que influenciam a adesão terapêutica. Por fim, será analisado o papel do Enfermeiro de cuidados gerais nas intervenções junto das pessoas com DM2, com base na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

#### **2.1.1. Fisiopatologia e diagnóstico**

A diabetes mellitus é uma doença crónica caracterizada por níveis elevados de glicose no sangue, resultantes da incapacidade do organismo em produzir insulina em quantidade suficiente ou de a utilizar de forma eficaz (International Diabetes Federation [IDF], 2019).

A insulina é uma hormona produzida no pâncreas que permite que a glicose presente na corrente sanguínea entre nas células, onde é convertida em energia. Esta hormona é também essencial para o metabolismo das proteínas e das gorduras. A sua ausência ou a incapacidade das células em responderem adequadamente à sua ação conduz a níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia), que constituem o principal indicador clínico da diabetes. Se este défice não for controlado, pode, a longo prazo, originar complicações incapacitantes e potencialmente fatais, tais como doenças cardiovasculares, lesões nervosas (neuropatia), lesões renais (nefropatia) e doenças oculares (retinopatia, perda de visão e até cegueira) (IDF, 2019).

São reconhecidos quatro tipos clínicos etiologicamente distintos da doença: Diabetes tipo 1; Diabetes tipo 2; Diabetes gestacional; e outros tipos específicos de diabetes (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011).

A diabetes tipo 1 resulta de uma reação autoimune em que o sistema imunitário do próprio organismo ataca as células beta produtoras de insulina no pâncreas, originando um défice quase total ou total de insulina. Este tipo manifesta-se com maior frequência em crianças e jovens, sendo necessário o uso diário de insulina para manter a glicémia dentro dos valores de referência (IDF, 2019).

A diabetes mellitus tipo 2 representa a forma mais prevalente da doença, resultando da interação entre fatores genéticos e fatores ambientais ou

relacionados com o estilo de vida. É geralmente precedida por um longo período de hiperglicemia assintomática, que pode durar vários anos, durante o qual ocorre uma alteração da tolerância à glicose. Este estado ainda é reversível, sendo os indivíduos nesta fase considerados pré-diabéticos (Goldenstein & Müller-Wieland, 2008).

A hiperglicemia na DM2 resulta, inicialmente, da incapacidade de as células do organismo responderem à insulina, situação designada por resistência à insulina. Durante este estado, a hormona torna-se ineficaz, o que conduz, com o tempo, a um aumento compensatório da produção de insulina. Contudo, pode desenvolver-se uma insuficiência das células beta pancreáticas para satisfazer essa maior exigência (IDF, 2019).

Em alguns destes indivíduos, as células beta conseguem compensar a resistência através do aumento da secreção de insulina, impedindo a progressão da doença. No entanto, em grande parte dos casos, verifica-se uma hiperglicemia mantida. Como consequência, as células beta aumentam a produção de insulina para manter a normoglicemia, mas quando deixam de conseguir compensar essa resistência, ocorre uma descompensação hiperglicémica, dando origem à DM2 (Goldenstein & Muller-Wieland, 2008).

As causas da diabetes mellitus tipo 2 são diversas e inter-relacionadas, envolvendo fatores como a adoção de estilos de vida sedentários, excesso de peso, padrões alimentares pouco saudáveis, envelhecimento da população e, ainda, a predisposição genética associada ao histórico familiar (Reed et al., 2021). Esses elementos contribuem significativamente para o aumento da incidência da doença a nível global.

A DM manifesta-se por sinais e sintomas como: poliúria, polidipsia e polifagia; fadiga e fraqueza; alterações súbitas da visão; formigueiro ou dormência nas mãos ou pés; pele seca; lesões cutâneas ou feridas de cicatrização lenta; e infeções recorrentes (Hinkle & Cheever, 2015). Contudo, a DM2 pode ser assintomática, passando despercebida durante vários anos, sendo frequentemente diagnosticada apenas quando surgem complicações associadas, ou de forma acidental através de análises laboratoriais com valores anormais de glicose ou glicosúria (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2011).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2011b), o diagnóstico e a classificação da DM seguem critérios específicos, baseados nos seguintes parâmetros de plasma venoso na população em geral:

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

O diagnóstico de DM em indivíduos assintomáticos não deve ser feito com base num único valor anormal de glicémia em jejum ou de HbA1c. Nestes casos, o valor deve ser confirmado com uma segunda análise, realizada uma a duas semanas depois da primeira (DGS, 2011b).

É aconselhado usar apenas um parâmetro para o diagnóstico. No entanto, se os valores da glicémia em jejum e da HbA1c forem ambos compatíveis com o diagnóstico, este poderá ser confirmado. Se os dois parâmetros forem discordantes, o parâmetro alterado deve ser repetido para validação (DGS, 2011b).

### 2.1.2. Epidemiologia

De acordo com os dados mais recentes da *International Diabetes Federation* (2025), em 2024 existiam aproximadamente 588,7 milhões de pessoas com diabetes entre os 20 e os 79 anos, representando 11,1% da população mundial nesse grupo etário, sendo a prevalência mais elevada entre homens e em áreas urbanas, em comparação com as zonas rurais.

A prevalência da diabetes aumenta significativamente com a idade. Em 2024, estimava-se que 158,3 milhões de pessoas entre os 65 e os 99 anos viviam com diabetes, correspondendo a 23,7% da população mundial nessa faixa etária. Se a tendência se mantiver, este número poderá atingir os 278 milhões até 2050, o que evidencia o forte impacto do envelhecimento demográfico no aumento dos casos de diabetes e os consequentes desafios de saúde pública e económicos a nível global (IDF, 2025).

No que diz respeito à população portuguesa, em 2021 a prevalência estimada de DM em idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos foi de 14,1%, ou seja, em 7,8 milhões de indivíduos, cerca de 1,1 milhões tinham a doença. Em termos de composição da taxa de prevalência, em 56% dos indivíduos a diabetes já havia sido diagnosticada, enquanto em 44% permanecia por diagnosticar (SPD, 2023).

Existe uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da diabetes entre homens e mulheres, sendo os indivíduos do sexo masculino mais afetados pela doença. Verifica-se também um aumento da prevalência com a idade, sendo que mais de um quarto das pessoas entre os 60 e os 79 anos tem diabetes (SPD, 2023).

No grupo etário dos 20-39 anos, a prevalência da diabetes é relativamente baixa, mantendo-se estável ao longo dos anos de 2019, 2020 e 2021, analisados pela SPD no seu mais recente relatório (2023).

Já no grupo dos 40-59 anos, observa-se um aumento acentuado de indivíduos com diabetes, especialmente entre os homens. Durante os três anos analisados, 17,7% dos homens nesta faixa etária apresentavam diabetes, comparativamente a 8,3% das mulheres. A diferença entre os sexos torna-se aqui mais evidente, com o sexo masculino a apresentar o dobro dos resultados observados no sexo feminino.

No grupo etário dos 60-79 anos, os valores atingem os níveis mais elevados mantendo-se constantes entre os homens nos três anos, com 30,4%, enquanto entre as mulheres se registou uma ligeira subida de 24,2% em 2019 e 2020 para 24,3% em 2021. Estes números confirmam que a DM é significativamente mais prevalente nas idades mais avançadas (SPD, 2023).

Esta informação reforça a importância do rastreio precoce e da vigilância contínua, especialmente a partir dos 40 anos, como parte essencial das estratégias de prevenção e controlo da doença.

Complementarmente, ao analisar-se a prevalência da diabetes de acordo com o estado de diagnóstico (diagnosticada vs. não diagnosticada), verifica-se que uma proporção significativa da população com diabetes permanece sem diagnóstico, o que levanta sérias implicações em termos de saúde pública (SPD, 2023).

No que diz respeito à relação da DM com o Índice de Massa Corporal (IMC), cerca de 90% da população com a doença apresenta excesso de peso ou obesidade. Uma pessoa com IMC igual ou superior a trinta tem quatro vezes mais probabilidade de desenvolver a doença do que uma pessoa com IMC considerado normal (entre 18,5 e 24,9kg/m<sup>2</sup>) (SPD, 2023).

O relatório indica ainda que 42,7% da população portuguesa entre os 20 e os 79 anos tem DM ou hiperglicemia intermédia (alteração da glicémia em jejum, tolerância diminuída à glicose ou ambos) (SPD, 2023).

Quanto à taxa de incidência, em 2021 estimou-se a existência de 680 novos casos por cada 100.000 habitantes. Em média, na última década, foram diagnosticados anualmente 670 novos casos de diabetes por cada 100.000 residentes em Portugal Continental (SPD, 2023).

Na última década, tem-se verificado uma diminuição significativa do número de anos potenciais de vida perdida devido à doença em Portugal. Contudo, em 2020 (último ano de informação disponível), a diabetes representou perto de oito anos de vida perdida por cada óbito ocorrido em indivíduos com idade inferior a 70 anos (SPD, 2023).

### **2.1.3. Fatores de risco: modificáveis e não modificáveis**

Os fatores de risco referem-se a características, condições ou comportamentos que aumentam a probabilidade de um indivíduo desenvolver uma determinada doença ou dano à saúde, sendo a sua identificação fundamental para a definição e implementação de estratégias eficazes de prevenção e controlo das doenças (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2009).

Segundo a OMS (2009), grande parte da carga global das doenças não transmissíveis, como a DM2, poderia ser evitada através da modificação de comportamentos de risco. A compreensão dos fatores de risco permite não só

antecipar a ocorrência da doença, mas também orientar intervenções que minimizem o seu impacto.

Os fatores de risco para a DM2 podem ser agrupados em modificáveis e não modificáveis.

Entre os fatores não modificáveis, destacam-se:

- A idade: o risco de desenvolver DM2 aumenta com o envelhecimento devido à diminuição progressiva da sensibilidade à insulina, alterações hormonais e perda de massa muscular, que favorecem a resistência insulínica (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo [SPEDM], sd);
- A predisposição genética e antecedentes familiares: indivíduos com familiares diretos diagnosticados com diabetes apresentam maior risco de desenvolver a doença, devido à herança de genes relacionados com alterações no metabolismo da glicose (Alberti et al., 2007);
- A etnia: certos grupos étnicos, como afro descendentes, hispânicos e nativos americanos, demonstram maior suscetibilidade à DM2, associada a fatores genéticos e contextos socioeconómicos menos favoráveis (SPEDM, sd);
- Diabetes gestacional: após o parto; a tolerância à glucose geralmente regressa ao normal, no entanto, as mulheres que tiveram diabetes durante a gravidez têm um risco substancialmente mais elevado de desenvolver diabetes tipo 2 numa fase mais tardia da sua vida (Alberti et al., 2007).

Relativamente aos fatores modificáveis, salientam-se:

- Sedentarismo: a prática regular de atividade física melhora a sensibilidade à insulina e contribui para o controlo glicémico (Loureiro, 2019);
- Obesidade: o acúmulo de gordura abdominal (gordura visceral), prejudica a ação da insulina e eleva os níveis de glicose no sangue (SPEDM, s.d.);
- Alimentação desequilibrada: dietas ricas em açúcares refinados, gorduras saturadas e alimentos processados aumentam significativamente o risco de diabetes, devido ao ganho de peso e ao agravamento da resistência à insulina (Silvério, 2024);
- Síndrome Metabólica: Hipertensão arterial (HTA), colesterol HDL diminuído e triglicéridos aumentados (Alberti et al., 2007);
- Tabagismo, consumo excessivo de álcool e stress (OMS, 2024a).

O estilo de vida ocidental, caracterizado por um padrão alimentar hipercalórico e pobre em nutrientes, inatividade física e elevado stress, é apontado como uma das principais causas do aumento da incidência de DM2 nas últimas décadas. A crescente dependência de dispositivos que reduzem o esforço físico diário, o uso

sistemático de automóveis como meio de transporte, a proliferação de cadeias de fast food e a falta de tempo para atividades recreativas têm contribuído para o aumento do sedentarismo e do consumo alimentar inadequado (Goldenstein & Müller-Wieland, 2008).

Os três principais fatores de risco na patogénese da DM2 – estilo de vida sedentário, padrões alimentares inadequados e alterações na composição corporal – são essencialmente modificáveis. Têm origem em transformações sociais e culturais que alteraram profundamente os hábitos das populações e que, por isso, devem ser alvo prioritário de estratégias de intervenção em saúde (Goldenstein & Müller-Wieland, 2008).

#### **2.1.4. Complicações**

As complicações da DM podem ser divididas em agudas ou crónicas, sendo que ambas podem ter repercussões graves para o utente. Por isso, a atuação rápida e o diagnóstico precoce são fundamentais (Macedo, 2016).

##### **Complicações agudas:**

As complicações agudas da DM resultam de alterações extremas nos níveis de glicose sanguínea e podem levar a consequências neurológicas graves ou até mesmo à morte (IDF, 2019). Incluem-se neste grupo a hipoglicemia, hiperglicemia, cetoacidose diabética e o estado hiperglicémico hiperosmolar (Macedo, 2016).

- **Hipoglicemia:** definida por níveis de glicose plasmática inferiores a 70 mg/dl (American Diabetes Association, 2009, citado por Pereira, 2010). Pode ser causada por dose excessiva de insulina, jejum prolongado, exercício físico intenso ou alimentação pobre em hidratos de carbono. Os sintomas incluem irritabilidade, sudorese intensa, visão turva, tremores, cefaleias, tonturas e, em casos mais graves, alteração do nível de consciência, síncope ou coma (Farmaki et al., 2020). O tratamento envolve a ingestão imediata de glicose oral ou, em caso de inconsciência, administração intravenosa (Farmaki et al., 2020).
- **Hiperglicemia:** caracteriza-se por níveis elevados de glicose no sangue, geralmente devido à resistência ou défice de insulina, má adesão ao tratamento ou infeções. O tratamento requer o reequilíbrio do regime terapêutico, alimentação adequada e atividade física regular (Farmaki et al., 2020).
- **Cetoacidose diabética:** é uma complicação metabólica grave, causada por deficiência de insulina e aumento das hormonas contrarreguladoras, levando à produção excessiva de corpos cetónicos e acidose metabólica. Se não

tratada com reposição de insulina e correção dos distúrbios metabólicos, pode evoluir rapidamente para situações críticas (Grevenstuk et al., 2021).

- Estado hiperglicêmico hiperosmolar: desenvolve-se lentamente ao longo de dias, em resultado de déficit relativo de insulina, que é suficiente para inibir a lipólise e formação de corpos cetônicos, mas não para controlar a glicemia. Leva a desidratação severa, hipernatrémia e hipoperfusão tecidual, podendo evoluir para acidose láctica (Matos, 2021).

### **Complicações crônicas:**

A persistência de um nível elevado de glicose no sangue, mesmo quando assintomática resulta em lesões nos tecidos que podem afetar diversos órgãos, no entanto, é nos rins, olhos, nervos periféricos e sistema vascular, que se manifestam as mais importantes, e frequentemente fatais, complicações da Diabetes (SPD, 2023).

Fatores de risco como a hipercolesterolemia, a hipertensão arterial, o mau controle das glicémias e o tabagismo tornam as pessoas mais suscetíveis ao aparecimento de complicações crônicas. Quando controlados, estes contribuem para a prevenção de complicações e ao mesmo tempo retardam a progressão da doença (Gomes, 2020).

A DM é apontada como a principal causa de cegueira, insuficiência renal e amputação de membros inferiores nos países desenvolvidos, implicando um risco acrescido de doença coronária e de acidente vascular cerebral (AVC) (SPD, 2023).

As complicações podem ser:

- Vasculares: Microvasculares: retinopatia, neuropatia e nefropatia diabéticas; Macrovasculares: doenças coronárias, cerebrovasculares e arteriais periféricas (Silva, 2020).
- Não vasculares: como gastroparésia e infecções (Silva, 2020).

### **Complicações microvasculares**

Incluem:

- Retinopatia diabética: pode causar perda irreversível da visão devido ao edema macular ou hemorragia vítrea (Faselis et al., 2020 citado por Barros, 2024).
- Nefropatia Diabética: caracterizada inicialmente pela presença de pequenas quantidades de albumina na urina, sendo a fase terminal a insuficiência renal, podendo haver a necessidade de diálise ou transplante renal (Tschiedel, 2014, citado por Gomes, 2020).

- **Neuropatia diabética:** a hiperglicemia prolongada está associada a danos nos vasos sanguíneos de pequeno calibre, comprometendo o transporte de oxigénio e nutrientes para os nervos periféricos. Esta lesão afeta as fibras nervosas sensoriais e autonómicas, provocando perda de sensibilidade e facilitando o aparecimento de lesões, ulceração e infeções (Bodman & Varacallo, 2023, citado por Barros, 2024).

### **Pé Diabético**

Em Portugal, embora o número de episódios de amputação se mantenha estável, tem-se verificado um aumento nas amputações major (SPD, 2023).

A neuropatia leva à diminuição da perceção dolorosa, da temperatura e da propriocepção, fazendo com que lesões mecânicas ou térmicas passem despercebidas ao utente. Pequenos traumas, como a pressão exercida por um sapato mal ajustado, associados à falta de sensibilidade, podem causar lesões repetidas, originando ulcerações que, se não forem tratadas atempadamente, podem evoluir para infeções graves (Costa, 2023).

As alterações biomecânicas dos membros inferiores, como a atrofia muscular e as deformações estruturais, aumentam a pressão nas zonas de sustentação do pé, como a cabeça dos metatarsos e o calcanhar. Isso favorece a formação de calos, zonas particularmente propensas à ulceração (Costa, 2023).

### **Complicações macrovasculares**

As complicações macrovasculares da DM resultam, sobretudo, da aterosclerose. Estas incluem:

- **Doença coronária**, com risco aumentado de enfarte agudo do miocárdio e angina de peito;
- **Doença cerebrovascular**, como AVC e acidente isquémico transitório (AIT);
- **Doença arterial periférica** (Martinez & Zahra, 2022; Vaidya et al., 2015, citado por Barros, 2024).

São também comuns os distúrbios da função sexual sendo a disfunção erétil a complicação mais prevalente nos homens. Nas mulheres ocorrem alterações do interesse/desejo sexual, distúrbios de estimulação subjetiva e genital, dor e dificuldade durante o ato sexual (Goldenstein & Muller-Wieland, 2008).

Para além das complicações físicas, a diabetes mellitus tem um impacto significativo ao nível do sofrimento emocional do utente e da sua família, bem como consequências relevantes ao nível económico, tanto para os indivíduos como para os sistemas de saúde (SPD, 2023).

### 2.1.5. Controlo e tratamento

O tratamento da DM2 tem como principais objetivos prevenir e retardar as complicações associadas à doença, bem como manter a qualidade de vida das pessoas que vivem com esta condição. Para tal, é essencial alcançar um controlo glicémico eficaz, o que implica não só a correção da hiperglicemia, mas também a atuação sobre os fatores de risco cardiovascular (SPD, 2018).

Compreender a evolução da doença é fundamental para orientar o tratamento. Trata-se de uma patologia crónica e progressiva, caracterizada por uma diminuição gradual da secreção de insulina. Nos estágios iniciais, o controlo metabólico pode ser alcançado através de uma alimentação equilibrada e da prática regular de atividade física. Contudo, à medida que a doença evolui, torna-se geralmente necessária a introdução de terapêutica farmacológica (World Health Organization [WHO], 2020).

Entre as opções terapêuticas disponíveis, destaca-se a metformina como o fármaco de primeira linha. O seu uso deve ser precedido e/ou acompanhado pela implementação de medidas destinadas à correção dos estilos de vida. A introdução de um segundo fármaco apenas deve ocorrer após a otimização das intervenções não farmacológicas (dieta e exercício físico) e da terapêutica com metformina até à dose de, pelo menos, 2000 mg/dia, ou a dose máxima tolerada (DGS, 2011a).

No entanto, quando o controlo metabólico permanece inadequado após 3 a 6 meses de tratamento com dois antidiabéticos orais (ADO's) — e tendo sido confirmada a adesão à terapêutica — deve ser adicionado um terceiro ADO ou iniciado tratamento com insulina, de acordo com a redução desejada nos níveis de HbA1c (DGS, 2011a).

A abordagem farmacológica, embora essencial, deve ser integrada num plano terapêutico mais abrangente, que inclua mudanças significativas no estilo de vida. A prática regular de atividade física, uma alimentação equilibrada, a gestão do stress e a melhoria dos padrões de sono são componentes indispensáveis para o controlo da DM2 (Borse et al., 2021).

Além disso, é importante que o controlo da glicémia seja ajustado às características individuais de cada pessoa, tendo em conta fatores como a idade, o estilo de vida, o nível de atividade física e a presença de comorbilidades (SPD, 2011). Paralelamente, a definição dos objetivos metabólicos e da estratégia terapêutica associada deve considerar elementos como o tempo de evolução da patologia, o risco de hipoglicemias, a existência de complicações cardiovasculares e ainda aspetos económicos que possam afetar a adesão ao tratamento (SPD, 2018).

Dado que a DM2 não tem cura, torna-se essencial implementar todas as medidas que contribuam para prevenir ou atenuar os distúrbios metabólicos

associados. Assim, procura-se minimizar o impacto da doença na vida da pessoa, promovendo a sua autonomia e bem-estar (Goldenstein & Muller-Wieland, 2008).

Entre os pilares fundamentais da gestão da DM2, a adoção de um estilo de vida saudável ocupa lugar de destaque. A alimentação equilibrada, a prática regular de exercício físico, a cessação tabágica e a manutenção de um peso corporal adequado são componentes cruciais deste processo (IDF, 2019).

No que diz respeito à alimentação, as recomendações são, em grande parte, semelhantes às da população em geral. Em casos de excesso de peso, a redução da ingestão calórica é essencial para promover a perda ponderal (WHO, 2020). O plano alimentar deve ser personalizado, respeitando os hábitos, preferências culturais e estilo de vida da pessoa, mantendo o prazer associado à alimentação. Para os indivíduos em tratamento com insulina, é especialmente importante garantir uma ingestão regular de calorias e hidratos de carbono, respeitando os horários das refeições para evitar hipoglicemias e picos glicémicos (Hinkle & Cheever, 2015).

As orientações da SPEDM reforçam estas recomendações, sugerindo uma dieta pobre em gorduras saturadas e açúcares de absorção rápida, privilegiando o consumo de gorduras insaturadas e hidratos de carbono de absorção lenta. A dieta deve ser ainda rica em hortícolas, frutas e fibras, sempre ajustada às necessidades energéticas individuais (SPEDM, s.d.).

Além disso, a ingestão elevada de açúcares refinados, fritos e carne vermelha está fortemente associada à resistência à insulina e ao aparecimento da DM2. Em contrapartida, o consumo de vegetais ricos em antioxidantes, fibras e nutrientes tem um efeito protetor. Assim, a limitação de açúcares refinados é fortemente recomendada, sendo os adoçantes não nutritivos alternativas viáveis. A substituição de gorduras saturadas por polinsaturadas e a divisão das refeições em pequenas porções ao longo do dia são estratégias adicionais eficazes. Uma dieta equilibrada aliada à prática regular de atividade física está associada a uma menor incidência da doença (Borse et al., 2021).

A prática de atividade física regular contribui para a melhoria do controlo glicémico e da sensibilidade à insulina. Além disso, tem efeitos benéficos na força muscular, circulação, bem-estar geral e perfil lipídico, aumentando os níveis de HDL e reduzindo o colesterol total e os triglicéridos (Hinkle & Cheever, 2015). Recomenda-se pelo menos 150 minutos semanais de atividade aeróbica de intensidade moderada a vigorosa, distribuídos por, no mínimo, três dias (WHO, 2020). Atividades como caminhar, cuidar do jardim ou realizar tarefas domésticas são particularmente úteis, especialmente para pessoas fisicamente mais debilitadas. Reduzir o comportamento sedentário é igualmente essencial, uma vez que este está associado a um pior controlo glicémico. O exercício aeróbico regular também melhora os níveis de HbA1c (Borse et al., 2021).

Outro fator frequentemente negligenciado, mas com impacto comprovado na saúde metabólica, é o sono. Ritmos circadianos desregulados e padrões de sono-vigília perturbados influenciam negativamente o início, a progressão e o controle da DM2. Trabalhadores por turnos, por exemplo, apresentam maior risco de desenvolver distúrbios metabólicos, uma vez que estão frequentemente sujeitos à privação de sono e à alteração constante do ritmo circadiano (Borse et al., 2021).

O sono insuficiente está ainda associado a alterações hormonais importantes, nomeadamente na leptina e na grelina, hormonas que regulam o apetite. Estas alterações levam a um aumento da ingestão calórica, com particular preferência por alimentos ricos em hidratos de carbono. Paralelamente, a privação de sono estimula o sistema nervoso simpático e aumenta a libertação de cortisol, enquanto reduz a secreção da hormona de crescimento, resultando em hiperglicemia significativa (Borse et al., 2021).

O mau controlo do stress também está implicado no agravamento dos desfechos clínicos na DM2, estando associado à desregulação do metabolismo da glicose e da função neuroendócrina. Muitos dos fatores envolvidos na DM2 são fortemente influenciados pelo stress psicológico, incluindo a libertação de glicose e lípidos na circulação, o aumento de citocinas inflamatórias e a elevação da pressão arterial (Borse et al., 2021). Por isso, torna-se essencial não apenas corrigir os fatores físicos inerentes à DM2, mas também abordar os aspetos psicossociais associados à doença (Goldenstein & Muller-Wieland, 2008).

Importa referir que o plano terapêutico deverá ser revisto periodicamente, acompanhando a evolução da doença, eventuais mudanças no estilo de vida ou a introdução de novas abordagens terapêuticas. Esta monitorização deve envolver não só a pessoa com diabetes, mas também os seus familiares, de forma a reforçar a adesão ao tratamento e promover o autocuidado (Hinkle & Cheever, 2015).

## **2.2. Fatores associados à adesão terapêutica**

A adesão terapêutica é um conceito multifacetado que vai muito além da simples toma de medicação prescrita. Engloba um conjunto de comportamentos relacionados com a saúde que visam o cumprimento do regime terapêutico acordado entre o utente e o profissional de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) define adesão terapêutica como “a extensão com que o comportamento de uma pessoa — tomar medicação, seguir uma dieta e/ou adotar mudanças no estilo de vida — corresponde às recomendações acordadas com um profissional de saúde”.

Esta definição reflete a necessidade de ultrapassar abordagens centradas exclusivamente no cumprimento de instruções médicas, promovendo uma perspetiva de parceria entre o utente e o profissional de saúde, na qual as decisões são partilhadas e o indivíduo participa ativamente na gestão da sua doença. A OMS

também sublinha a distinção entre os termos “adesão” e “compliance”, sendo que este último pressupõe uma obediência passiva, enquanto a adesão implica um compromisso consciente e colaborativo por parte do utente (OMS, 2003).

A diabetes é uma das patologias mais exigentes com que atualmente nos deparamos e que envolve alteração dos estilos de vida, múltiplas tomadas de decisão com escolhas, riscos e consequências, o que constitui um desafio que apenas pode ser superado com o empenho dos utentes e dos profissionais de saúde (SPEDM, 2011). Para a sua complexidade contribui o facto de a sua idade de surgimento ser maioritariamente tardia, um período em que os padrões de estilo de vida e os comportamentos já estão solidamente estabelecidos, o que pode exigir um esforço considerável para mudanças (Goldenstein & Muller-Wieland, 2008).

Dada a complexidade do tratamento, a adesão terapêutica não depende apenas da vontade individual, mas de um conjunto de fatores que interagem entre si. Para compreender os múltiplos fatores que influenciam a adesão à terapêutica em doenças crónicas, a OMS (2003) propôs um modelo dividido em cinco dimensões, que ajudam a identificar as barreiras e potencialidades envolvidas neste processo sendo elas: os fatores socioeconómicos; fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde, fatores relacionados com o tratamento, fatores relacionados com a condição clínica e fatores relacionados com o utente.

Os fatores socioeconómicos referem-se ao contexto social, cultural e económico em que o individuo está inserido. Foram identificados diversos elementos que dificultam a adesão: idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional, rendimento, apoio social, condições habitacionais, custo de transporte e medicação, distância ao local de tratamento, raça, crenças culturais e desigualdades sociais. Condições de vida instáveis e contextos familiares disfuncionais representam barreiras significativas (OMS, 2003).

Pessoas com baixo rendimento enfrentam dificuldades em adquirir medicamentos, realizar consultas regulares e manter uma dieta apropriada. A falta de recursos financeiros pode ser uma das principais barreiras à continuidade do tratamento (Khan, 2024). Os níveis mais baixos de escolaridade estão relacionados a um menor entendimento sobre a doença, prejudicando a adesão (Sampaio et al., 2015). Por outro lado, o suporte familiar e social tem um impacto positivo, Joaquim et al. (2022) salientam que o envolvimento da família no processo de gestão da diabetes tipo 2 pode contribuir significativamente para o bem-estar e o autocuidado. Salvado (2012) também concluiu que utentes com níveis de escolaridade mais elevados e que viviam acompanhados tinham uma adesão mais consistente, possivelmente devido ao apoio social e à melhor compreensão das orientações médicas.

A segunda dimensão refere-se aos fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde, onde sobressai a relação médico-utente, o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde, a acessibilidade aos medicamentos e a taxa de participação, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços,

os horários e duração das consultas, o tempo de espera para consultas, o relacionamento entre o utente e os profissionais de saúde e a continuidade dos cuidados (OMS, 2003). Howal et al. (2024) destacam que uma comunicação eficaz entre médico e utente está associada a melhores práticas de autogestão da doença. Profissionais de saúde que demonstram empatia, atenção e respeito aumentam a probabilidade de que os utentes adiram ao plano terapêutico, adotem mudanças no estilo de vida e participem ativamente no controlo da sua condição.

Os fatores relacionados com o tratamento incluem a compreensão acerca da complexidade do regime terapêutico e dos seus benefícios, a duração, a quantidade de medicamentos, os efeitos secundários da medicação, forma de administração, as alterações frequentes na medicação, a ausência imediata de melhoria dos sintomas e os efeitos secundários da medicação, custos dos medicamentos e a consequente falta de apoio médico para lidar com estes fatores (OMS, 2003). Quanto mais complexo o tratamento, maior a probabilidade de abandono ou esquecimento.

O tratamento muitas vezes envolve não apenas o uso de medicamentos orais e/ou insulina, mas também mudanças no estilo de vida, como adaptações na dieta e prática regular de exercício físico. Alguns utentes têm dificuldades em integrar a medicação e as mudanças de estilo de vida na sua rotina (Silva et al., 2021). Muitos relatam efeitos adversos, agravamento do estado clínico, ausência de resultados imediatos, prescrição prolongada ou excessiva, e dificuldades em cumprir as orientações médicas, optando por descontinuar a medicação quando se sentem bem (Cabral & Silva, 2010; Fernandez-Lazaro et al., 2019; Monterroso et al., 2012, citado por Camarneiro, 2021).

Os fatores relacionados com a condição clínica incluem a gravidade dos sintomas, o grau de deficiência (física, psicológica, social), progressão e gravidade da doença e a presença de comorbilidades (OMS, 2003). A natureza da doença, se crónica ou aguda, sintomática ou assintomática, influencia fortemente a adesão. A ausência de sintomas leva muitos utentes a acreditar que estão curados, ignorando a deterioração silenciosa causada pela não adesão (Horne et al., 2019, citado em Camarneiro, 2021).

A presença frequente de transtornos como depressão e ansiedade impacta negativamente a adesão ao tratamento e o controlo da doença. Portanto, uma abordagem multidisciplinar, que envolva profissionais de diversas áreas é essencial para oferecer suporte integral, promovendo o autocuidado, melhorando o bem-estar emocional e reduzindo as complicações associadas. A associação entre diabetes e a presença de transtornos psicológicos é atribuída a fatores como inflamação crónica, stress emocional relacionado com o diagnóstico e tratamento da doença, e alterações na microbiota intestinal. Esses elementos podem afetar o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), levando à produção de citocinas pró-inflamatórias que reduzem a serotonina, neurotransmissor essencial para o bem-estar emocional (Raupp, 2021)

Por último, dentro das cinco dimensões estão os fatores relacionados com o utente, esta aborda fatores individuais, como o conhecimento sobre a doença, motivações pessoais, crenças e valores, habilidades cognitivas, expectativas do indivíduo em relação à doença e nível de autocuidado (OMS, 2003). O estudo de Salvado (2012) indica que, apesar de uma boa adesão à terapêutica farmacológica, existiam dificuldades relacionadas com o esquecimento das doses, o número elevado de medicamentos e a falta de compreensão da gravidade da doença.

Segundo o mesmo autor, a percepção da doença e o entendimento da importância do regime terapêutico são fundamentais para o cumprimento do plano de cuidados. A Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (2023) destaca a literacia em saúde como uma competência essencial para compreender, avaliar e utilizar informações de saúde de forma eficaz, permitindo decisões informadas. Níveis reduzidos de literacia estão associados a piores resultados clínicos, menor adesão à terapêutica e uso inadequado dos serviços de saúde.

A literacia em saúde vai além da capacidade de ler folhetos ou navegar em websites: envolve pensamento crítico, comunicação eficaz e expressão de necessidades em contextos de saúde (WHO, 2024b). A OMS (2024b) define-a como “o conjunto de conhecimentos e competências pessoais que se acumulam através das atividades diárias, interações sociais e ao longo das gerações”, destacando que estas competências são influenciadas pelas estruturas organizacionais e pela disponibilidade de recursos. Melhorar a literacia em saúde é uma responsabilidade conjunta dos indivíduos, sistemas de saúde e profissionais, que devem comunicar de forma clara, acessível e culturalmente adequada (SPLS, 2023).

Para além das cinco dimensões, a OMS (2003) identifica variáveis específicas da diabetes tipo 2, agrupadas em quatro categorias: características da doença e do tratamento; fatores intrapessoais; fatores interpessoais; e fatores ambientais.

Estes grupos permitem uma abordagem mais detalhada dos desafios enfrentados pelos diabéticos, considerando não apenas aspetos individuais, mas também as interações sociais e as influências do meio ambiente (OMS, 2003).

A adesão ao tratamento é influenciada por várias características relacionadas com a doença e ao próprio tratamento, sendo uma das mais importantes a complexidade do regime terapêutico: quanto mais complexo for o tratamento (considerando a frequência das doses e o número de medicamentos) menor tende a ser a adesão. A duração da doença também impacta a adesão, uma vez que esta tende a diminuir com o tempo desde o diagnóstico. Indivíduos com diabetes há mais tempo costumam apresentar menor adesão às dietas e tratamentos prescritos, além de uma maior tendência a esquecer-se da administração. Outro fator relevante é a modalidade e o acesso ao cuidado, o tipo de atendimento recebido, seja por uma equipa multidisciplinar especializada ou em cuidados primários, assim como as barreiras de acesso, incluindo custos financeiros, podem influenciar significativamente a adesão (OMS, 2003).

No âmbito dos fatores intrapessoais, sete variáveis têm sido associadas à adesão terapêutica. A idade, pois, em geral, adultos mais velhos tendem a ter maior adesão aos regimes de autocuidado do que os mais jovens. O sexo também exerce influência, sendo que homens costumam apresentar menor adesão a dietas adequadas. A autoestima desempenha um papel positivo, já que níveis elevados estão relacionados a melhores práticas de autocuidado, como a atividade física. A autoeficácia, isto é, a crença na própria capacidade de gerir a doença, é um forte preditor de adesão e influencia positivamente comportamentos essenciais para o controlo da diabetes, como a administração correta do tratamento. Por outro lado, o stress e problemas emocionais, estão ligados a níveis piores de adesão. O abuso de álcool também está associado a piores níveis de adesão, com falhas na monitorização da glicémia, administração de medicamentos e comparecimento às consultas (OMS, 2003).

No que se refere aos fatores interpessoais, destacam-se a qualidade da relação entre o utente e o profissional de saúde. Uma comunicação eficaz e uma relação de confiança melhoram significativamente a adesão às medicações e à monitorização da doença. Além disso, o suporte social, nomeadamente o apoio familiar e social, está fortemente relacionado a melhores níveis de adesão (OMS; 2003)

Por fim, considerando os fatores ambientais, situações de risco elevado, como eventos sociais, pressões para consumir alimentos inadequados, tédio ou conflitos interpessoais, dificultam a manutenção dos comportamentos recomendados para o controlo da diabetes. Mudanças socioeconómicas, culturais e políticas têm criado um ambiente “tóxico” para estilos de vida saudáveis. A maior disponibilidade de alimentos ultraprocessados, o aumento do sedentarismo e as desigualdades socioeconómicas dificultam a adoção e manutenção de comportamentos adequados para o controlo da doença (OMS, 2003).

Também estratégias inovadoras baseadas em tecnologias digitais são usadas no tratamento. Ferramentas como aplicações de telemóvel que auxiliam na monitorização da glicémia e reforçam a toma da medicação, plataformas de telemedicina que permitem o acompanhamento remoto e suporte. Além disso, as sessões em grupo representam uma estratégia educativa importante, proporcionando suporte social, troca de experiências e estímulo à adesão ao tratamento (Novacki et al., 2023).

A baixa adesão ao tratamento da DM contribui diretamente para o aumento dos custos em saúde. Segundo Silva (2020) quando os indivíduos não seguem corretamente a terapêutica prescrita, aumentam as complicações associadas, como hospitalizações, consultas adicionais e tratamentos complexos, o que eleva significativamente os gastos para o sistema de saúde. Assim, melhorar a adesão não é apenas uma medida clínica, mas também uma estratégia essencial para reduzir custos e otimizar recursos em saúde.

Quanto à avaliação do grau de adesão, não existe um padrão único para medir o comportamento de adesão (OMS, 2003), sendo reportado na literatura o uso de diversas estratégias, como questionários padronizados administrados aos utentes. Entre as abordagens, destaca-se a solicitação de avaliações subjetivas tanto aos profissionais de saúde como aos próprios utentes. No entanto, esta metodologia apresenta desafios relacionados com a subjetividade dos resultados: pessoas que admitem não cumprir o tratamento tendem a descrever o seu comportamento de forma precisa, enquanto aquelas que negam o incumprimento frequentemente reportam a sua adesão de forma imprecisa.

Estratégias que avaliam características globais do utente ou traços de personalidade têm demonstrado ser fracos preditores do comportamento de adesão, não existindo fatores estáveis (ou traços) que prevejam de forma confiável a adesão. Por outro lado, questionários que avaliam comportamentos específicos, relacionados com recomendações médicas concretas (por exemplo, questionários de frequência alimentar para medir hábitos alimentares e melhorar o controlo da obesidade), apresentam maior potencial como preditores do comportamento de adesão (OMS, 2003).

Os métodos de avaliação da adesão à terapêutica podem ser divididos em: métodos diretos, mais relacionados diretamente com os fármacos procurando confirmar a sua ingestão; e métodos indiretos, os mais usados devido à sua simplicidade (Oliveira, 2022).

Nos métodos diretos estão incluídos observação direta da toma da medicação, quantificação do fármaco e/ou metabolitos no organismo e a quantificação de marcadores biológicos. Estes são mais fiáveis, contudo são menos práticos, mais caros e invasivos. Nos métodos indiretos incluem-se: o registo de dispensa dos medicamentos pelos serviços farmacêuticos, a contagem de formas farmacêuticas sólidas, sistemas de monitorização eletrónica (MEMS) e autorrelato da adesão (questionários). Estes têm uma maior simplicidade, mas maior probabilidade de falhas pois apenas fazem uma aproximação à realidade, uma vez que não comprovam a administração do medicamento (Oliveira, 2022).

Os questionários são os métodos mais usados para a avaliação da adesão terapêutica, podendo ser usado o método de autorrelato, em que é o próprio a ler as perguntas e a responder, ou administrados em forma de entrevista, em que as perguntas são feitas por um entrevistador, que regista as respostas do utente. A administração em autorrelato deve ser o método preferencial pois a entrevista pode apresentar resultados distorcidos uma vez que, os inquiridos, por estarem na presença de um profissional de saúde, tendem a responder o que acham socialmente mais correto, acabando, assim, por declarar um nível de cumprimento superior ao que realmente é (Cabral et al., 2017 citado por Oliveira, 2022).

Exemplos de questionários frequentemente utilizados para avaliar a adesão à terapêutica em diferentes doenças crónicas incluem a Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), o Medication Adherence Rating Scale (MARS) e a versão de 8

itens da Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). O MAT pode ser aplicado a qualquer doença crônica e é composto por sete itens que avaliam o comportamento do indivíduo em relação ao uso diário de medicação; o MARS é um questionário de autopreenchimento com dez itens de resposta dicotômica (sim/não) que avalia comportamentos de adesão à medicação e atitudes em relação à medicação, no entanto, está validado apenas para distúrbios psiquiátricos; O MMAS-8 tem sete perguntas fechadas de caráter dicotômico (sim/não) e uma oitava pergunta de escolha múltipla. Inicialmente foi desenvolvido para avaliar a adesão à terapêutica anti-hipertensora, mas a sua ampla divulgação fez com que fosse adaptado para outras patologias, havendo atualmente adaptações deste instrumento para avaliar a adesão a diversas terapêuticas como a antidiabética (Oliveira, 2022).

O objetivo do tratamento da DM2 é alcançar um controlo metabólico eficaz, reduzindo a morbidade e a mortalidade. Para isso, é essencial integrar tanto a terapêutica farmacológica como intervenções não farmacológicas centradas na promoção de hábitos saudáveis e autocuidado (American Diabetes Association, 2021).

Tal como em outras doenças crônicas, o utente com DM2 precisa de integrar várias tarefas no seu dia a dia: monitorizar a glicémia, gerir a medicação, manter uma alimentação equilibrada, praticar exercício, estar atento a sinais de complicações e cumprir as consultas de seguimento (Goldenstein & Muller-Wieland, 2008). A decisão de seguir o tratamento está diretamente ligada à importância que a pessoa atribui ao mesmo e à sua confiança em conseguir cumpri-lo. Assim, a motivação, a informação adequada e o reforço da autonomia devem caminhar lado a lado para promover uma adesão eficaz e sustentável (OMS, 2003).

Compreender e atuar sobre os múltiplos fatores que influenciam a adesão terapêutica é essencial para melhorar os resultados clínicos, promover o autocuidado e reforçar o papel do enfermeiro como agente facilitador do processo de mudança.

### **2.3. Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem**

As teorias de enfermagem constituem instrumentos fundamentais para a consolidação e evolução do conhecimento na área, promovendo o aprofundamento do saber próprio da profissão. Simultaneamente, estas contribuem para a construção e afirmação da identidade profissional, favorecendo a compreensão da natureza da enfermagem e o desenvolvimento das suas especificidades no âmbito científico (Santos et al., 2022).

Diversas teorias de enfermagem foram desenvolvidas, sendo compreendidas como representações reais e definidas por um conjunto de proposições destinadas

a descrever, explicar e prever parte de uma realidade para orientar a prática profissional e estabelecer as bases do conhecimento (Raimondo et al., 2012).

Entre as teorias reconhecidas como referência para a prática da enfermagem, destaca-se a Teoria Geral de Enfermagem, desenvolvida por Dorothea Orem, composta por três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Queirós et al., 2014).

O autocuidado é o conceito principal desta teoria, assumindo um papel fundamental para a promoção da saúde e bem-estar do indivíduo. Este consiste em “ações deliberadas para suprir ou garantir a continuidade da vida, o crescimento e o desenvolvimento, bem como a manutenção da integridade humana” (Santos et al., 2022, p.2). Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2018), o autocuidado define-se como a atividade executada pelo próprio indivíduo, com o intuito de satisfazer as suas necessidades básicas, manter-se funcional e lidar com as atividades da vida diária.

Dorothea Orem distingue três categorias de requisitos de autocuidado:

- Requisitos universais do autocuidado: associados aos processos de vida e à manutenção da integridade estrutural ou funcional humana;
- Requisitos de desenvolvimento do autocuidado: associados ao desenvolvimento de processos, derivados de uma condição ou associados a um evento;
- Requisitos de desvios da saúde no autocuidado: associados às condições de doença ou incapacitação, sendo necessários cuidados médicos (Calado et al., 2020).

No contexto da diabetes mellitus tipo 2 (DM2), o autocuidado é analisado na categoria de desvio da saúde. De acordo com os princípios da promoção da saúde e a teoria de Orem, o objetivo é capacitar o indivíduo para se tornar autónomo na gestão da sua condição, recorrendo aos profissionais de saúde apenas quando necessário (Calado et al., 2020).

A Teoria do Autocuidado descreve como e por que razão as pessoas cuidam de si mesmas; a Teoria do Déficit de Autocuidado explica quando as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem aborda as formas de intervenção da enfermagem para suprir esses défices (Tomey & Alligood, 2004, citado por Queirós et al., 2014).

Esta última, é considerada a teoria unificadora e inclui todos os elementos essenciais, sugerindo que a enfermagem representa uma forma de ação humana, sendo os sistemas de enfermagem concebidos como sistemas de ação implementados pelos profissionais de enfermagem no exercício da sua atividade. Estes sistemas são direcionados a indivíduos com limitações no autocuidado ou que necessitam de cuidados dependentes em virtude de condições de saúde (Tomey e Alligood, 2004).

Orem classifica três sistemas de enfermagem para os requisitos de autocuidado: o sistema totalmente compensatório, que ocorre quando o indivíduo é incapaz de realizar o autocuidado devido às suas ações estarem limitadas, sendo o enfermeiro a substituí-lo nesse mesmo autocuidado; o sistema parcialmente compensatório, quando o indivíduo apenas precisa da enfermagem para ajudá-lo naquilo que ele não é capaz de realizar por si só e o sistema de apoio-educativo, quando o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, mas necessita de orientação, educação e supervisão nas suas atividades (Tomey & Alligood, 2004).

A Teoria do Déficit de Autocuidado parte do princípio de que a necessidade de cuidados de enfermagem está relacionada com o grau de maturidade individual face a limitações que afetam a capacidade de agir em relação à própria saúde ou aos cuidados de saúde. Segundo Tomey e Alligood (2004), essas limitações podem tornar as pessoas total ou parcialmente incapazes de cuidar de si próprias ou dos seus dependentes. Deste modo, quando as exigências de autocuidado são maiores do que a capacidade da pessoa para o desenvolver, tornam-se necessárias as intervenções de enfermagem (Queirós et al., 2014).

O autocuidado constitui um sistema de ação que deve ser adquirido através de um processo de aprendizagem e praticado de forma intencional e contínua, de acordo com as necessidades reguladoras dos indivíduos (Tomey & Alligood, 2004).

Na DM2, o autocuidado está fortemente relacionado com a adesão a hábitos de vida saudáveis, como praticar uma alimentação saudável, realizar atividade física regular, cumprir o regime terapêutico acordado, monitorizar a glicémia, cuidar adequadamente dos pés, e evitar o consumo de tabaco e bebidas alcoólicas (Bastos et al., 2007, citado por Gama, M, 2020). Tratando-se de uma patologia crónica, o processo do autocuidado é fundamental para o equilíbrio e para a gestão eficaz da doença (Zambrano & Bautista, 2022).

Orem identificou cinco métodos que os enfermeiros podem utilizar em combinação ou isoladamente quando cuidam da pessoa, que são: executar ou agir, substituindo-a naquilo que ela não é capaz de fazer; orientar e encaminhar; dar apoio físico e/ou psicológico; criar e manter um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento; e ensinar (Tomey & Alligood, 2004). O processo de enfermagem é um sistema que permite diagnosticar a necessidade de cuidados, fazer um planeamento e intervir (Queirós et al., 2014).

Destaca-se a relevância de que cada pessoa participe ativamente no processo de autocuidado, incentivando indivíduos, famílias e comunidades a adotarem atitudes responsáveis em relação à sua saúde e promovendo, assim, a melhoria da qualidade de vida, da saúde e do bem-estar (Raimondo et al., 2012). A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com DM2, de forma estruturada e organizada, tem um impacto significativo na autogestão e na qualidade dos cuidados, pois promove um maior conhecimento da doença e um papel mais ativo da pessoa no controlo da DM (Ferrito et al., 2013).

A teoria realça a importância de ações educativas por parte dos enfermeiros para a promoção e manutenção da saúde, consideradas fulcrais para um autocuidado competente, uma vez que os indivíduos portadores de diabetes necessitam de dominar os conceitos e as habilidades essenciais para um tratamento a longo prazo, evitando possíveis complicações (Hinkle & Cheever, 2015).

## **2.4. Intervenções de Enfermagem**

Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2024), as doenças crónicas são, de forma geral, condições que perduram por um ano ou mais, exigem cuidados médicos contínuos e/ou limitam as atividades da vida diária. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2018) reconhece estas doenças não transmissíveis como a principal causa de morte a nível global, sendo um dos maiores desafios de saúde do século XXI. Com base na teoria do autocuidado, o papel do enfermeiro torna-se fundamental para apoiar o utente na gestão contínua da sua condição crónica.

A DM2, enquanto doença crónica intimamente ligada aos estilos de vida, exige uma gestão particularmente complexa. O seu controlo requer uma abordagem multifatorial, centrada na pessoa, desenvolvida por uma equipa interdisciplinar. Neste contexto, o enfermeiro assume um papel central, dado que a sua posição estratégica lhe permite intervir de forma próxima e continuada, que se traduz nos sistemas de enfermagem da teoria de Orem, em que o enfermeiro atua como suporte educacional e assistencial (Ferrito et al., 2013).

Como abordado anteriormente, os principais fatores de risco associados às doenças crónicas estão intimamente ligados a comportamentos e estilos de vida, sendo que para alcançar a mudança é necessária não apenas ação individual, mas também o apoio contínuo por parte dos profissionais de saúde, cujo papel é fundamental no incentivo e suporte a essas alterações comportamentais. Além disso, a identificação de necessidades sociais e o desenvolvimento de estratégias de encaminhamento em parceria com recursos comunitários são passos essenciais (Hacker, 2024).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), a enfermagem tem como objetivo prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital, promovendo a manutenção, recuperação e melhoria do seu estado de saúde, bem como o alcance da sua máxima funcionalidade (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015). Estes cuidados baseiam-se numa relação de ajuda entre enfermeiro e utente, sendo responsabilidade do enfermeiro orientar, supervisionar e fornecer informação clara, promovendo mudanças comportamentais sustentáveis. Cabe-lhe também acompanhar todo o processo, avaliando e ajustando intervenções sempre que necessário (OE, 2015).

Assim, a relação de ajuda e orientação reforça o sistema de apoio-educativo proposto por Orem, que estimula a autonomia do utente.

No caso da DM2, o enfermeiro destaca-se como facilitador da adaptação à condição de saúde e promotor de comportamentos de adesão terapêutica, através da consciencialização e motivação para a mudança (Regufe, 2017). Segundo Sousa et al. (2021), embora existam várias intervenções possíveis, os programas estruturados de autogestão têm mostrado maior impacto ao nível do autocuidado.

Esta doença, devido à sua natureza crónica, exige comportamentos específicos de autocuidado, área na qual os profissionais de enfermagem desempenham um papel fundamental. Cabe ao enfermeiro avaliar as capacidades individuais do utente e estruturar a informação a ser fornecida de forma adequada às suas necessidades (Hinkle & Cheever, 2015).

No contexto dos cuidados de enfermagem, é essencial oferecer suporte individualizado, tendo em vista que os indivíduos podem apresentar diferentes condições clínicas, seja no momento do diagnóstico ou durante o tratamento de outras patologias. A educação para a saúde é um dos principais focos, com o objetivo de capacitar o utente para o autocuidado a longo prazo, prevenindo complicações associadas à doença (Hinkle & Cheever, 2015).

Deste modo, uma abordagem integral à pessoa com diabetes deve ter em consideração aspetos psicossociais e culturais. A educação terapêutica desempenha um papel fulcral para informar, motivar e fortalecer a pessoa e família, para lidar com a condição crónica. Em cada consulta, é importante consciencializar sobre os riscos associados à saúde, promover o desenvolvimento de competências e estimular a motivação para enfrentar essa condição (Pace et al., 2006).

A abordagem educativa deve ser iniciada com a avaliação da disponibilidade do utente e da sua família para aprender sobre o controlo da doença. É importante reconhecer e validar os sentimentos de choque ou depressão, frequentemente associados ao diagnóstico, além de identificar receios ou barreiras relacionadas ao processo de aprendizagem. O enfermeiro deve corrigir informações erradas que possam gerar ansiedade e oferecer uma orientação clara, objetiva e adaptada ao perfil do utente. Deve também avaliar a sua situação social, considerando fatores como o nível de escolaridade, condições socioeconómicas, apoio familiar e acesso a recursos de saúde, que podem impactar diretamente a adesão ao tratamento e a elaboração do plano de cuidados (Hinkle & Cheever, 2015).

Após a implementação dos conhecimentos transmitidos, a avaliação deve ser contínua, com foco na observação direta das habilidades de autocuidado, e não apenas no autorrelato do utente. A educação deve incluir temas como o cuidado com os pés e os olhos, o controlo dos fatores de risco e o suporte emocional perante as complicações da diabetes (Hinkle & Cheever, 2015).

A abordagem educativa deve ser flexível e ministrada em várias sessões ao longo do tempo, reconhecendo que estratégias eficazes para uns podem não

funcionar para outros. Sempre que possível, é recomendada a utilização de diferentes recursos pedagógicos, como folhetos, vídeos e outros materiais de apoio. O conteúdo deve ser adaptado às necessidades do utente, considerando o idioma, o nível de escolaridade e o grau de literacia em saúde (Hinkle & Cheever, 2015).

É importante destacar que, quanto melhor informadas estiverem as pessoas sobre a sua condição de saúde, maior será a sua participação e adesão ao tratamento. A DM é uma patologia que requer o envolvimento ativo da pessoa no controlo da doença e na mudança de hábitos relacionados com o estilo de vida. Assim, o Enfermeiro, deve estabelecer uma relação com os utentes, promovendo a sua adesão ao regime terapêutico, incentivando a prática de atividade física e a adoção de uma alimentação adequada à sua situação clínica (Oviedo & Boemer, 2009, citado por Regufe, 2017).

Muitas pessoas também enfrentam desafios emocionais relacionados com a vivência da doença e com o impacto das suas complicações. É comum que sintam culpa, ansiedade e medo por não estarem a conseguir cumprir o tratamento adequado. Além disso, podem sentir preocupação constante com a alimentação, com o medo de se privar dos alimentos ou desenvolverem sentimentos depressivos devido à diabetes (Goldenstein & Muller-Wieland, 2008).

Ao delinear estratégias educativas para pessoas com diabetes, é fundamental adotar abordagens que visem a modificação de comportamentos relacionados com o autocuidado. Nesse sentido, a relação entre o enfermeiro e o utente deve-se basear numa dinâmica participativa, sustentada em quatro pilares principais:

**Poder:** Delegar autoridade e responsabilidade ao indivíduo, valorizando-o e promovendo a sua autonomia e liberdade.

**Motivação:** Incentivar continuamente, reconhecendo o bom desempenho, valorizando os resultados e elogiando a concretização dos objetivos.

**Desenvolvimento:** Fornecer recursos para capacitação e desenvolvimento pessoal, através de formação contínua, partilha de conhecimentos e aquisição de novas técnicas.

**Liderança:** Orientar com clareza, definindo objetivos, abrindo novos horizontes, avaliando o desempenho e oferecendo um retorno construtivo (Regufe, 2017).

A qualidade de vida das pessoas com diagnóstico de DM2 é influenciada por fatores como o nível de escolaridade, estado civil, ocupação, apoio familiar, tempo de diagnóstico e existência de complicações. O conhecimento desses fatores pode ser um ponto de partida para orientar as intervenções, visando melhorar o controlo glicémico e reduzir o risco de complicações. (Randwan et al., 2018, citado por Cardoso et al, 2022).

Durante as consultas, os enfermeiros podem realizar sessões educativas breves e eficazes, abordando temas como a administração correta da insulina e a

prevenção de complicações (Grillo et al., 2016; Xu et al., 2020, citado por Cardoso et al., 2022). Estudos demonstram que programas educativos conduzidos por enfermeiros melhoram significativamente o controlo da glicémia, a adesão ao tratamento e a adoção de estilos de vida saudáveis (Ferrito et al., 2013).

Apesar do papel do enfermeiro ser amplamente reconhecido neste contexto, é indispensável a colaboração de uma equipa multidisciplinar no processo de educação da pessoa com diabetes, pois a multidisciplinaridade favorece de forma significativa a sua capacitação (Patrão, M, 2011, citado por Neves, 2014).

### 3. Metodologia:

Para a realização deste trabalho, definimos a seguinte questão orientadora: "Quais os fatores associados à adesão terapêutica na Diabetes Mellitus Tipo 2?".

Com base nesta questão, procedemos à elaboração de uma revisão narrativa da literatura, a qual se caracteriza como sendo uma "revisão apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado tópico ou assunto, identificando e resumindo o que foi publicado anteriormente, sob uma perspectiva teórica ou contextual" (Nené & Sequeira, 2022).

Segundo Nené e Sequeira (2022), não existe consenso sobre a necessidade de as revisões narrativas informarem sobre os critérios de seleção e o método de pesquisa, no entanto, considerámos fundamental descrever detalhadamente o processo metodológico adotado, de forma a garantir maior rigor e transparência do presente trabalho.

A pesquisa foi conduzida em diversas bases de dados científicas, nomeadamente: PubMed, Scielo e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), de modo a assegurar a abrangência e a relevância dos artigos selecionados. Os termos utilizados foram: "*Adesão Terapêutica*" (ou "*Therapeutic Adherence*"), "*Diabetes Mellitus Tipo 2*" (ou "*Type 2 Diabetes Mellitus*") e "*Enfermagem*" (ou "*Nursing*"). Estes termos foram utilizados em português e em inglês, consoante a base de dados, sendo combinados entre si através do operador booleano AND. A seguir apresenta-se a lógica booleana aplicada:

**Tabela 1** - Estratégia de pesquisa e lógica booleana. Fonte: Elaboração própria

Estratégia de pesquisa e utilização de operadores booleanos				
Nursing / Enfermagem	AND	Therapeutic Adherence / Adesão Terapêutica	AND	Type 2 Diabetes Mellitus / Diabetes Mellitus Tipo 2
Type 2 Diabetes Mellitus / Diabetes Mellitus tipo 2	AND	Therapeutic adherence / Adesão Terapêutica		

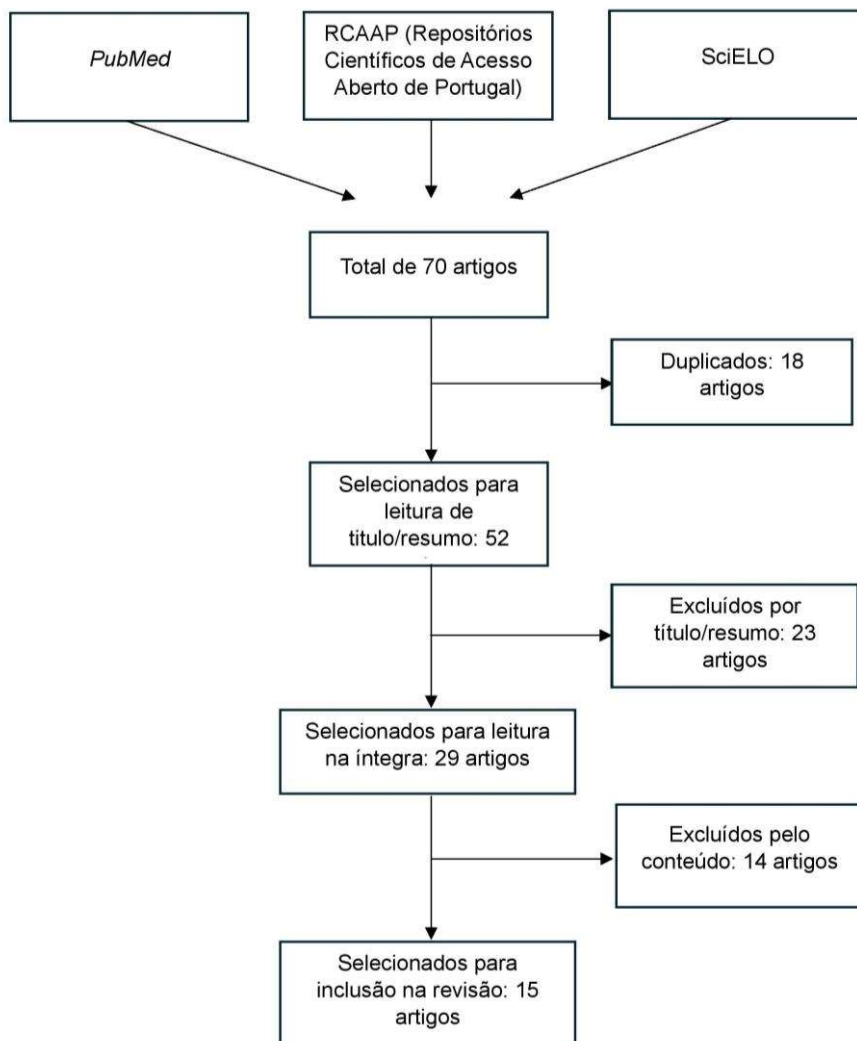
No que se refere aos tipos de publicação incluídos, tendo em conta a natureza da revisão narrativa, foram considerados diversos formatos de literatura científica, nomeadamente: estudos primários, revisões sistemáticas, relatórios técnicos,

resumos de congressos, pósteres, e outros documentos relevantes, desde que convergissem com o tema em análise (Fortin, 2009).

Como critérios de inclusão, foram selecionados documentos:

- Publicados nos últimos cinco anos;
- Redigidos em português, inglês ou espanhol;
- Com acesso ao texto completo;
- Que respondessem à questão orientadora e se enquadrassem nos objetivos do estudo.

A seleção dos artigos foi realizada em duas fases: numa primeira leitura dos títulos e resumos pelos elementos do grupo de trabalho, procedeu-se à triagem inicial com base nos critérios definidos. Artigos duplicados foram excluídos. Na segunda fase, procedeu-se à leitura integral dos textos selecionados para análise crítica e extração dos dados relevantes. A organização do processo de seleção e extração de dados encontra-se sintetizada no fluxograma apresentado a seguir.



**Figura 1** - Fluxograma de pesquisa. Fonte: elaboração própria.

## 4. Resultados e discussão

A presente secção tem como objetivo analisar e interpretar as principais conclusões obtidas a partir da revisão narrativa da literatura, à luz dos estudos selecionados. Através da leitura crítica e comparativa dos artigos incluídos, procurou-se compreender de que forma os resultados encontrados convergem ou divergem dos dados previamente apresentados na fundamentação teórica. Esta análise permitiu identificar padrões, reforçar evidências já estabelecidas e destacar possíveis lacunas ou novas perspectivas relacionadas com os fatores que influenciam a adesão terapêutica na DM2, assim como o papel das intervenções de enfermagem nesse contexto.

Diversos estudos demonstraram que as intervenções educativas têm impacto positivo na adesão terapêutica e no controlo clínico da DM2. Estas intervenções, geralmente conduzidas por profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, promovem mudanças de comportamento, aumentam a autoeficácia e favorecem o empoderamento dos utentes.

O estudo de Vieira & Santos (2020), realizado na USF Bela Saúde, no Porto, indicou que 62,3% dos participantes apresentaram boa adesão medicamentosa, associada a níveis significativamente inferiores de HbA1c. Os autores ressaltam que a confiança no profissional de saúde e a personalização das intervenções, especialmente com suporte familiar, são fatores determinantes para uma adesão mais eficaz.

Já o estudo de Albuquerque (2021), que aplicou sessões educativas em grupo, revelou uma redução significativa nos níveis de HbA1c (de 8,73% para 7,59%) e na glicémia em jejum (de 204,90 para 133,54 mg/dL). Esse programa baseava-se em “rodas de conversa”, um método dialógico e participativo que favoreceu a troca de experiências entre utentes. Verificou-se também uma melhoria da qualidade de vida e uma redução do impacto emocional da doença, 80% dos utentes relataram menor sofrimento psicológico relacionado com a DM2 após a intervenção.

O estudo desenvolvido numa Unidade Básica de Saúde no Brasil (Aroucha, 2021), com recurso a uma sessão educativa interativa, demonstrou que, apesar de já existir boa adesão medicamentosa prévia (71,43% nunca deixavam de tomar a medicação), a intervenção teve um papel essencial no esclarecimento de dúvidas, melhoria do conhecimento sobre a doença e aumento da motivação para práticas de autocuidado, como a alimentação saudável e o exercício físico. A maioria dos utentes exercia atividades informais ou dependia de rendimentos baixos e 49% eram analfabetos. Ainda assim, a intervenção educativa conseguiu reforçar a importância do autocuidado e aumentar o interesse por mudanças comportamentais, demonstrando que, mesmo em contextos vulneráveis, a educação em saúde adaptada pode gerar impacto positivo.

Estes dados reforçam a importância do papel da enfermagem na educação para a saúde, sobretudo quando se privilegiam abordagens centradas no utente, com linguagem acessível e estratégias adaptadas ao nível de literacia em saúde. O envolvimento do utente como agente ativo, e não apenas como recetor da informação, é um ponto comum nas intervenções bem-sucedidas.

Segundo Castillo-Merino (2023), as intervenções educativas realizadas pela enfermagem focam-se na reestruturação comportamental e promoção do autocuidado, envolvendo temas como a medicação, a dieta, o exercício físico e o combate da doença. O acompanhamento contínuo e personalizado tem demonstrado resultados promissores na prevenção do aumento da hemoglobina glicada (HbA1c), com melhorias mais significativas quando comparado a outras formas de educação em saúde. Além disso, as intervenções com ênfase no autocuidado têm demonstrado impacto positivo na autoeficácia dos utentes durante o processo saúde-doença (Castillo-Merino, 2023).

Também, a condução de intervenções em grupo permite familiarizar os utentes com a doença, identificar fatores de risco, compreender as causas da não adesão e desenvolver, em conjunto com a equipa de saúde, estratégias para superar esses obstáculos. O ambiente familiar também se destaca como um componente valioso, já que sua inclusão amplia o alcance da educação e contribui para a prevenção de complicações (Castillo-Merino, 2023).

Intervenções culturalmente adaptadas, como também salienta Castillo-Merino (2023), são eficazes, especialmente em populações racializadas ou pertencentes a minorias étnicas. A sensibilidade cultural promove o respeito aos valores e práticas locais, favorecendo a aceitação e o envolvimento dos indivíduos no seu processo de doença.

Parra et al. (2021) avaliaram a eficácia de uma intervenção educativa individualizada conduzida por enfermeiros para melhorar a adesão terapêutica em pessoas com hipertensão e DM2. A intervenção combinou componentes educativos, comportamentais e afetivos, incluindo informação sobre a doença, modificação de hábitos e apoio emocional. Após seis meses, o grupo da intervenção apresentou score médio de adesão significativamente maior do que o grupo controlo, mantendo-se essa tendência aos doze meses, embora sem diferenças estatisticamente significativas. Contudo, não houve alterações relevantes nos níveis de HbA1c em nenhum momento, o que sugere que intervenções adicionais ou de maior duração podem ser necessárias para que a adesão se traduza em controlo glicémico efetivo.

Além dos benefícios observados nos indicadores clínicos, os dados obtidos na presente revisão reforçam elementos já amplamente discutidos na literatura. Tal como referem Hinkle & Cheever (2015), a abordagem educativa deve ser flexível e ministrada ao longo do tempo, com recurso a diferentes ferramentas pedagógicas e adaptada às características individuais dos utentes. Essa necessidade de adaptação foi visível nas intervenções analisadas, sobretudo naquelas que

consideraram o nível de literacia em saúde, a escolaridade e o contexto sociocultural dos participantes.

Adicionalmente, os resultados obtidos corroboram a ideia de que quanto melhor informadas estiverem as pessoas sobre a sua condição de saúde, maior será a sua participação e adesão ao tratamento. Esta evidência, já discutida por Oviedo & Boemer (2009), citado por Regufe, (2017), reforça o papel central do enfermeiro na construção de uma relação de proximidade com o utente, baseada na confiança, na comunicação eficaz e na promoção do envolvimento ativo no processo terapêutico.

No plano emocional, os estudos incluídos também evidenciaram melhorias significativas na perceção de bem-estar psicológico após a implementação das intervenções. Esta melhoria pode estar relacionada com a diminuição dos sentimentos de culpa, medo ou ansiedade frequentemente associados à vivência da diabetes mellitus tipo 2, conforme descrito por Goldenstein & Muller-Wieland (2008). Assim, a educação em saúde revela-se não apenas um instrumento técnico, mas também um suporte emocional essencial para enfrentar os desafios da doença.

Por fim, é importante sublinhar que, de acordo com Grillo et al. (2016) e Xu et al. (2020), citado por Cardoso et al. (2022), mesmo durante as consultas de rotina, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm a oportunidade de realizar pequenas intervenções educativas, esclarecendo dúvidas, reforçando o autocuidado e prevenindo complicações. Estas pequenas ações, aparentemente simples, demonstram elevado potencial na promoção da adesão terapêutica e na melhoria do controlo metabólico da DM2.

A literacia em saúde constitui um fator essencial para a autogestão eficaz da DM2, sendo que diversos estudos analisados indicam que níveis mais elevados de literacia estão associados a uma melhor adesão às terapêuticas não farmacológicas, maior compreensão da doença, menor risco de complicações cardiovasculares e maior capacidade para interpretar parâmetros clínicos, como valores de glicémia e doses de insulina.

Nesse sentido, no estudo conduzido por Vieira (2020), realizado em quatro centros de saúde da região Centro de Portugal, verificou-se que os participantes com menor literacia em saúde apresentavam maior prevalência de complicações cardiovasculares, independentemente de variáveis como idade, adesão à medicação, capacitação ou nível socioeconómico. Foi identificado que, para cada termo adicional corretamente reconhecido na escala de literacia em saúde METER (Medical Term Recognition Test), havia uma redução de 5,3% no risco de doença cardiovascular, evidenciando uma relação direta entre o domínio da linguagem em saúde e a capacidade de gerir eficazmente a DM2.

Ainda segundo Vieira (2020), entre os componentes da terapêutica, a adesão à medicação foi a mais elevada, seguida dos cuidados com os pés. Em contrapartida,

a atividade física apresentou o menor nível de adesão, seguida da monitorização da glicémia capilar. Este padrão reflete uma menor valorização das componentes não farmacológicas do tratamento, o que corrobora os dados de Pinto (2020), cujo estudo identificou igualmente uma elevada adesão à terapêutica medicamentosa, em contraste com a fraca adesão à prática de atividade física.

Estes resultados reforçam a importância do papel educativo dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, na promoção de estilos de vida saudáveis e na sensibilização para a relevância integral das várias dimensões da terapêutica.

De forma complementar, outro estudo nacional, com uma amostra de 100 participantes provenientes de diversas regiões de Portugal, demonstrou que a literacia em saúde está positivamente associada à escolaridade e ao nível socioeconómico. Contudo, não foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre literacia em saúde, adesão terapêutica ou capacitação, possivelmente devido ao tamanho reduzido da amostra (Pinto, 2020). Ainda assim, observou-se uma tendência para melhor adesão alimentar entre participantes com maior literacia, embora a adesão à atividade física continuasse baixa, em consonância com os dados de Vieira (2020). Tal evidencia as limitações existentes na transposição do conhecimento técnico para a prática quotidiana.

Em suma, os dados revelam que o domínio do conhecimento técnico, por si só, não assegura uma adesão terapêutica plena. É essencial que este conhecimento seja integrado na vivência diária do utente, num processo mediado pela motivação, contexto sociocultural e apoio profissional. Cabe, assim, à enfermagem o papel crucial de traduzir a linguagem técnica em práticas acessíveis e significativas, promovendo o autocuidado sustentável.

Estes resultados estão em consonância com o que já havia sido destacado na literatura, nomeadamente quanto à influência da literacia em saúde na adesão terapêutica e nos resultados clínicos. Tal como apontado por autores como Salvado (2012) e por entidades como a OMS (2024b) e a Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (2023), níveis reduzidos de literacia estão associados a piores desfechos em saúde e a uma menor capacidade de gestão da doença. Reforça-se, assim, a necessidade de estratégias educativas adaptadas às realidades individuais, promovidas por profissionais capacitados para comunicar de forma clara e eficaz.

O stress emocional é amplamente reconhecido como um fator que compromete significativamente a adesão terapêutica na DM2. Diversos estudos incluídos nesta revisão evidenciam que o sofrimento psicológico interfere diretamente na motivação dos utentes, na sua capacidade para seguir recomendações terapêuticas e no controlo glicémico.

O estudo de Queiroz (2020), realizado na Universidade Federal do Ceará com 249 participantes, mostrou que 37,3% dos utentes apresentavam stress emocional relacionado com a diabetes. A presença deste stress esteve fortemente associada à não adesão ao tratamento medicamentoso, tanto em relação aos antidiabéticos

orais quanto à insulina. Além disso, os participantes com stress apresentaram níveis médios mais elevados de glicemia capilar (184 mg/dL vs. 150 mg/dL), confirmando o impacto negativo do sofrimento emocional no controlo da doença. A não adesão terapêutica mostrou-se estatisticamente associada à presença de sofrimento emocional, revelando que a dificuldade não se limita a “seguir ou não seguir” recomendações, mas envolve o modo como o indivíduo se sente em relação ao seu tratamento e ao seu contexto de vida. No mesmo estudo, fatores como otimismo, prática regular de atividade física, sono adequado e adesão à dieta mostraram-se protetores contra o stress emocional. Em contrapartida, características como a falta de otimismo, a desmotivação e a negação da doença estiveram relacionadas a um maior sofrimento psicológico. A faixa etária entre 40 e 49 anos foi a mais afetada tanto pelo stress quanto pela não adesão ao uso de antidiabéticos orais, sugerindo a necessidade de intervenções específicas para este grupo.

Outro contributo importante para a compreensão da dimensão emocional foi apresentado no estudo de Albuquerque (2021), que utilizou “rodas de conversa” como intervenção educativa. Após o programa, 80% dos participantes relataram diminuição dos problemas emocionais relacionados com a DM2, ressaltando o efeito positivo de abordagens que promovem vínculos, autoestima e suporte social entre pares.

O estudo realizado por Kóbling et al. (2020) aprofundou a relação entre fatores emocionais e adesão à terapêutica, concluindo que a autoeficácia na gestão da dieta está fortemente associada à percepção de isolamento social, sendo este o fator mais influente na adesão às recomendações alimentares. Verificou-se que um aumento de um ponto na escala de isolamento social resultava numa diminuição significativa da confiança do utente na sua capacidade para gerir a dieta. A saúde mental fragilizada e a solidão contribuíram negativamente para a autoeficácia, enquanto um maior tempo de diagnóstico se associou a uma melhor adaptação às recomendações dietéticas.

Estes resultados reforçam a necessidade de intervenções de enfermagem que incluam o apoio emocional e social, promovendo não apenas o conhecimento técnico, mas também a motivação, o empoderamento e a integração no ambiente familiar e comunitário. Considerando os princípios da teoria de Orem, é essencial que o enfermeiro identifique as limitações no autocuidado relacionadas com fatores emocionais e desenvolva estratégias que fortaleçam a capacidade do utente para gerir a sua alimentação de forma autónoma e responsável.

Estes resultados vêm confirmar o que já tem sido amplamente discutido na literatura por autores como Raupp (2021), nomeadamente a influência negativa de fatores emocionais como o stress, a ansiedade e o isolamento na adesão terapêutica. A articulação entre o bem-estar psicológico e o controlo da DM2 não pode ser desvalorizada, sendo evidente que o sofrimento emocional compromete tanto a motivação como a capacidade de gestão da doença. A evidência

encontrada sublinha, assim, a necessidade de integrar o apoio emocional nas intervenções de enfermagem, tal como preconizado por autores e organizações de referência.

As condições económicas surgem como barreiras transversais à adesão terapêutica, afetando tanto a aquisição de medicamentos quanto o seguimento de orientações dietéticas e o acesso a serviços de saúde.

O estudo de Pinto (2020), como referido anteriormente, evidenciou que níveis socioeconómicos mais baixos estão associados a uma menor literacia em saúde, o que impacta diretamente a capacidade de autogestão da DM2. Participantes com menor literacia demonstraram maior dificuldade em interpretar rótulos alimentares, posologias de medicação e em seguir planos terapêuticos não farmacológicos, evidenciando a inter-relação entre fatores económicos e conhecimento em saúde.

Romero et al. (2022) investigaram o impacto da precariedade financeira em pessoas idosas, onde muitos referiram não ter recursos suficientes para adquirir alimentos saudáveis ou suportar o custo de consultas e medicamentos. Essa limitação obriga os utentes a realizar escolhas difíceis entre necessidades básicas e compromete significativamente a adesão ao tratamento, aumentando o risco de descompensação, especialmente em populações envelhecidas e isoladas.

O estudo de Martins (2021), conduzido nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Região de Lisboa e Vale do Tejo, observou que aqueles cuja despesa com o tratamento foi inferior a 5,00€ apresentaram maior adesão (66,4%) comparativamente aos que tiveram custos superiores, embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Mesmo assim, esses dados indicam uma tendência que reforça a influência das condições económicas na adesão terapêutica.

Essas evidências destacam a necessidade de estratégias equitativas e acessíveis, bem como a articulação com políticas públicas que assegurem o acesso à terapêutica, alimentação adequada e acompanhamento multidisciplinar. Neste contexto, o enfermeiro desempenha um papel essencial como mediador entre o sistema de saúde e o utente, apoiando na superação das barreiras económicas e promovendo a autonomia do utente na gestão da sua condição.

Estas conclusões vão ao encontro do descrito por autores como Khan (2024) que destacou o quanto o baixo rendimento compromete a continuidade do tratamento.

Os dados sociodemográficos revelam-se importantes na compreensão dos padrões de adesão terapêutica na DM2. No estudo de Rosu (2023), as taxas de adesão foram consistentemente mais elevadas entre os idosos, enquanto os mais jovens (18-44 anos) apresentaram maior propensão a descontinuar o tratamento. Além disso, observou-se que o número de medicamentos adquiridos está positivamente associado à adesão, sendo que a aquisição de dois ou mais medicamentos revelou maior compromisso com a terapêutica.

O estudo realizado por Omotosho e Senghore (2024) em dois hospitais públicos da Gâmbia revelou uma prevalência de não adesão à medicação de 27,6%. A maioria dos participantes era do sexo feminino (74,5%), casada (76,6%) e sem escolaridade formal (63,4%). A adesão às consultas médicas foi alta, com 95,9% dos utentes a comparecerem regularmente. Quanto às crenças sobre a saúde, muitos reconheciam a gravidade da diabetes e os benefícios do tratamento, incluindo a prevenção de complicações e o controlo da doença, além de demonstrarem confiança na sua capacidade de seguir a medicação. Contudo, a perceção de barreiras subjetivas ao tratamento, como esquecimentos, duração prolongada da terapêutica e efeitos adversos, foi o único fator estatisticamente associado à não adesão. Utentes que não reportaram tais barreiras apresentaram menor probabilidade de não aderirem à medicação. Estes dados sublinham a importância das intervenções educativas por parte da equipa de enfermagem, focadas na redução de obstáculos percebidos e na promoção de comportamentos eficazes de autocuidado.

Os resultados de ambos os estudos são sustentados pela OMS (2003), que, tal como mencionado anteriormente, identificou que quanto mais complexo for o regime terapêutico menor tende a ser a adesão, bem como, o facto de a adesão ter tendência a diminuir com o tempo de diagnóstico da doença.

Além disso, a OMS (2003) também evidencia que, em geral, adultos mais velhos tendem a ter maior adesão aos regimes de autocuidado do que os mais jovens, tal como observado no estudo de Rosu (2023) e que os homens costumam apresentar menor adesão a mudanças de estilo de vida, especialmente no que diz respeito à alimentação e à prática de exercício físico.

A adesão ao tratamento medicamentoso constitui um dos pilares fundamentais no controlo da DM2. Contudo, mesmo antes da implementação de intervenções específicas, é comum observar variações nos padrões de adesão.

No estudo de Aroucha (2022), constatou-se que a maioria dos participantes relatava uma boa adesão à medicação, com 85,71% nunca tendo interrompido o uso dos medicamentos por conta própria. Apesar deste índice positivo, persistiam comportamentos de risco que comprometem a eficácia terapêutica, tais como esquecimentos esporádicos e o uso incorreto das medicações. Estes dados evidenciam a importância de estratégias contínuas de monitorização e educação para minimizar falhas no seguimento do regime terapêutico.

Em complemento, o estudo de Climens et al. (2020) investigou as razões que levam à descontinuação do tratamento em pessoas com DM2. Através da utilização de um questionário online dirigido a indivíduos que haviam interrompido a terapêutica nos últimos seis meses, os autores identificaram os principais motivos apontados pelos participantes. Os efeitos adversos dos medicamentos foram o motivo mais frequentemente referido (35%), destacando sintomas como distúrbios gastrointestinais, aumento de peso e episódios de hipoglicemia. Seguiram-se a perceção de ineficácia do tratamento (26%), a decisão da equipa médica em

suspender ou modificar a terapêutica (24%) e a sensação dos utentes de que a doença já estava controlada, o que os levou a abandonar o tratamento (19%).

Estes achados sublinham a complexidade da adesão medicamentosa, que não depende apenas do conhecimento ou vontade do utente, mas também da experiência subjetiva com os efeitos colaterais e da comunicação com a equipa de saúde. A gestão adequada dos efeitos adversos e o esclarecimento acerca dos objetivos terapêuticos são fundamentais para prevenir a descontinuação.

Nesse sentido, o papel do enfermeiro torna-se crucial, não só na monitorização da adesão, mas também na educação e apoio contínuos aos utentes, com estratégias personalizadas que considerem as dificuldades e perceções individuais. A promoção de um diálogo aberto e empático pode aumentar a confiança no tratamento, melhorar o controlo glicémico e reduzir complicações associadas à DM2.

Em concordância com a literatura da OMS (2003) e autores como Silva et al. (2021), sabe-se que a complexidade do regime terapêutico, os efeitos secundários, as alterações frequentes na medicação e os custos associados representam barreiras significativas à adesão. Estas dificuldades são agravadas pela necessidade de integrar mudanças de estilo de vida, como dieta e exercício, que muitos utentes têm dificuldade em manter.

Relatos de efeitos adversos e perceções de agravamento do estado clínico, bem como a ausência de resultados imediatos, são fatores que, conforme evidenciado por Cabral & Silva (2010), Fernandez-Lazaro et al. (2019) e Monterroso et al. (2012), citado por Camarneiro, (2021), levam muitos a interromper a medicação quando se sentem melhorados. Tal reforça a importância de uma intervenção de enfermagem contínua e individualizada que vise o empoderamento e a superação deste obstáculo.

Diversos estudos evidenciam que a relação estabelecida entre o utente e os profissionais de saúde exerce um papel crucial na adesão terapêutica. Contudo, embora a confiança no médico de família seja reconhecida como um facilitador importante, essa centralidade pode, paradoxalmente, constituir um obstáculo à atuação efetiva da equipa multiprofissional, sobretudo no que diz respeito às intervenções não farmacológicas.

O estudo de Romero (2022) demonstrou que os utentes frequentemente depositam uma confiança quase exclusiva no médico, desvalorizando ou mesmo recusando as orientações de outros profissionais de saúde, como enfermeiros, nutricionistas ou farmacêuticos. Este predomínio do modelo biomédico e paternalista favorece a adesão à medicação prescrita, porém compromete a implementação de estratégias fundamentais centradas no autocuidado, tais como a prática de atividade física e a adesão à dieta recomendada.

Esse mesmo padrão foi observado por Queiroz (2020), onde a relação de confiança com o médico motivava a adesão medicamentosa. Porém,

comportamentos de autonomia limitada, como a dependência para tomar decisões apenas “sob ordem do médico”, dificultavam a adoção de medidas preventivas e educativas sugeridas por outros profissionais da equipa multiprofissional o que representa um desafio acrescido para a enfermagem.

Adicionalmente, o estudo de Climens et al. (2020) revelou que 43% dos participantes seguiam a prescrição médica sem compreenderem totalmente a indicação ou necessidade específica dos fármacos, o que pode contribuir para a descontinuação do tratamento medicamentoso.

Em contrapartida, um estudo realizado na Unidade Básica de Saúde do Maranhão, apesar da amostra reduzida, indicou que quando o discurso educativo provém de um profissional de enfermagem próximo, como numa sessão facilitada por uma enfermeira local, os utentes tendem a valorizar mais a informação recebida e a reconhecer o seu papel ativo no tratamento. Ou seja, sugere que a confiança pode ser construída para além da relação médico-utente tradicional, desde que haja vínculo e continuidade no acompanhamento.

Esses dados reforçam a necessidade urgente de promover uma visão integrada e colaborativa do cuidado, onde todos os elementos da equipa multidisciplinar sejam reconhecidos como intervenientes ativos no processo terapêutico. Em particular, a atuação do enfermeiro deve ser visível e valorizada, assumindo a educação para a saúde não como um complemento opcional, mas como parte integrante e fundamental do tratamento da DM2.

Na literatura, a OMS (2003) destaca que, entre os fatores relacionados aos serviços e aos profissionais de saúde que influenciam a adesão, se incluem o relacionamento entre utente e equipa, a continuidade dos cuidados, a acessibilidade aos medicamentos, a qualidade dos recursos humanos e técnicos, bem como a organização dos serviços (horários, tempo de espera, duração das consultas). Estes elementos são decisivos para a satisfação do utente e o sucesso do tratamento. Mais recentemente, Howal et al. (2024) enfatizam que uma comunicação eficaz, empática e respeitosa entre médico e utente está associada a melhores práticas de autogestão da doença, favorecendo a adesão ao plano terapêutico e a participação ativa no controlo da DM2.

Assim, nos fatores interpessoais específicos da DM2, a qualidade da relação entre o utente e os profissionais de saúde assume um papel crucial, pois uma comunicação clara e uma relação de confiança aumentam significativamente a adesão tanto à medicação como ao monitoramento da doença (OMS, 2003).

O apoio familiar e a rede social de suporte são elementos-chave na adesão terapêutica e no bem-estar psicológico dos indivíduos com DM2. Diversos estudos apontam que a presença de um ambiente familiar solidário e integrado favorece a motivação e o compromisso com o plano terapêutico, contribuindo para melhores resultados no controlo da doença.

O estudo realizado na USF Bela Saúde (Vieira & Santos, 2020) identificou que utentes que viviam com o cônjuge apresentavam níveis significativamente mais elevados de adesão terapêutica. Além disso, a ausência de hábitos tabágicos e a convivência familiar foram associadas a um maior compromisso com as orientações médicas e de enfermagem. Em contrapartida, os utentes que viviam sozinhos ou sem uma rede de apoio social demonstraram menor adesão ao tratamento e maior risco de descompensação da diabetes.

Na mesma linha, Queiroz (2020), concluiu que comportamentos familiares solidários estavam associados a melhor adesão, maior autoeficácia e controlo glicémico mais eficaz. Contudo, foi também evidenciado que comportamentos familiares não solidários, tais como julgamentos, pressão excessiva ou desvalorização da doença, podem gerar frustração, sentimentos de isolamento e abandono parcial do tratamento. Este dado ressalta que o envolvimento familiar precisa de ser qualificado, orientado e apoiado, para que contribua positivamente para a gestão da doença.

Adicionalmente, o estudo de Albuquerque (2021), que utilizou “rodas de conversa” como intervenção educativa, demonstrou que a criação de vínculos sociais entre os utentes fortaleceu o sentimento de pertença e reduziu o isolamento social — um fator já reconhecido como prejudicial no controlo das doenças crónicas. O impacto positivo deste suporte social manifestou-se sobretudo na redução do sofrimento emocional e na motivação para a adoção de mudanças comportamentais essenciais à adesão terapêutica.

Estes resultados evidenciam a importância de envolver não apenas o utente, mas também a família e a comunidade nos processos educativos e de acompanhamento da DM2. Nesse contexto, a intervenção do enfermeiro deve incluir estratégias de abordagem familiar e comunitária, focando-se no fortalecimento das redes de suporte, na identificação e potencialização de fatores protetores, bem como na orientação para o autocuidado coletivo e colaborativo.

Tal como evidenciado na literatura pela OMS (2003) nos fatores interpessoais de adesão terapêutica na diabetes, o suporte social, especialmente o apoio familiar, está fortemente relacionado a melhores níveis de adesão.

A incorporação de tecnologias tem-se revelado uma estratégia promissora para promover o autocuidado e melhorar a adesão terapêutica em pessoas com DM2. Segundo Romero et al. (2022), o uso de telemóveis, por exemplo, é percebido como útil tanto em emergências como na comunicação com profissionais de saúde. Além disso, a utilização de funcionalidades simples, como alarmes para lembrar a toma da medicação ou a realização de atividade física, pode representar um importante aliado no cumprimento do regime terapêutico. Estas estratégias, quando orientadas por profissionais de enfermagem, contribuem significativamente para o reforço da autonomia do utente e para a consolidação de rotinas de autocuidado.

Complementarmente, o estudo de Almalki et al. (2024), avaliou a eficácia da telemedicina enquanto ferramenta de apoio à adesão terapêutica. O estudo examinou o envolvimento de utentes com profissionais de saúde através de métodos de comunicação síncrona, como videochamadas, chamadas telefónicas e aplicações móveis, durante os doze meses anteriores. Os resultados foram expressivos: 62,86% dos utilizadores de telemedicina apresentavam bom controlo glicémico, em comparação com apenas 32,13% dos que realizaram exclusivamente consultas presenciais. Da mesma forma, a adesão ao tratamento foi superior entre os utentes acompanhados por telemedicina (72,86%) em relação aos do grupo presencial (51,58%).

Ao comparar os dois estudos, nota-se que, embora ambos reconheçam o potencial das tecnologias digitais como facilitadoras do acompanhamento terapêutico, há divergências quanto à sua aplicabilidade geográfica. Enquanto Romero et al. (2022) apontam essas tecnologias como particularmente úteis em contextos rurais e de difícil acesso aos serviços de saúde, Almalki et al. (2024) reconhecem limitações nesse sentido, destacando que o seu estudo foi realizado exclusivamente em áreas urbanas, onde a adesão ao uso de tecnologias tende a ser maior.

Estes achados reforçam a necessidade de considerar fatores contextuais na implementação de estratégias tecnológicas, bem como o papel do enfermeiro em auxiliar na integração dessas ferramentas, promovendo a sua utilização eficaz e adaptada à realidade dos utentes.

Também Novacki et al. (2023), como referido anteriormente, demonstrou a utilidade do uso das novas tecnologias como aliadas no regime terapêutico da DM2.

Os dados analisados nesta discussão permitem compreender que a adesão terapêutica na DM2 é influenciada por múltiplos fatores interligados, abrangendo intervenções educativas, barreiras socioeconómicas, fatores emocionais, a qualidade das relações com os profissionais de saúde, o suporte familiar e social, o uso de tecnologias e os resultados clínicos decorrentes das intervenções realizadas. Em todos estes aspetos, destaca-se o papel fundamental do enfermeiro como facilitador do autocuidado, transmissor de conhecimento e promotor de estratégias personalizadas, conforme proposto pelo modelo teórico de Orem.

As intervenções de enfermagem demonstraram impacto não apenas na compreensão da doença, mas também na melhoria dos indicadores clínicos, emocionais e sociais dos utentes. Deste modo, evidencia-se a necessidade de investir numa abordagem centrada na pessoa, multidisciplinar e contínua, que valorize a educação para a saúde como parte integrante e essencial do tratamento, e não como uma mera intervenção complementar.

Por fim, conclui-se que os resultados encontrados nos estudos e artigos científicos mencionados corroboram as evidências já estabelecidas na literatura,

reforçando a importância da atuação qualificada e integrada da equipa de saúde para otimizar a adesão terapêutica na DM2.

## 5. Conclusão

A DM2 é atualmente uma das principais patologias crônicas a nível mundial, representando um problema de saúde pública de grandes dimensões devido à sua elevada prevalência, morbidade, mortalidade e impacto económico. O controlo desta doença depende, em grande medida, da adesão terapêutica por parte dos utentes, tornando-se esta uma componente fundamental para garantir o sucesso do tratamento, prevenir complicações e promover a qualidade de vida.

Tendo em consideração os resultados obtidos nesta revisão narrativa da literatura, foi possível compreender que a adesão terapêutica na DM2 é um processo complexo e multifatorial, influenciado por várias dimensões que se inter-relacionam, nomeadamente fatores económicos, fatores sociais e contexto sociocultural dos utentes, condições clínicas, especificidades do tratamento, relação com os profissionais de saúde e fatores associados ao sistema de saúde.

A evidência científica demonstra que existem diversas barreiras à adesão terapêutica. Fatores como baixos níveis de literacia em saúde, dificuldades económicas, regimes terapêuticos complexos, ausência de suporte familiar, presença de outras comorbilidades e uma relação frágil com os profissionais de saúde contribuem de forma significativa para a não adesão.

Por outro lado, alguns estudos analisados revelaram que as intervenções educativas estruturadas, lideradas por enfermeiros, apresentam resultados positivos no que diz respeito à adesão terapêutica. Sessões educativas em grupo, Rodas de conversa, programas personalizados de autogestão e estratégias adaptadas ao contexto sociocultural dos utentes mostraram melhorias significativas em parâmetros como os níveis de hemoglobina glicada (HbA1c), a glicémia em jejum, a motivação para o autocuidado e a perceção da própria condição de saúde. Estas intervenções revelaram-se especialmente eficazes quando envolveram a participação ativa do utente, uma linguagem clara, adaptada ao seu nível de literacia, bem como o apoio familiar.

Neste contexto, destaca-se o papel do enfermeiro na abordagem terapêutica da pessoa com DM2. Este deve perceber quais os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico, promover educação para a saúde e o autocuidado, utilizando uma abordagem empática, personalizada e holística. A sua atuação deve estar alicerçada em modelos teóricos que confirmam rigor e coerência à prática de enfermagem, como é o caso da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, que valoriza a capacitação do indivíduo como agente ativo do seu próprio cuidado. Esta teoria fornece uma base conceptual robusta para fomentar a autonomia, a responsabilização e o envolvimento consciente na gestão da doença.

A promoção da literacia em saúde, o apoio emocional, a elaboração de planos terapêuticos individualizados e a monitorização regular dos resultados das

intervenções são pilares fundamentais para alcançar uma adesão terapêutica efetiva e sustentável.

Deste modo, compreende-se que otimizar a adesão terapêutica em utentes com DM2 requer uma abordagem multidimensional, com forte ancoragem no papel dinâmico e facilitador do enfermeiro. A literatura evidencia que estratégias educativas consistentes, contínuas e ajustadas ao perfil dos utentes, quando integradas numa relação terapêutica baseada na confiança, empatia e respeito pela individualidade, traduzem-se em melhorias substanciais nos resultados clínicos e na qualidade de vida das pessoas com diabetes.

Contudo, importa reconhecer uma limitação relevante deste trabalho: apesar da diversidade de estudos encontrados sobre adesão terapêutica na DM2, a quantidade de artigos especificamente centrados nas intervenções de enfermagem revelou-se reduzida. Esta escassez dificultou uma análise mais aprofundada sobre as práticas concretas implementadas pelos enfermeiros no terreno e evidencia a necessidade de mais investigação direcionada para este domínio. Este facto reforça a importância de estimular a produção científica em enfermagem, especialmente no contexto das doenças crónicas, de modo a valorizar e visibilizar o impacto efetivo do cuidado de enfermagem.

Ainda assim, tal facto não comprometeu os objetivos traçados inicialmente. Foi possível compreender os fatores que influenciam a adesão terapêutica, identificar o contributo das intervenções de enfermagem e relacioná-las com a teoria do autocuidado, oferecendo uma perspetiva crítica, atualizada e útil para a prática profissional. Neste sentido, considera-se que o presente trabalho constituiu uma mais-valia, tanto para o desenvolvimento académico quanto para a futura prática profissional.

Investir em programas educativos, fomentar o autocuidado e reconhecer o utente como elemento central do seu percurso terapêutico constituem caminhos essenciais para enfrentar os desafios associados à DM2. A enfermagem, alicerçada na evidência científica e orientada por modelos teóricos consolidados, assume-se como uma força transformadora capaz de converter conhecimento em prática efetiva, contribuindo de forma decisiva para a melhoria da saúde individual e para a eficiência e sustentabilidade dos cuidados em saúde.

## 6. Referências bibliográficas:

Aedo Romero, V., Rivas Rivero E., & Campillay Campillay, M., (2022). Adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión y diabetes mellitus tipo II: una aproximación cualitativa.. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (42), 70-84. [https://dx.doi.org/10.15517/enferm.actualcostarica\(enlínea\).v0i42.45422](https://dx.doi.org/10.15517/enferm.actualcostarica(enlínea).v0i42.45422)

Alberti, K., Zimmet, P., & Shaw, J. (2007). International Diabetes Federation: Um consenso sobre a prevenção da diabetes tipo 2 – Parte I. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 2(4), 29–36.

Albuquerque, W. (2021). *Fatores emocionais e adesão terapêutica: Um programa de intervenção em pacientes com Diabetes Mellitus tipo II* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10400.26/39034>

Almalki, Z., Imam, M., Ahmed, N., Ghanem, R., S Alanazi, T., Juweria, S., Alanazi, T., Alqadhibi, R. B., Alsaleh, S., Hasino, F., Saad Alsffar, A., I Alzarea, A., Albassam, A. A., Alshehri, A. M., Alahmari, A. K., Alem, G. M., Alalwan, A. A., & Alamer, A. (2024). The influence of telemedicine in primary healthcare on diabetes mellitus control and treatment adherence in Riyadh region. *Saudi pharmaceutical journal: SPJ: the official publication of the Saudi Pharmaceutical Society*, 32(1), 101920. <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2023.101920>

American Diabetes Association. (2021). 4. Comprehensive medical evaluation and assessment of comorbidities: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. *Diabetes Care*, 44(Suppl. 1), S40–S52. <https://doi.org/10.2337/dc21-S004>

Aroucha, M. (2021). *Adesão à terapêutica medicamentosa em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 atendidos em uma unidade básica de saúde (UBS) no município de Imperatriz - MA* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Coimbra]. Repositório da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10400.26/39040>

Barros, S. (2024). A Pessoa com diabetes mellitus em situação crónica: Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, na área da enfermagem à pessoa em situação crónica [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/52221>

Boavida, J. (2016). Diabetes: uma emergência de saúde pública e de políticas da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.03.001>

Borse, S., Chhipa, A., Sharma, V., Singh, D., & Nivsarkar, M. (2021). Management of type 2 diabetes: Current strategies, unfocussed aspects, challenges, and alternatives. *Medical Principles and Practice*, 30(2), 109–121. <https://doi.org/10.1159/000511002>

Calado, M., Pedrosa, S., Amendoeira, J., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). Promoção do autocuidado à pessoa diabética tipo 2 na prevenção do pé diabético: Revista da UIIPS, 8(1), 192-202. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19889>

Camarneiro, A. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. Revista de Enfermagem Referência, 5(7), e20145. <https://doi.org/10.12707/RV20145>

Cardoso, S., Amorim, F., Silva, S., Carvalho, M., Carvalho, M., Pereira, G., Carvalho, C., Araújo, A., & Montenegro, J. (2022). Nurses' role in the prevention and control of type 2 Diabetes mellitus. Research, Society and Development, 11(13), e139111334563. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i13.34563>

Castillo-Merino, Y., Ospina-Ayala, C., Esquivel-Garzón, N., Rodríguez-Acelas, A., & Cañon-Montañez, W. (2023). (2023). Educational Interventions in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus in Primary Health Care Settings. A Scoping Review. *Investigación y Educación en Enfermería*, 41(2), e15. Epub August 29, 2023. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n2e15>.

Centers for Disease Control and Prevention. (2024). About chronic diseases. U.S. Department of Health & Human Services. <https://www.cdc.gov/chronic-disease/about/index.html>

Climens, A., Pain, E., Boss, A., & Shaunik, A. (2020). Understanding Reasons for Treatment Discontinuation, Attitudes and Education Needs Among People Who Discontinue Type 2 Diabetes Treatment: Results from an Online Patient Survey in the USA and UK. *Diabetes therapy: research, treatment and education of diabetes and related disorders*, 11(8), 1873–1881. <https://doi.org/10.1007/s13300-020-00843-9>

Costa, A. (2023). Abordagem do Pé Diabético: A intervenção do Farmacêutico na prevenção e controlo [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve]. Sapientia. <http://hdl.handle.net/10400.1/25604>

Despacho n.º 3390/2025 da Secretária de Estado da Saúde. (2025). Diário da República: II série n.º53. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3390-2025-911131335>

Direção-Geral da Saúde. (2011a). Abordagem terapêutica farmacológica na diabetes mellitus tipo 2 no adulto (Norma n.º 052/2011, atualizada em 27/04/2015). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/12/27/abordagem-terapeutica-farmacologica-na-diabetes-mellitus-tipo-2-no-adulto/>

Direção-Geral da Saúde. (2011b). Diagnóstico e classificação da diabetes mellitus. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/01/14/diagnostico-e-classificacao-da-diabetes-mellitus/>

Farmaki, P., Damaskos, C., Garpis, N., Garpis, A., Savvanis, S., & Diamantis, E. (2020). Complications of the Type 2 Diabetes Mellitus. *Current Cardiology Reviews*, 16(4), 249–251. <https://doi.org/10.2174/1573403x1604201229115531>

Ferrito, C., Nunes, L. e Carneiro, A. (2013). Intervenções de enfermagem à pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 em cuidados de saúde primários: elaboração de uma norma de orientação clínica. *Cadernos de Saúde*, (6), 19-29.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (N. Salgueiro, Trad.). Lusodidacta.

Gama, M. (2020). *Autocuidado nas pessoas idosas com Diabetes Mellitus tipo 2: Intervenções Promotoras de Atividade física e Alimentação Saudável*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.26/37407>

Goldenstein, B., & Müller-Wieland, D. (2008). *Diabetes tipo 2: princípios e práticas* (P. Ambrósio, Trad.; 2ª ed.). Euromédice.

Gomes, M., (2020). Prevenção do pé diabético: Contributo da consulta de enfermagem [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33515>.

Grevenstuk, T., Amálio, S., & Lopes, A., (2021). Fatores de risco para a cetoacidose diabética na região do Algarve. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 16(2), 55–61

Hacker, K., (2024). The burden of chronic disease. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 7(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2023.08.005>

Hinkle, J., & Cheever, K. (2015). Brunner & Suddarth: Manual de Enfermagem Médico-Cirúrgica (13ª ed.). Guanabara Koogan.

Howal, P., Hannan, A., Deshmukh, K., Thara, A., Maheen, S., Juneja, F., Baig, M., Khambati, B., Sonkusare, C., Solunke, G., Ganiyani, M., & Pustake, M. (2022). Impact of physician-patient communication on diabetes self-management and glycemic control: A cross-sectional study in tertiary healthcare centers. *Journal of Chronic Diseases and Management*, 8(1), 1–8. <https://www.jscimedcentral.com/public/assets/articles/chronicdiseases-8-1037.pdf>

International Council of Nurses. (2018). *International Classification for Nursing Practice (ICNP®) – Tradução Portuguesa*. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese\\_translation.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf)

International Diabetes Federation. (2007). *Um consenso sobre a prevenção da diabetes tipo 2 – Parte I*. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 2(4), 29–36

International Diabetes Federation. (2019). *IDF Diabetes Atlas (9th ed.)*. International Diabetes Federation. <https://diabetesatlas.org/atlas/ninth-edition/>

International Diabetes Federation. (2025). *IDF Diabetes Atlas (11ª ed.)*. International Diabetes Federation. <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>

Joaquim, N., Nunes, T., & Miranda, R. (2022). Intervenções educacionais baseadas na família para a autogestão da diabetes em adultos: revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 38(1), 23–30. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i1.13064>

Khan, M., Shehzadi, T., Mubeen, M., Riaz, F., Noor, E., Zahid, A., Zafar, M., Raza, A., Majeed, A., Asghar, Z., Eram, F., Akram, M., & Yousuf, M. (2024). The influence of socioeconomic factors on diabetes management and its outcomes. *Journal of Clinical and Nursing Research*, 8(12). <https://doi.org/10.26689/jcnr.v8i12.8045>

Köbling, T., Váradi, Z., Katona, É., Somodi, S., Kempler, P., Páll, D., & Zrínyi, M. (2020). Predictors of dietary self-efficacy in high glycosylated hemoglobin A1c type 2 diabetic patients. *The Journal of international medical research*, 48(6). <https://doi.org/10.1177/0300060520931284>

Loureiro, L., Afonso, M., Ribeiro, P., Mesquita, A., Pestana, H., & Sousa, L. (2019). Exercício físico em pessoas com diabetes: Revisão Sistemática de Literatura. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(1), 18–26. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.03.4564>

Macedo, M. (2016). Consulta de enfermagem de Diabetes Mellitus em contexto hospitalar. crónica [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/18594>

Martins, M. (2021). *Falta de Controlo Glicémico em Doentes Diabéticos: o Tratamento Falha nos Doentes ou são os Doentes que Falham no Tratamento?* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa]. *Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa*. <http://hdl.handle.net/10400.21/14576>

Matos, C. (2021). Descompensação metabólica aguda na Diabetes mellitus [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/51727>

Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em enfermagem: Teoria e prática*. Lidel.

Neves, M. (2014). Adesão ao regime terapêutico em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2: importância dos conhecimentos e da motivação [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=2P2HcZEm>

Novacki, R., Lucas, Fernanda, M., Dias, G., Lima, T., Luiz, R., Alves, F., Venancio, V., Alves, D., Claudino, L., Santana, C., Ferrari, C., Malavazi, F., Tomazini, A., Pinto, R., Dean, J., Oliveira, I., Fraga, W., Maria, G., & Victória, A. (2023). Abordagens inovadoras no tratamento da Diabetes Mellitus tipo 2: análise

de revisões sistemáticas. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(6), 30733–30747. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n6-316>

Oliveira, M. (2022) Adaptação e Validação de um Questionário Universal para Medir a Adesão à Terapêutica em Doença Crónica [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da UC. <https://hdl.handle.net/10316/105738>

Omotosho T., Senghore T. Factors Influencing Therapeutic Non-Adherence Behavior Among Patients with Type 2 Diabetes in Two Public Hospitals in the Gambia: A Cross-Sectional Study. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2024; 17:2683-2692 <https://doi.org/10.2147/DMSO.S464761>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

Orem, D., (1993). Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A., XII

Organização Mundial da Saúde. (2009). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563871>

Pace, A., Ochoa-Vigo, K., Helena, M., Caliri, L., Paula, A., & Fernandes, M. (2006). O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 14(5), 728-734. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000500014>

Parra, D., Guevara, S., & Rojas, L., (2021). 'Teaching: individual' to improve adherence in hypertension and type 2 diabetes. *British journal of community nursing*, 26(2), 84–91. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2021.26.2.84>

Pereira, R. (2010). Complicações agudas da diabetes tipo I. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/30895>

Pinto, M. (2020). *Literacia em saúde e doença cardiovascular na diabetes tipo 2: Estudo transversal nacional* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/97697>

Queirós, P., Vidinha, T. e Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de enfermagem: *Revista de Enfermagem Referência* 4(3), 157-164. 10.12707/RIV14081

Queiroz, R. (2020). *Abordagem na gestão e no acompanhamento farmacoterapêutico em pessoas com diabetes tipo 2: aspectos da prevalência, da adesão ao tratamento e do estresse emocional ao diabetes na atenção primária à*

saúde [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Ceará]. Repositório Institucional da UFC. <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/57352>

Raimondo, M., Fegadoli, D., Méier, M., Loewen, M., Labroniá, L. & Raimondo-Ferraz, M. (2012). Produção Científica Brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (3),529-534. <https://www.scielo.br/j/reben/a/rkKPx85SwpYc5kpDyBz5Byg/?lang=pt>

Raup, I. T., Marins, M. P., Labrea, V. N., Wink, E. L., Londero, A. P. R., Tomaz, M. de A., Libermann, L. L., & Boff, A. A. (2021). Diabetes Mellitus Tipo 2 e saúde mental: uma abordagem multidisciplinar/ Type 2 diabetes Mellitus and mental health:a multidisciplinary approach. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 90–104. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-010>

Reed, J., Bain, S., & Kanamarlapudi, V. (2021). A Review of Current Trends with Type 2 Diabetes Epidemiology, Aetiology, Pathogenesis, Treatments and Future Perspectives. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity : targets and therapy*, 14, 3567–3602. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S319895>

Regufe, V. (2017). Autogestão do doente diabético: Papel do enfermeiro na promoção da autonomia [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/18944>  
Repositório Comum

Rosu, A., Coelho, A., Camacho, P., (2023). Avaliação da adesão à terapêutica em doentes com diabetes tipo 2 e hipertensão arterial: adesão à medicação nas doenças crónicas. *RevSALUS*. 2024;6(1). <http://hdl.handle.net/10400.21/17610>

Salvado, S. (2012). A educação na pessoa com diabetes tipo 2 para a adesão às atividades de autocuidado. [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Veriati. <http://hdl.handle.net/10400.14/11956>

Sampaio, H., Carioca, A., Sabry, M. O. D., Santos, P. M. dos, Coelho, M. A. M., & Passamai, M. da P. B. (2015). Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 865–874. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.12392014>

Santos, M., Bittencourt, G. K., Beserra, P. J., & Nóbrega, M. M. (2022). Teoria geral do autocuidado segundo o modelo de análise de teorias de Meleis. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1) <https://doi.org/10.12707/RV21047>

Silva, J., (2020). Diabetes Mellitus – Custo da doença no contexto português [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/94399>

Silvério, D., Castro, K., Silva, J., & Amâncio, N., (2024). Obesidade, sedentarismo e má alimentação como fatores de risco para o diabetes tipo 2 em jovens: uma revisão de literatura. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 7(15), e151707. <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i15.1707>

Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2018). Recomendações oficiais: Abordagem terapêutica da hiperglicemia no adulto com diabetes tipo 2 – 2018. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 13(4), 154–180. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2019/01/RPD-DEzembro-2018-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-p%C3%A1gs-154-180.pdf>

Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2023). Diabetes: Factos e números – O ano de 2019, 2020 e 2021: Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. <https://www.spd.pt>

Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. (n.d.). Diabetes tipo 2. <https://www.spedm.pt/pt/glandulas-e-doencas-endocrinas/diabetes-tipo-2>

Sociedade portuguesa de endocrinologia, diabetes e metabolismo. (2011). Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus. Diabetes: uma abordagem global. 2ª Ed. Algés: Euromédice.

Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde. (2023). *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde* (Edição 1). <https://splspportugal.com/wp-content/uploads/2023/11/revista-portuguesa-literacia-saude-edicao-1-1.pdf>

Sousa, M., Vilar, A., Sousa, C. M., & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Autocuidado: um foco central da enfermagem, pg. 15-26 <https://doi.org/10.48684/2ad2-jv51>

Tomey, A. e Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e sua obra. Loures: Lusociência.

Vieira, J. & Santos, P. (2020). Medication adherence in type 2 diabetes mellitus patients: a cross-sectional study. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 36(2), 104-112. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v36i2.12395>

Vieira, M. (2020). *Literacia em saúde, capacitação e qualidade de vida em pessoas com Diabetes tipo 2 Medicina [Dissertação de Mestrado, Universidade Beira Interior]. Repositório Digital da UBI.* <http://hdl.handle.net/10400.6/10749>

Vilelas, J. (2017) Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento. (2ª edição). Edições Silabo.

World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>

World Health Organization. (2018). *Noncommunicable diseases country profiles 2018.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514620> Organização Mundial da Saúde

World Health Organization. (2020). HEARTS D: Diagnosis and management of type 2 diabetes. <https://iris.who.int/handle/10665/331710>

World Health Organization. (2024). *Health literacy*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>

World Health Organization. (2024a). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

World Health Organization. (2024b). *Health literacy*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>

Zambrano, K., & Bautista, C. (2022). Práticas de autocuidado que realizan pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de Cartagena, Colombia, 2021. *Revista Cuidarte*, 13(3). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2534>

# Apêndices

## Apêndice A: Quadro Síntese de artigos

Tabela 2 - Quadro Síntese de artigos selecionados para análise. Fonte: Elaboração própria.

Artigo	Tipo de artigo	Objetivo	Resultados
Aedo Romero, V., Rivas Rivero, E., & Campillay Campillay, M. (2022).	Pesquisa qualitativa etnográfica, descritiva. Estudo exploratório.	Explorar e descrever as dimensões que afetam a adesão terapêutica em idosos hipertensos e diabéticos tipo 2 em Araucanía, Chile.	São descritas, 13 categorias, 3 in vivo; ser um fardo para os outros, obtendo ajuda do telemóvel e vida empobrecida, e dez teóricas; ageísmo, isolamento e solidão, cultura popular para o controle da patologia, estrutura familiar matriarcal, modelo biomédico enraizado, subestimação do pessoal não médico, expectativas não atendidas, importância da participação social, autocuidado, adesão incompleta e fragmentada e descompensação de risco.
Albuquerque, W. (2021)	Dissertação de Mestrado em Educação para a saúde	Elaborar, implementar e avaliar a eficácia de uma intervenção educativa, baseada no conhecimento sobre a doença,	Observou-se um ligeiro aumento do nível de conhecimento da doença e da qualidade de vida em 80% dos participantes, uma diminuição dos problemas e emoções negativas em

	<p>Estudo do tipo pré-teste, pós-teste, com avaliação quantitativa</p>	<p>fatores emocionais, qualidade de vida e controlo da doença.</p>	<p>80% dos utentes e uma diminuição das dificuldades relacionadas com o tratamento em 60% dos casos. Verificou-se, também, um maior controlo da doença, dado que ocorreu uma melhoria dos valores da glicémia.</p>
<p>Aroucha, M. (2021)</p>	<p>Dissertação de Mestrado em Educação para a saúde. Pesquisa do tipo intervenção-ação</p>	<p>Avaliar a adesão à terapêutica em pessoas com Diabetes Mellitus atendidas numa Unidade Básica de Saúde e implementar uma intervenção educativa com o intuito de melhorar essa adesão.</p>	<p>Dos participantes, 71,43% relataram nunca ter deixado de tomar os medicamentos, e 100% afirmaram nunca ter interrompido a medicação sem orientação médica. Além disso, 71,43% demonstraram satisfação com as explicações recebidas e mostraram-se dispostos a participar em grupos educativos.</p>
<p>Castillo-Merino, Y., Ospina-Ayala, C., Esquivel-Garzón, N., Rodríguez-Acelas, A., &amp; Cañon-Montañez, W. (2023).</p>	<p>Revisão Scoping</p>	<p>Sintetizar a evidência de estudos com intervenções educativas para adultos com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) no contexto de cuidados de saúde primários.</p>	<p>Análise com foco em 4 grandes categorias: 1) Adesão terapêutica: melhorias significativas na satisfação com o tratamento e adesão medicamentosa. 2) Autocuidado e autogestão: aumento da autoeficácia,</p>

			<p>empoderamento e conhecimento da doença.</p> <p>3) Controle glicêmico: reduções significativas na HbA1C.</p> <p>4) Papel da enfermagem: papel central na implementação de intervenções educativas, com impacto positivo na reestruturação de comportamentos e resultados clínicos.</p>
<p>Climens, A., Pain, E., Boss, A., &amp; Shaunik, A. (2020).</p>	<p>Estudo transversal, qualitativo</p>	<p>Compreender os motivos para a descontinuação do tratamento em pessoas com diabetes tipo 2, bem como suas atitudes e necessidades educacionais.</p>	<p>Os anti-diabéticos orais foram os tratamentos mais frequentemente descontinuados (93/161), seguidos da insulina (40/161) e dos agonistas dos receptores do péptido 1 semelhante ao glucagon (13/161). Principais razões para a interrupção do tratamento: efeitos adversos (35%, sobretudo gastrointestinais e ganho de peso) e baixa eficácia percebida (26%).</p> <p>Fatores que poderiam evitar a descontinuação: cuidados mais eficazes, melhor comunicação com</p>

			<p>profissionais de saúde e tratamentos com menos efeitos adversos.</p> <p>40% disseram que nenhuma informação adicional teria ajudado; 35% referiram que gostariam de mais informação médica.</p> <p>O custo foi um fator importante nos EUA (16%), menos no Reino Unido (4%).</p>
<p>Köbling, T., Váradi, Z., Katona, É., Somodi, S., Kempler, P., Páll, D., &amp; Zrínyi, M. (2020).</p>	<p>Estudo transversal com desenho preditivo.</p>	<p>Prever os comportamentos de autoeficácia alimentar em utentes com níveis elevados de hemoglobina glicada (HbA1c).</p>	<p>A menor autoeficácia alimentar apresentou forte correlação com maior isolamento social e correlação moderada com mais problemas de saúde mental.</p> <p>Níveis mais elevados de HbA1c estiveram inversamente relacionados com a percepção da saúde física.</p> <p>O isolamento social e emocional e o tempo desde o diagnóstico foram preditores significativos da autoeficácia alimentar, sendo que maior isolamento esteve associado a maiores dificuldades na gestão alimentar.</p>

<p>Almalki, Z., Imam, M., Ahmed, N., Ghanem, R., Alanazi, T., Juweria, S., Alanazi, T., Alqadhibi, R., Alsaleh, S., Hasino, F., Saad Alsiffar, A., Alzarea, A., Albassam, A., Alshehri, A., Alahmari, A., Alem, G., Alalwan, A., &amp; Alamer, A. (2024).</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>Determinar o impacto da telemedicina nos desfechos clínicos de utentes com DM2 na Arábia Saudita.</p>	<p>A telemedicina foi associada a melhor controlo glicémico e melhor adesão ao tratamento.</p> <p>Também mostrou efeito positivo na redução de complicações diabéticas e menor probabilidade de polimedicação.</p> <p>Conclui-se que a telemedicina pode melhorar o controlo da HbA1c, aumentar a adesão terapêutica e reduzir complicações e polimedicação em pessoas com DM2.</p>
<p>Martins, M. (2021).</p>	<p>Dissertação de Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde.</p> <p>Estudo de coorte retrospectivo.</p>	<p>Determinar a adesão à terapêutica inicial e o seu impacto na decisão clínica de alterar a terapêutica inicial em utentes diabéticos recém-diagnosticados nas UCSP da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.</p>	<p>Dos 1.609 membros da coorte, 659 tiveram alterações à terapêutica inicial – 509 adições e 150 substituições. 1.060 (65,9%) utentes foram classificados como aderentes à terapêutica prescrita, ou seja, obtiveram um MPR≥80% durante o período de observação. A metformina foi o medicamento antidiabético mais prescrito como terapêutica inicial (68,5%), mas foram os inibidores das DDP-4 que</p>

<p>Omotosho, T., &amp; Senghore, T. (2024)</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>Determinar a prevalência e identificar os fatores associados ao comportamento de não adesão terapêutica em utentes com diabetes mellitus tipo 2, no Gâmbia</p>	<p>tiveram melhores taxas de implementação (76,49%). A prevalência de não adesão ao tratamento antidiabético foi de 27,6%. As barreiras percebidas, como esquecimento, uso prolongado da medicação e efeitos colaterais, mostraram-se significativamente associadas à não adesão. Por outro lado, a frequência das consultas médicas não apresentou associação significativa com a adesão.</p>
<p>Parra, D., Guevara, S., &amp; Rojas, L. (2021)</p>	<p>Ensaio clínico randomizado</p>	<p>Avaliar a eficácia da intervenção educativa individual de enfermagem em comparação com os cuidados habituais (grupo controlo), na melhoria da adesão ao regime terapêutico em pessoas com hipertensão, DM2 ou ambas;</p> <p>Analisar o impacto das intervenções de enfermagem na redução da pressão arterial</p>	<p>Após 6 meses de seguimento, verificou-se uma melhoria significativa na adesão ao tratamento. Também houve uma redução média da pressão arterial sistólica (PAS) de 3,79 mmHg no grupo de intervenção. No entanto, não se observou alteração significativa nos níveis de hemoglobina glicada (HbA1c).</p>

<p>Pinto, M. (2020).</p>	<p>Trabalho Final de Mestrado em Integrado em Medicina.  Estudo transversal piloto de coorte.</p>	<p>sistólica (PAS) e nos níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) em pessoas com hipertensão e DM2</p>	<p>42% dos participantes tinham literacia em saúde inadequada.  Não houve relação estatisticamente significativa entre LS e complicações cardiovasculares, capacitação, adesão ou qualidade de vida.  Tendência (não significativa) para menor adesão à atividade física e maior adesão à alimentação específica em pessoas com maior LS.  LS associada positivamente à formação e negativamente à idade e nível socioeconómico.</p>
<p>Queiroz, R. (2020).</p>	<p>Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas</p>	<p>Identificar a prevalência do stress emocional e a adesão terapêutica em pessoas com diabetes tipo 2, e acompanhá-las por meio do acompanhamento farmacoterapêutico nos Cuidados de Saúde Primários.</p>	<p>Os mais jovens apresentaram mais stress e menor adesão. O stress está associado a dificuldade com dieta e exercício.  Após intervenções, adesão ao ADO aumentou de 60% para 93,3%;</p>

	Estudo transversal e estudo longitudinal		<p>adesão à insulina subiu de 33,3% para 91,7%.</p> <p>Redução significativa na glicémia de jejum e aumento do HDL.</p> <p>Foram realizadas 164 intervenções farmacêuticas, sendo 87,8% aceites.</p>
Rosu A., Coelho A. & Camacho, P. (2023)	Estudo observacional de coorte retrospectivo.	Avaliação da adesão à terapêutica em utentes recém-diagnosticados com Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial, nos Cuidados de Saúde Primários na Região Lisboa Vale Tejo.	<p>A taxa de iniciação foi de 84,2% nos utentes com DM2 e hipertensão (98% para terapêutica antidiabética oral e 84,6% para anti-hipertensiva). A taxa de implementação foi baixa: 3,4% no geral (4,2% aderentes à terapêutica antidiabética oral e 8,5% à anti-hipertensiva). A taxa de descontinuação foi de 3,4% (5,5% para terapêutica antidiabética oral e 13,2% para anti-hipertensiva). Embora a maioria inicie a medicação após prescrição, poucos alcançam níveis de implementação suficientes para uma boa adesão.</p>
Vieira, J., & Santos, P. (2020)	Estudo transversal (observacional)	Avaliar a adesão à medicação em utentes com Diabetes Mellitus tipo 2 e avaliar o seu impacto nos	<p>62,3% dos utentes apresentaram boa adesão à medicação. Má adesão associada a: sintomas depressivos,</p>

		<p>resultados orientados para a doença.</p>	<p>tabagismo, viver sozinho ou sem cônjuge. Má adesão associada a níveis mais elevados de HbA1c.</p>
<p>Vieira, M. (2020).</p>	<p>Dissertação de mestrado integrado em Medicina Estudo transversal exploratório</p>	<p>Perceber qual a relação entre Literacia em Saúde e complicações cardiovasculares em pessoas com DM2</p>	<p>Verificou-se que uma maior literacia em saúde se associou significativamente a uma menor prevalência de doenças cardiovasculares. Cada termo adicional reconhecido na escala de literacia correspondeu a uma redução de 5,3% na probabilidade de complicações</p>