

Capacidade de autocuidado de pessoas idosas portuguesas residentes em contexto domiciliário

Fátima Cunha¹

orcid.org/0000-0001-7847-7739

Maria Rosário Pinto²

orcid.org/0000-0001-6786-6069

Margarida Vieira³

orcid.org/0000-0002-9439-2804

¹ Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV) | Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS); Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Santarém, Santarém, Portugal.

² Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA-E) | Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

³ Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Instituto Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Resumo

Introdução

Neste artigo apresenta-se uma análise da Capacidade de Autocuidado de pessoas idosas residentes em contexto domiciliário, identificando variáveis que nela interferem. O envelhecimento é uma etapa da vida em que as necessidades de saúde sofrem contínuas modificações decorrentes das situações de doença e do processo de envelhecimento, pelo que a implementação de um adequado e eficaz apoio à capacidade para cuidar de si contribuirá na promoção da saúde e bem-estar.

Objetivo

Identificar variáveis que interferem na Capacidade de Autocuidado de pessoas idosas residentes em contexto domiciliário.

Métodos

Trata-se de um estudo de natureza não experimental, transversal, quantitativo de tipo descritivo e correlacional, no qual participaram 400 pessoas que cumpriram os critérios de inclusão definidos. Avaliação da capacidade de autocuidado com recurso à *Exercise of Self-Care Agency – ESCA*.

Resultados

Baseados na análise multivariada da variância, identificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em alguns domínios da Capacidade de Autocuidado de acordo com a idade, escolaridade e autoperceção do estado de saúde da pessoa idosa. Em termos globais, constataram-se correlações positivas entre a idade e o domínio Iniciativa e responsabilidade (3.6%) e entre a escolaridade e o domínio do Conhecimento e procura informação (5.2%) e correlação negativa entre a idade e o domínio Conhecimento e procura de informação (3.7%). Identificou-se ainda que as pessoas idosas que se percecionam como incapazes de cuidar de si apresentaram pontuações inferiores no domínio do Conhecimento e procura de informação, comparativamente àquelas que se percecionam com capacidade para cuidar de si, tanto quando se autopercecionam como saudáveis ou portadoras de doença (diferença de pontuações médias de -.38 e -.53, respetivamente, $p < .05$).

Conclusão

Perante estes dados, e sendo o envelhecimento uma etapa de múltiplos desafios no autocuidado, sugere-se que o enfermeiro equacione múltiplas estratégias para que a pessoa idosa consiga aceder, compreender, interpretar e integrar o conteúdo da informação que lhes permita cuidar de si.

Palavras-chave

Autocuidado; Cuidados de Enfermagem; Envelhecimento; Pessoa Idosa.

Autor de correspondência

Fátima Cunha

E-mail: fatima.cunha@essaude.ipsantarem.pt

Recebido: 16.02.2023

Aceite: 03.05.2023

Como citar este artigo: Cunha F, Pinto MR, Vieira M. Capacidade de autocuidado de pessoas idosas portuguesas residentes em contexto domiciliário. Pensar Enf [Internet]. 2023 Ago; 27(1):76-81. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.262>



Introdução

No século XXI, a tendência para o envelhecimento populacional é notória, sendo a longevidade uma das maiores conquistas da humanidade.¹ As Nações Unidas² identificam os idosos como o grupo etário com maior crescimento nos últimos 72 anos, representando 13,9% da população global. O mesmo Organismo estima que a população mundial com 60 anos ou mais deve duplicar até 2050 e mais do que triplicar até 2100, passando de 962 milhões em 2017 para 3,1 mil milhões em 2100. Em Portugal, o índice de envelhecimento em 2020 situava-se em 167%, sendo a percentagem de pessoas com mais de 65 anos a quarta mais alta da União Europeia.³

Nesta etapa de vida, as necessidades em saúde sofrem contínuas modificações decorrentes do processo de envelhecimento e/ou situações de doença, interferindo ou podendo interferir na capacidade das pessoas idosas para cuidarem de si, na sua capacidade de autocuidado, uma potencialidade que é parte integrante do ser humano.

De acordo com a Teoria de Orem,⁴ o autocuidado está associado ao desempenho ou à prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar, ao potencial para se envolverem em ações que visam cuidar de si, numa estreita relação a autonomia da pessoa. Tal como a autora refere, no autocuidado o foco é colocado no poder humano ativado e evidenciado pela pessoa quando ela investiga, julga, toma decisões e produz *self-care operations*.⁴ A forma como cada pessoa desenvolve as atividades de autocuidado leva à existência de níveis distintos de capacidade/défi ce de autocuidado e, consequentemente, à capacidade de desenvolvimento de comportamentos de promoção da saúde e de um envelhecimento saudável.

Configura-se assim uma problemática que já tem vindo a ser objeto de estudo em diferentes realidades, com vários estudos a evidenciarem associações estatisticamente significativas entre a capacidade de autocuidado, comportamentos de promoção de Saúde e bem-estar na pessoa idosa.^{5,6,7,8} A relevância da dimensão do autocuidado em contexto de saúde, ganha ainda destaque com o número crescente de estudos que disponibilizam instrumentos para avaliação da capacidade de autocuidado em pessoas idosas,^{9,10} permitindo objetivar as suas necessidades associadas à diversidade de eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida e não apenas um resultado direto da idade cronológica,¹¹ e contribuir para que sejam desenvolvidas intervenções que respondam à individualidade de vida da pessoa.

Neta linha de pensamento, o mais recente relatório mundial sobre o envelhecimento e saúde apresenta um enfoque social para a abordagem desta temática,¹¹ destacando que a idade avançada não implica dependência e que, embora na sua maioria as pessoas idosas coexistam com múltiplas comorbilidades, a diversidade das suas capacidades e necessidades não é aleatória.

Da mesma forma, a Teoria do Défi ce do Autocuidado em Enfermagem de Orem⁴ identifica fatores condicionantes básicos que influenciam o autocuidado que transcendem a

idade (sexo, estado de desenvolvimento, padrão de vida, fatores ambientais, disponibilidade e adequação de recurso). No entanto, na evidência científica disponível, identifica-se um número reduzido de estudos que relatam a influência de variáveis como o género^{5,12} e a escolaridade.⁵ Emerge, assim, o interesse na análise das capacidades da pessoa idosa para tomar conta de si, contribuindo para a manutenção da sua saúde, identificando de que forma as variáveis sociodemográficas interferem na capacidade de autocuidado.

Considerando esta perspetiva, alinhada com a proposta de recomendar um enfoque no envelhecimento da população que potencie a transformação dos sistemas de saúde por forma a substituir os modelos curativos pelos preventivos, com foco nas necessidades das pessoas idosas,¹¹ emerge como essencial a identificação das variáveis que interferem na capacidade de autocuidado das pessoas idosas por forma a implementar um adequado e eficaz apoio ao desenvolvimento destas capacidades.

Objetivo

Identificar variáveis que interferem na Capacidade de Autocuidado de pessoas idosas residentes em contexto domiciliário.

Métodos

Estudo de natureza não experimental, transversal, quantitativo de tipo descritivo e correlacional, com parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (Proc.086/CES/INV/2018), desenvolvido assegurando as dimensões éticas e legais subjacentes a estudos desta natureza. Amostra constituída por 400 pessoas idosas residentes em contexto domiciliário, recrutadas em centros de dia (6 contextos) e consultas de enfermagem (6 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e 8 Unidades de Saúde Familiar), através de uma amostragem por conveniência. Os dados foram recolhidos em formato de papel e o investigador esteve presente ao longo do processo para assegurar o cumprimento dos critérios de amostragem, nomeadamente a capacidade cognitiva para compreensão das questões, consentimento informado e esclarecimento de linguagem incluída no questionário e/ou leitura do mesmo, em participantes que não sabiam ler ou tinham diminuição da acuidade visual. Para determinar a autoperceção do estado de saúde, a pessoa idosa poderia responder considerando três níveis: a) Incapaz de cuidar de si, necessita ajuda outros; b) Capacidade para cuidar de si apesar da doença e c) Saudável, com capacidade para cuidar de si.

A avaliação da capacidade de autocuidado concretizou-se através da aplicação da *Exercise of Self-Care Agency – ESCA* de Kearney e Fleischer,¹³ revista por Riesch e Hauck¹⁴ e traduzida, adaptada culturalmente e validada para a população portuguesa pelas autoras do presente artigo, processo durante o qual se desenvolveu um estudo da fiabilidade através da análise da consistência interna com

recurso ao *coeficiente de Alpha de Cronbach* e da validade de constructo pela análise fatorial exploratória, numa amostra de 625 pessoas idosas residentes em contexto domiciliário. O instrumento resultante é constituído por 29 itens (menos 6 que a escala original), distribuídos por 4 domínios conceptualmente congruentes com os autores originais e com características psicométricas adequadas para sua utilização em contexto clínico ou na investigação (escala global $\alpha = .871$; subescalas: Autoconceito $\alpha = .705$, Iniciativa e Responsabilidade $\alpha = .843$, Conhecimento e procura de informação $\alpha = .755$ e Passividade $\alpha = .646$). Análise dos dados realizada com recurso ao programa da IBM SPSS *Statistics Base*, na versão 27.0. A estatística descritiva (medidas de tendência central e medidas de dispersão) foi utilizada para caracterização da amostra. Para a análise multivariada de variância, foram verificados os pressupostos de independência das observações e homogeneidade de variância/covariância. Utilizámos o *Traço de Pillai* devido à sua robustez para violações modestas à normalidade e o *Lambda de Wilks* sempre que se verificou homogeneidade, aspetos que consideram as recomendações de Marôco.¹⁵

Resultados

No que diz respeito às características da amostra, ela foi constituída maioritariamente por pessoas idosas do género feminino (68.5%), com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos ($M = 75.52$ anos; $DP = 7.16$). Relativamente à

escolaridade, a maioria tinha o ensino primário (61.3%), seguido dos que frequentaram ou concluíram o ensino Secundário (27.3%). Com menor representatividade, os que tinham habilitações de nível superior (7.2%) e os que nunca frequentaram a escola (4.3%). A maioria das pessoas idosas referiram perceber-se com capacidade para realizar atividades habituais de cuidar de si, apesar da doença (55%), 33.5% referiram perceberem-se como saudáveis e apenas 11.5% afirmaram uma autoperceção de incapacidade para realizar atividades habituais de cuidar de si, necessitando da ajuda de outrem.

Como resultados deste estudo, constatou-se que o género não interfere na Capacidade de Autocuidado, já que os dados da análise multivariada da variância não revelaram diferenças estatisticamente significativas [*Lambda de Wilks* = .988, $F(4, 395) = 1.23$, $p = .297$, $\eta_p^2 = .012$, $(1-\beta) = .386$]. Os testes univariados também não identificaram qualquer diferença estatisticamente significativa.

No que diz respeito à idade, a análise do *Coefficiente de correlação de Pearson*, permitiu identificar uma correlação positiva de baixa magnitude com a dimensão Iniciativa e responsabilidade ($r = .191$, $p < .01$), e uma correlação negativa, igualmente de baixa magnitude, entre a idade e o Conhecimento e procura de informação ($r = .193$, $p < .01$) (ver Tabela 1). Identificou-se ainda que, quanto maior é a idade da pessoa idosa maior tende a ser a Iniciativa e responsabilidade e menor o Conhecimento e procura de informação.

Tabela 1 - Coeficientes de correlação de *Pearson* entre a idade dos participantes e as medidas ESCA

	Idade dos participantes Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> (r)
ESCA (escala global)	.036
Iniciativa e responsabilidade	.191**
Autoconceito	-.005
Conhecimento e procura de informação	-.193**
Passividade (invertido)	.031

* $p < .05$ ** $p < .01$

Relativamente à influência do nível de escolaridade a análise multivariada da variância, demonstrou influência do nível de escolaridade na capacidade de autocuidado, já que se observou um efeito global estatisticamente significativo [*Traço de Pillai* = .150, $F(12, 1185) = 5.18$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .050$,

$(1-\beta) > .999$]. Este efeito deve-se à existência de diferenças ao nível das dimensões Conhecimento e procura de informação (magnitude correspondente a $\eta_p^2 = 5.2\%$), Autoconceito ($\eta_p^2 = 2.6\%$) e Iniciativa e responsabilidade ($\eta_p^2 = 2.0\%$) (ver Tabela 2).

Tabela 2 - Pontuações médias e desvios-padrão da ESCA em função da escolaridade dos participantes: Testes univariados (F), magnitude do efeito experimental (η_p^2) e poder da investigação (1- β)

	Escolaridade											F (3, 396)	η_p^2	1- β
	Não frequentou a escola (n= 17)		Ensino primário (n= 245)		Ensino secundário (n= 109)		Ensino superior (n= 29)		Total (N= 400)					
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP				
ESCA (global)	3.14	.56	3.20	.45	3.20	.50	3.12	.40	3.19	.46				
Iniciativa e responsabilidade	3.50	.56	3.36	.56	3.25	.59	3.13	.51	3.32	.57	2.76*	.020	.666	
Autoconceito	3.49	.65	3.63	.37	3.56	.42	3.41	.40	3.59	.40	3.46*	.026	.774	
Conhecimento e procura de informação	2.33	1.23	2.84	.89	3.14	.69	3.21	.49	2.93	.86	7.20**	.052	.983	
Passividade (invertido)	2.58	.93	2.50	.81	2.58	.98	2.52	.71	2.52	.86	.25	.002	.098	

* $p < .05$ ** $p < .01$

A realização dos *testes de Games-Howell* indicou diferenças estatisticamente significativas ao nível do Autoconceito, exclusivamente nas pontuações médias entre as pessoas idosas que possuem o Ensino Primário e os que detêm o Ensino Superior (diferença de pontuações médias de .22, $p < .05$). Ao nível do Conhecimento e procura de informação, as diferenças estatisticamente significativas situaram-se entre as pessoas idosas que não frequentaram a escola ou possuem o Ensino Primário e as que detêm o Ensino Superior (diferença de pontuações médias de .88 e .36, respetivamente, $p < .05$), assim como, entre os participantes com o Ensino Primário e o Ensino Secundário (diferença de -.30, $p < .01$). Para além destes aspetos, constatou-se que as pessoas idosas que não frequentaram a escola apresentavam níveis baixos de Conhecimento e procura de informação (M=2.33; DP=1.23). Identificou-se ainda um aumento progressivo dos valores obtidos com o aumento da escolaridade (ensino primário M= 2.84; DP=.89; ensino Secundário M=3.14; DP=0.69 e ensino superior M=3.21; DP=0.49) (ver tabela 2).

Relativamente à influencia da Auto percepção do estado de saúde na Capacidade de Autocuidado, os resultados da análise multivariada revelaram um efeito global estatisticamente significativo, com uma magnitude para o

teste multivariado na ordem dos 6.5% [*Traço de Pillai*= .130, $F(8, 790) = 6.84, p < .001, \eta_p^2 = .065, (1-\beta) > .999$].

A realização dos *testes de Games-Howell* permitiu identificar maiores pontuações ao nível do Autoconceito em pessoas idosas saudáveis, em comparação com os que se percebem como incapazes de cuidar de si (diferença de pontuações médias de .25, $p < .05$). As pessoas idosas que se percebem como capazes de cuidar de si apesar da doença apresentaram, também, maiores pontuações comparativamente às que se percebem como incapazes de cuidar de si, necessitando de apoio de outros (diferença de pontuações médias de .31, $p < .01$).

No referente ao fator Conhecimento e procura de informação, as pessoas idosas cuja auto percepção é de incapacidade para cuidar de si apresentaram pontuações inferiores àquelas que se percebem com capacidade para cuidar de si apesar da doença e aos que se percebem como saudáveis (diferença de pontuações médias de -.38 e -.53, respetivamente, $p < .05$).

Na dimensão Passividade (invertido), as pessoas idosas auto percebidas como saudáveis indicaram maior atividade comparativamente às que se percebem como incapazes de cuidarem de si e àquelas que afirmaram perceber-se com capacidade para cuidar de si apesar da doença (diferença de pontuações médias de .56 e .23, respetivamente, $p < .05$) (ver tabela 3).

Tabela 3 - Pontuações médias e desvios-padrão da ESCA em função da variável Auto percepção do estado de saúde: Testes univariados (F), magnitude do efeito experimental (η_p^2) e poder da investigação (1- β)

	Auto percepção do estado de saúde								F (2, 397)	η_p^2	1- β
	Incapaz de cuidar de si, necessita de ajuda de outros (n = 46)		Capacidade para cuidar de si, apesar da doença (n = 220)		Saudável, com capacidade para cuidar de si (n = 134)		Total (N = 400)				
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
ESCA (global)	2.95	.44	3.21	.44	3.25	.49	3.19	.46			
Iniciativa e responsabilidade	3.22	.59	3.35	.55	3.32	.60	3.32	.57	1.02	.005	.228
Autoconceito	3.34	.53	3.65	.34	3.58	.42	3.59	.40	11.63***	.055	.994
Conhecimento e procura de informação	2.54	.88	2.92	.86	3.07	.80	2.93	.86	6.78**	.033	.918
Passividade (invertido)	2.16	.70	2.49	.85	2.71	.87	2.52	.86	8.00**	.039	.955

* $p < .05$ ** $p < .01$

Discussão

Ao identificarmos variáveis que interferem na Capacidade de Autocuidado de pessoas idosas residentes em contexto domiciliário, constatamos não existirem diferenças estatisticamente significativas ao nível do género, o que vai de encontro aos resultados identificados em pessoas idosas turcas⁵ e chinesas.¹²

Já em relação à idade, a Iniciativa e responsabilidade tende a aumentar com o avançar desta, verificando-se o contrário em relação ao Conhecimento e procura de informação. Estes resultados poderão estar relacionados com a intencionalidade atribuída pela pessoa idosa à procura de informação, já que para Orem^{4,16} a preocupação consigo próprio, a motivação e a hierarquia de valores são aspetos fundamentais para o envolvimento em ações de autocuidado. Por outro, uma vez que a perceção, a memória e as habilidades de aprendizagem são consideradas disposições fundamentais para a ação de autocuidado,¹⁶ as perdas de carácter biológico que se tornam progressivas com o avançar da idade, poderão estar na base de níveis mais baixos no domínio Conhecimento e procura de informação em idades mais avançadas.

Identifica-se também uma influência do nível de escolaridade nos domínios Autoconceito, Iniciativa e responsabilidade, bem como, no domínio Conhecimento e procura informação. Em termos globais, constatamos que um aumento progressivo da escolarização se associa a um aumento do nível de Conhecimento e procura de informação. Estes resultados estão em linha com as conclusões de outros estudos que revelam: uma baixa escolaridade acompanha um conhecimento insuficiente sobre a doença e tratamento^{12,17} e menor capacidade para o envolvimento em ações de autocuidado.⁵

Apesar de ser importante mobilizar a dimensão de desenvolvimento de competências ao longo da vida, na verdade as pessoas idosas com baixa escolaridade podem ter maior dificuldade em aceder a informação relacionada com a sua saúde e com os cuidados de saúde, bem como, menor capacidade para compreender e gerir informação que lhes permita tomar decisões relacionadas com a sua saúde. Apesar de uma vasta quantidade de informações poder estar disponível para o público, proveniente de diferentes formatos e fontes de informação, muitas pessoas podem ter dificuldade em as interpretar e aplicar, o que pode contribuir para uma maior complexidade ao colocar boas práticas de saúde em curso, apesar da informação disponibilizada.¹⁸ Outro fator que pode estar associado a esta problemática é o baixo grau de literacia em saúde da população idosa em Portugal, que pode condicionar a capacidade de obter e aplicar informações relevantes sobre saúde^{19,20,24} ou a gestão de situações de doença.^{20,21,24}

Quando a esta situação se associa a autoperceção de incapacidade para cuidar de si, verificamos a existência de níveis mais baixos de autoconceito, o que poderá estar relacionado com o impacto da dependência na identidade da pessoa. Alguns autores afirmam que as situações de doença em que há perda de controlo da pessoa, perante as

suas próprias rotinas, provocam alterações profundas no autoconceito.^{22,23}

Face a estes resultados, que assumem relevância na compreensão de estratégias para o planeamento de cuidados e que se alinham com as orientações do Modelo de Orem^{4,16} e com a estrutura de raciocínio proposta pela autora, sugere-se o desenvolvimento de intervenções que permitam um acompanhamento que conduza à integração da informação na forma como a pessoa cuida de si, mobilizando, para tal, a orientação inerente ao sistema de apoio e educação para o autocuidado proposto pela autora.^{3,16}

Conclusões

Como enfermeiros, devemos equacionar múltiplas estratégias para que as pessoas consigam aceder, compreender, interpretar e integrar o conteúdo da informação que lhes permita cuidar de si, dado que, nas pessoas mais idosas, com níveis mais baixos de escolaridade e com a perceção de serem incapazes de cuidar de si, foram encontradas ponderações mais baixas no domínio do Conhecimento e procura de informação.

Na vivência de situações de incapacidade, a promoção do autoconceito surge também como uma das dimensões relevantes para a capacidade de autocuidado pelo que esta deve ser uma dimensão a integrar no planeamento dos cuidados.

Considerando que este estudo apenas integra pessoas idosas em contexto domiciliário, sugerem-se novos estudos incluindo contextos de internamento em diferentes tipologias. Uma análise de outras variáveis que tenham por base os fatores condicionantes básicos enunciados por Dorothea Orem⁴ na sua Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem contribuiriam para uma compreensão mais alargada da problemática.

Contribuições autorais

FC: Conceção e desenho do estudo; Recolha de dados; Análise e interpretação dos dados; Análise estatística; Redação do manuscrito.

MRP: Colaboração na análise estatística; Redação do manuscrito.

MV: Conceção e desenho do estudo; Análise e interpretação dos dados.

Conflito de interesses

As autoras declaram que não há conflito de interesses.

Financiamento

Financiamento: Trabalho de tradução para língua inglesa financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto nº UID/CED/04748/2020 (CIEQV).

Referências

1. Galvão A, Pereira F, Silva A. Promoção do autocuidado no envelhecimento gratificante. In: Galvão A. Literacia em Saúde e Autocuidados: Evidências que Projetam a Prática Clínica. Algs: Euromédice; 2021. p. 211-221.
2. Nações Unidas. Centro regional de informação para a Europa Ocidental – Envelhecimento [Internet]. ONU; 2023 [cited 2023 April 23] Available from: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
3. Instituto Nacional Estatística. Estimativas de População residente em Portugal. 2020. INE; 2021.
4. Orem D. Nursing: concepts of practice. 6ª edition. St. Louis: Mosby; 2001. 385.
5. Yanardağ MZ, Özer Ö, Özmen S. Investigating Self-Care Agency and Well-Being of Elderly People. Soc Work Public Health [internet]. 2021 May 19;36(4):496-508. doi: 10.1080/19371918.2021.1915908.
6. Du M, Kong H, Ran L, Ran Y, Bai L, Du Y, Guan H, Dong Y, Zhao Y. Associations among health-promoting lifestyle, self-care agency and health-related quality of life in Bai older adults with hypertension in Yunnan China. BMC Geriatr. 2022 Dec 7:22(1):942. doi: 10.1186/s12877-022-03608-0
7. Liu Y, Xue L, Xue H, Hou P. Health literacy, self-care agency, health status and social support among elderly Chinese nursing home residents. Health Education Journal [Internet]. 2018. 77(3): 303-311. Available from: <https://doi.org/10.1177/0017896917739777>
8. Tanimura C, Matsumoto H, Yoshimura J, Tokushima Y, Yamamoto Y, Fujihara Y, Miyoshi M, Hagino H. A Path Model Analysis of the Causal Relationship between Self-care Agency and Healthy Behavior in Community-dwelling Older People from the GAINA Study. Yonago Acta Med. 2019 Mar 28;62(1):137-145. doi: 10.33160/yam.2019.03.019
9. Alhambra-Borrás T, Durá-Ferrandis E, Garcés-Ferrer J, Sánchez-García J. The Appraisal of Self-Care Agency Scale - Revised (ASA-R): Adaptation and Validation in a Sample of Spanish Older Adults. Span J Psychol. 2017 Oct 23;20: E48. doi: 10.1017/sjp.2017.52
10. Guo L, Zauszniewski JA, Ding X, Zhang L, Gao H, Guo Q, Liu K. The Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R): Reliability and Validity Among Older Chinese People. West J Nurs Res. 2017 Nov 39(11):1459-1476. doi: 10.1177/0193945916672821
11. OMS (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Resumo, OMS
12. Hu J, Gruber KJ, Liu H, Zhao H, Garcia AA. Diabetes knowledge among older adults with diabetes in Beijing, China. J Clin Nurs [internet]. 2013 Jan;22(1-2):51-60. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04273.
13. Kearney BY, Fleischer BJ. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. Res Nurs Health [internet]. 1979 Mar;2(1):25-34. doi: 10.1002/nur.4770020105.
14. Riesch SK, Hauck MR. The exercise of self-care agency: an analysis of construct and discriminant validity. Res Nurs Health [internet]. 1988 Aug;11(4):245-55. doi: 10.1002/nur.4770110406
15. Marôco, J. Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, msoftware e aplicações. Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2014. 1013.
16. Taylor S, Renpenning K. Self-care science, nursing theory, and evidence-based practice. Springer publishing company. New York; 2011. 256.
17. Borba AK, Arruda IK, Marques AP, Leal MC, Diniz AD. Knowledge and attitude about diabetes self-care of older adults in primary health care. Cien Saude Colet [internet]. 2019 Jan;24(1):125-136. doi: 10.1590/1413-81232018241.35052016
18. Carvalho C, Santos P, Pereira J. Literacia em saúde. Volume I. Porto: Escola Superior de Saúde do Porto. Politécnico do Porto. 2020. 23.
19. Serrão C, Veiga S, Ribeiro G. Literacia em saúde: um desafio na e para a terceira idade. Projeto de literacia em saúde. Portugal: Tipografia Lessa; 2014. 77.
20. Luyckx K, Rassart J, Aujoulat I, Goubert I, Weets I. Self-esteem and illness self-concept in emerging adults with Type 1 diabetes: Long-term associations with problem areas in diabetes. J Health Psychol [internet]. 2016 Apr;21(4):540-9, doi: 10.1177/1359105314531467.
21. Jacobs RJ, Ownby RL, Acevedo A, Waldrop-Valverde D. A qualitative study examining health literacy and chronic illness self-management in Hispanic and non-Hispanic older adults. J Multidiscip Healthc [internet]. 2017 Apr [cited 2022 Feb 19]; 20:10:167-177. Available from: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S135370>
22. Medina, D. Literacia em Saúde: Um estudo sobre a população idosa portuguesa. [dissertation on the internet]. Lisboa (Portugal): Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa; 2019 [cited 2023 jan 23]. 70 p. Available from: <http://hdl.handle.net/10284/7456>
23. Townsend, A., Wyke, S., Hunt, K. Self-managing and Managing Self: Practical and Moral Dilemmas in Accounts of Living with Chronic Illness, Chronic Illn. 2006 Sep;2(3):185-94. doi: 10.1177/17423953060020031301.
24. Arriaga MT, Santos B, Silva A, Mata F, Chaves N, Freitas G. Plano de Ação para a literacia em saúde 2019-2021. Lisboa, Ministério da Saúde-Direção-Geral da Saúde; 2018. 26.