



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária
Relatório de Estágio**

**Promoção da literacia em saúde para facilitar o
autocuidado da pessoa idosa com Diabetes Mellitus tipo
2**

Suse Marina Sousa Dias

**Lisboa
2020**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária**
Relatório de Estágio

**Promoção da literacia em saúde para facilitar o
autocuidado da pessoa idosa com Diabetes Mellitus tipo
2**

Suse Marina Sousa Dias



Orientador: Professora Doutora Maria Adriana Henriques



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

À professora Doutora Maria Adriana Henriques, agradeço a orientação, o apoio, o incentivo e a motivação prestados ao longo deste projeto.

Aos meus colegas e companheiros do 10º Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária, obrigada pelo companheirismo, pelos momentos de partilha e aprendizagem e pelo percurso que fizemos juntos. Em especial, à Ricarda Nunes, pelas histórias e experiências que partilhou, por ter sido uma companheira de longas horas de trabalho e pelo incentivo nos momentos menos bons e mais difíceis. O teu apoio e amizade foram sem dúvida valiosos. Obrigada.

Agradeço à equipa da USF do Dafundo, por me ter acolhido tão bem ao longo do estágio realizado. Obrigada Enf. Luís Choupina, pela orientação, pela partilha, pelos ensinamentos. Obrigada Maria João, por partilhares comigo alguns momentos deste projeto, pela interajuda e apoio.

A todos os utentes que aceitaram participar neste desafio, agradeço a vossa dedicação e disponibilidade.

Aos meus colegas da Medicina IV, obrigada pelas trocas que me permitiram conciliar o horário com as aulas, o estágio e os trabalhos. Por me terem encorajado nos momentos mais difíceis e serem a equipa maravilhosa da qual tanto me orgulho em pertencer.

Aos meus pais e avó, por tudo o que me proporcionaram até aqui. Obrigada por compreenderem as minhas ausências e pelo apoio ao longo de todo o caminho.

David e Beatriz, vocês foram sem dúvida a minha força. Foram privados de muitos momentos nossos, em família, e tiveram de fazer um grande sacrifício. Obrigada pelo apoio e pela paciência.

Obrigada!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ADO	Antidiabéticos orais
APDP	Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal
BAV	Bloqueio Auriculo-Ventricular
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
Cm	Centímetros
DGES	Direção-Geral do Ensino Superior
DGS	Direção-Geral da Saúde
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DNTs	Doenças Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
Enf.	Enfermeiro
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
HLS-EU	<i>European Health Literacy Survey</i>
HTA	Hipertensão Arterial
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS DRJ	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
Kg	Quilogramas
NVS	<i>Newest Vital Sign</i>
LD	Literacia Digital
LS	Literacia em Saúde
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAID	Questionário sobre áreas problemáticas da diabetes
PTGO	Prova da Tolerância à Glicose Oral
SPD	Sociedade Portuguesa de Diabetologia
UC	Unidade Curricular
USF	Unidade de Saúde Familiar
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

Introdução: O baixo nível de literacia em saúde nas pessoas com diabetes *mellitus* (DM), surge associado à falta de conhecimentos sobre a doença, os seus sintomas e à autoeficácia e comportamentos de autocuidado. O principal objetivo é realizar um projeto em contexto comunitário que permita potenciar comportamentos e estilos de vida que facilitem o autocuidado do idoso com DM tipo 2, tendo como base a metodologia do planeamento em saúde.

Metodologia: Realizado um estudo transversal, a uma amostra de 20 utentes da USF do Dafundo, com 65 anos ou mais, que sabiam ler e escrever português, tinham o diagnóstico de DM tipo 2 e estavam inscritos na consulta de enfermagem. Através de entrevista foram aplicados instrumentos de colheita de dados, integrados no Projeto VASelfCare. Os resultados foram codificados e realizada análise descritiva. No diagnóstico de situação foram identificados como principais problemas: adesão ao regime medicamentoso comprometida; capacidade de gestão do regime medicamentoso comprometida; capacidade de gestão do regime dietético comprometida; não adesão ao regime de exercício físico; e atitude face à gestão de recursos de saúde comprometida. Os problemas foram priorizados, definiram-se objetivos, estratégias e intervenções, tendo em consideração as necessidades identificadas das pessoas idosas. As estratégias adotadas foram a educação para a saúde, a intervenção em grupo e a intervenção individual, tendo sido realizadas sessões de educação para a saúde, caminhada e disponibilizados alguns materiais de suporte, tais como folhetos e um descodificador de rótulos.

Resultados: De um modo geral, foram atingidos e superados os objetivos definidos. Embora a amostra seja reduzida e não seja possível generalizar os seus resultados, considero que os dados obtidos indicam ganhos em saúde para estes idosos, contribuindo para a capacitação e ativação das pessoas idosas para o autocuidado e na autogestão da sua saúde e doença. Numa perspetiva académica, este projeto permitiu o desenvolvimento e a aquisição de competências gerais e específicas de enfermeiro especialista e mestre na área da enfermagem comunitária.

Conclusão: A enfermagem constitui um sistema de apoio na identificação das capacidades e necessidades do idoso e na aquisição de habilidades para reduzir o seu défice de autocuidado. Importa conhecer o idoso com DM tipo 2 para que se possam planear os cuidados de enfermagem mais adequados.

Palavras-chave: Autocuidado; Diabetes *Mellitus* tipo 2; Literacia em Saúde; Pessoa Idosa

ABSTRACT

Introduction: The low level of health literacy in people with diabetes mellitus (DM) is associated with a lack of knowledge about the disease, its symptoms, self-efficacy and self-care behaviours. The main objective is to carry out a project in a community context that allows enhancing a behaviour and a lifestyle that facilitate the self-care of the elderly with type 2 DM, based on the methodology of health planning.

Methodology: A cross-sectional study was conducted with a sample of 20 users of the USF in Dafundo, aged 65 or over, who could read and write portuguese, had the diagnosis of type 2 DM and were enrolled in nursing appointments. Through interviews, data collection instruments were applied, integrated in the VASelfCare Project. The results were coded and a descriptive analysis was performed. In the diagnosis of the situation, the main problems were identified: adherence to the drug regime compromised; management capabilities of the drug regime compromised; impaired management capabilities of the dietary regime; non-adherence to the physical exercise regime; and attitude towards compromised health resources management. The problems were prioritized, objectives, strategies and interventions were defined and taken to account the identified needs of the elderly. The strategies adopted were health education, group and individual intervention, with health education and walking sessions and some support materials, such as brochures and a label decoder, being made available.

Results: In general, the defined objectives were achieved and exceeded. Although the sample is small and it is not possible to generalize its results, I believe that the data obtained indicate health gains for these elderly people, contributing to the training and activation of elderly people for self-care and self-management of their health and illness. From an academic perspective, this project allowed the acquisition and development of general and specific skills of specialist nurses and masters in the area of community nursing.

Conclusion: Nursing is a support system in the identification of the elderly's capabilities and needs and in the acquisition of skills to reduce their self-care deficit. It is important to know the elderly with type 2 DM, so that the most appropriate nursing care can be planned.

Keywords: self-care; type 2 diabetes mellitus; elderly; health literacy

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I: PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	13
1. A pessoa idosa com Diabetes <i>Mellitus</i>	13
1.1. Diabetes <i>Mellitus</i>	14
2. A Literacia em Saúde da pessoa idosa com Diabetes <i>Mellitus</i>	16
2.1. Literacia digital	19
3. O autocuidado na pessoa idosa com Diabetes <i>Mellitus</i>	20
4. Cuidado fundamental	22
5. Pertinência do estudo	23
CAPÍTULO II: METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	25
1. Diagnóstico de Situação	25
1.1. Contexto de estágio	25
1.2. População alvo e amostra do estudo	26
1.3. Processo de recolha de informação	26
1.4. Análise dos dados.....	27
1.5. Considerações éticas.....	27
1.6. Apresentação dos resultados.....	27
1.6.1. Dados sócio-demográficos	28
1.6.2. Escala <i>Mini Mental State Examination</i>	29
1.6.3. Escala de Barthel.....	29
1.6.4. Escala de Lawton & Brody	30
1.6.5. <i>DRUGS</i>	30
1.6.6. Escala de Adesão à Medicação.....	31
1.6.7. Escala de crenças acerca dos medicamentos	32
1.6.8. Questionário Europeu de Literacia em Saúde	33
1.6.9. Questionário <i>Newest Vital Sign</i>	34
1.6.10. Questionário sobre áreas problemáticas da diabetes (PAID)	34
1.6.11. Índice de bem-estar da OMS versão de 1998.....	35
1.6.12. Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes	35
1.7. Diagnósticos de Enfermagem	38
2. Determinação de prioridades	38

3. Fixação de objetivos	40
4. Seleção de Estratégias	43
5. Preparação da execução/operacionalização	46
5.1. Atividade 1	46
5.2. Atividade 2	47
5.3. Atividade 3	48
5.4. Atividade 4	49
6. Avaliação.....	50
CAPÍTULO III - COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS ENQUANTO FUTURA ENFERMEIRA ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA .	55
CAPÍTULO IV: CONCLUSÃO	57
CAPÍTULO V: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	
ANEXO I - Parecer da comissão de ética	
APÊNDICES	
APÊNDICE I - <i>Scoping Review</i>	
APÊNDICE II - Antecedentes pessoais	
APÊNDICE III - Distribuição da amostra pelas classes do IMC	
APÊNDICE IV - Resultados	
APÊNDICE V - Cronograma	
APÊNDICE VI - Planos operacionais das atividades	
APÊNDICE VII - Diapositivos da atividade 1	
APÊNDICE VIII - Folhetos	
APÊNDICE IX - Questionários de avaliação	
APÊNDICE X - Cartazes de divulgação	
APÊNDICE XI - Grelha de registo da glicémia capilar	
APÊNDICE XII - Convite para a atividade 4	
APÊNDICE XIII - Descodificador de rótulos	
APÊNDICE XIV – Diapositivos da atividade 4	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabelas

	Pág.
Tabela 1 – Caraterização sócio-demográfica.....	28
Tabela 2 - Resultados da escala <i>DRUGS</i> (em percentagem, %)	31
Tabela 3 - Resultados da escala de adesão à medicação.....	32
Tabela 4 - Resultados do questionário europeu de LS (HLS-EU), em percentagem (%).....	33
Tabela 5 - Resultados do questionário <i>Newest Vital Sign</i>	34
Tabela 6 - Resultados da escala de atividades de autocuidado com a diabetes, exceto a variável hábitos tabágicos.....	36
Tabela 7 - Priorização dos problemas.....	39
Tabela 8 - Indicadores de atividade	41
Tabela 9 - Indicadores de resultado.....	42
Tabela 10 – Avaliação dos indicadores de atividade	51
Tabela 11 – Avaliação dos indicadores de resultado	52

INTRODUÇÃO

O presente relatório pretende expor, pela utilização de uma metodologia estruturada e dirigida a um grupo de pessoas idosas com diabetes *mellitus* (DM) tipo 2 da USF do Dafundo, o projeto realizado, com vista à promoção da literacia em saúde (LS) para facilitar o autocuidado da pessoa idosa com DM tipo 2. Assim, serão dados a conhecer os principais problemas identificados na população estudada e as intervenções e cuidados de enfermagem delineados para ajudar na resolução desses problemas, seguindo a metodologia do planeamento em saúde e tendo por base o cuidado centrado na pessoa e as suas necessidades de autocuidado. Este processo proporcionou o desenvolvimento e a aquisição de competências gerais e específicas de enfermeiro especialista e mestre na área da enfermagem comunitária.

A problemática deste projeto teve como ponto de partida o projeto VASelfCare, um projeto amplo, com vista ao desenvolvimento de um protótipo virtual de um agente relacional para facilitar o autocuidado em pessoas mais velhas com DM tipo 2 e que integra a realização de um estudo transversal. A baixa LS esperada no idoso com DM tipo 2 e as suas necessidades de autocuidado na gestão da doença crónica, nomeadamente a adesão às atividades de autocuidado com a DM, constituem a problemática de base deste trabalho.

Neste projeto, é tido como orientador o conceito de DM definido pela SPD (2016). O autocuidado, essencial para o idoso com DM tipo 2 na manutenção do seu bem-estar e qualidade de vida, é considerado ao longo do trabalho, de acordo com a teoria do autocuidado de Dorothea Orem (2001). Como referência à abordagem do enfermeiro na pessoa como centro dos cuidados, para que possa ser capacitada na gestão da sua doença, foi considerado o cuidado fundamental de acordo com Kitson (2016) e Feo et al. (2017).

A literatura tem vindo a referir a LS como um dos fatores relevantes e determinantes para a DM. Tem-se verificado que é frequente um baixo nível de LS nas pessoas com DM, associada à falta de conhecimentos sobre a doença e os seus sintomas e à autoeficácia e a comportamentos de autocuidado (Cavanaugh, 2011). Ao longo deste trabalho, o conceito de LS é abordado à luz da definição de Sørensen et al. (2012).

Desta forma, tendo a temática atrás referida como ponto de partida, foi realizada uma *scoping review* (apêndice I) de acordo com a metodologia proposta pelo The Joanna Briggs Institute for Scoping Reviews (2015) e orientada pela questão “que

intervenções de enfermagem podem promover a literacia em saúde e facilitar o autocuidado no idoso com DM tipo 2, em cuidados de saúde primários?”. Procurou-se mapear a literatura existente sobre as intervenções de enfermagem promotoras da literacia em saúde no idoso com DM tipo 2 e que facilitam o seu autocuidado, em cuidados de saúde primários. De acordo com os dados encontrados nos estudos, estas intervenções passam por: modelos que integram a educação para a saúde nos cuidados de saúde primários, intervenções de ativação dos idosos, intervenções digitais e de comunicação na *web*, educação para o autocuidado, gestão de casos de capacitação, intervenções que respondem às necessidades individuais de LS e atividades educacionais.

Tendo em conta as necessidades de autocuidado e de promoção da LS do idoso com DM tipo 2, torna-se evidente que ao relacionarmos estes conceitos e atuarmos a esse nível, estaremos a contribuir para uma gestão mais eficaz da doença por parte do idoso e para melhores resultados em saúde. Desta forma, importa conhecer o idoso com DM tipo 2, as suas dificuldades e limitações, para que se possam planear os cuidados de enfermagem mais adequados que potenciem comportamentos e estilos de vida facilitadores do autocuidado da pessoa idosa com DM tipo 2.

No capítulo I é feito um enquadramento concetual da problemática em estudo, através de uma revisão teórica dos conceitos centrais: a pessoa idosa com DM, a literacia em saúde da pessoa idosa com DM, o autocuidado na pessoa idosa com DM e o cuidado fundamental. O capítulo II aborda a metodologia do planeamento em saúde e divide-se nas suas diferentes etapas: diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e avaliação. No capítulo III é feita uma reflexão sobre as competências desenvolvidas enquanto futura Enfermeira Especialista e Mestre na área da Enfermagem Comunitária. Segue-se o capítulo IV, onde são expostas as principais conclusões deste relatório. No capítulo V encontramos as referências bibliográficas utilizadas ao longo deste trabalho. Por último, apresentam-se os anexos e apêndices considerados relevantes para complementar a restante informação.

Este trabalho foi realizado de acordo com as normas para elaboração de trabalhos da ESEL e as referências bibliográficas seguem as orientações da norma APA (American Psychological Association).

CAPÍTULO I: PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

1. A pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*

O envelhecimento é um processo que vai ocorrendo de forma gradual ao longo da vida do ser humano e onde acontecem uma série de mudanças (perdas biológicas, mudança de papéis e de posições sociais) (WHO, 2015a). De acordo com PORDATA (2016), em Portugal, considera-se idoso a pessoa que tem 65 anos ou mais.

Dados do INE (2017) referem que entre os anos de 2015 e 2080 o número de idosos previsto aumentará de 2,1 para 2,8 milhões, a par com uma diminuição da população dos atuais 10,3 para 7,5 milhões de pessoas. Ou seja, em média haverá cerca de 317 idosos por cada 100 jovens no ano de 2080 (INE, 2017). Para além do aumento do número de idosos, a esperança média de vida também aumentou em 2,28 anos nos últimos dez anos e foi prevista em 80,78 anos para o total da população (INE, 2018). Este envelhecimento da população acarreta novos desafios e uma adaptação e adequação da sociedade e dos cuidados de saúde (WHO, 2015b). De acordo com a WHO (2005), várias questões se colocam: Como ajudar estas pessoas a manter a sua independência e a continuarem ativas? Como melhorar a sua qualidade de vida, à medida que envelhecem? Que políticas e estratégias poderão e deverão ser adotadas para promover a sua saúde?

A WHO (2015a) define o envelhecimento ativo e saudável como um processo onde se otimizam oportunidades de saúde, de participação e de segurança, com vista a que as pessoas obtenham o máximo de qualidade de vida, à medida que envelhecem, mantendo a sua capacidade funcional. Esta capacidade funcional é o resultado da interação entre as capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) e o meio que a envolve. Assim, torna-se imperativo o desenvolvimento de estratégias que permitam à pessoa idosa desfrutar de uma vida ativa e saudável.

A elevada prevalência de DNTs, associada ao aumento da esperança média de vida e conseqüente envelhecimento das populações, conduz a conseqüências negativas para a saúde dos indivíduos, das famílias, da comunidade, exigindo cuidados de saúde cada vez mais especializados. Estes cuidados ameaçam sobrecarregar o sistema de saúde, pois carecem de maior vigilância, mais tratamentos, mais internamentos, mais custos. Assim, a prevenção e o controlo destas doenças crónicas são essenciais (WHO, 2018a).

A Diabetes *Mellitus*, as neoplasias, a DPOC e as doenças cardiovasculares constituem as principais DNTs, responsáveis por cerca de 70% das mortes a nível mundial (WHO, 2018a). O seu aumento tem sido exponencial e entre os seus principais fatores de risco encontram-se o consumo de tabaco, o consumo de álcool, a alimentação não saudável e a inatividade física (WHO, 2018a).

A gestão eficaz do processo de doença pode contribuir para que existam menos agudizações e menos perdas funcionais e, por conseguinte, menos gastos em saúde. A crescente existência de doenças crónicas e, consequentemente, a necessidade de as controlar de modo a evitar e prevenir possíveis complicações resultantes dessas mesmas patologias, faz com que o idoso esteja sujeito a uma constante necessidade de adaptação. Neste sentido, torna-se fundamental a promoção do autocuidado na pessoa doente. O seu envolvimento na gestão da sua situação de saúde vai trazer benefícios, promovendo uma melhor adaptação e gestão da sua doença.

1.1. Diabetes *Mellitus*

A DM é uma doença crónica, que atinge tanto o sexo feminino como o masculino, em todas as idades. É uma doença frequente na nossa sociedade, cuja prevalência vai aumentando com a idade (SPD, 2016). Segundo dados do 1º INSEF realizado em 2015 (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2016) a DM é um problema de saúde pública, uma vez que a progressão desta doença pode trazer graves consequências.

Esta doença caracteriza-se pelo aumento de glicose no sangue (hiperglicémia), com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, que pode ser causado pela insuficiente produção de insulina, a sua ação insuficiente ou pela combinação dos dois (SPD, 2016).

A DGS (2011) na sua norma nº 002/2011 define como critérios para o diagnóstico da DM: a) “Glicémia em jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l); ou” (p.1) b) “Sintomas clássicos de descompensação associados a glicémia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l); ou” (p.1) c) “Glicémia ≥ 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” (p.1) d) “Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5$ %” (p.1).

Os tipos mais frequentes de DM são: DM tipo 1, DM tipo 2 e Diabetes Gestacional (SPD, 2016). A DM tipo 1 resulta da destruição das células β dos ilhéus pancreáticos (células que produzem insulina) pelo sistema de defesa do organismo, o

que faz com que a glicose não entre nas células do corpo (SPD, 2015) e é mais comum em crianças e adultos jovens. A DM tipo 2 é a forma mais comum de diabetes e resulta de defeitos na secreção da insulina (SPD, 2015) ou quando o organismo não utiliza a insulina produzida de forma eficaz (SPD, 2016). Geralmente, o seu diagnóstico é realizado em pessoas com mais de 40 anos, no entanto, o número de crianças e jovens diagnosticados tem vindo a aumentar associado à obesidade e tem uma forte componente hereditária (SPD, 2016). Contrariamente ao tipo anterior, a DM tipo 2 pode passar despercebida durante muitos anos e o seu diagnóstico é feito, muitas vezes, pelo aparecimento de complicações ou acidentalmente pela descoberta de um valor de glicose alterado no sangue ou na urina (SPD, 2016). O tratamento deste tipo de diabetes consiste na associação de uma dieta equilibrada associada à prática de atividade física e à medicação com antidiabéticos orais (ADO). No entanto, em alguns casos, poderão ainda necessitar da administração de insulina para o controlo das glicémias (SPD, 2016).

Dados da WHO (2018b) referem que entre os anos de 1990 e 2014 houve um aumento em 314 milhões de pessoas com diabetes; em 2012, 2,2 milhões de mortes ocorreram por hiperglicémias; e estima-se que, em 2016, a diabetes tenha sido responsável por 1,6 milhões de mortes. Em Portugal, no ano de 2015, cerca de 13,3% das pessoas entre os 20 e os 79 anos tinham DM (SPD, 2016). Segundo dados do INSEF de 2015 (INS DRJ, 2016), verificou-se a prevalência mais elevada para os indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos (23,8%) e a mais baixa na faixa etária entre os 35 e os 44 anos (0,9%). Os dados mostram ainda que a prevalência da diabetes tem aumentado com a idade (INS DRJ, 2016; SPD, 2016). A SPD (2016) refere também que as pessoas obesas ($IMC \geq 30$) têm uma prevalência quatro vezes maior de DM do que as pessoas com IMC normal ($IMC < 25$).

Têm maior risco de desenvolver DM, de acordo com a DGS (2008), as pessoas com: excesso de peso ($IMC \geq 25$) e obesidade ($IMC \geq 30$); obesidade central ou visceral, $H \geq 94$ cm e $M \geq 80$ cm; idade ≥ 45 anos, se europeus e ≥ 35 anos, se de outra origem/região do mundo; sedentarismo; história familiar de DM, em primeiro grau; diabetes gestacional prévia; história de doença cardiovascular (doença cardíaca isquémica, doença cerebrovascular e doença arterial periférica); hipertensão arterial; dislipidémia; anomalia da glicémia em jejum e tolerância diminuída à glicose, prévias.

A longo prazo, a DM pode provocar danos, disfunção e falência de vários órgãos (SPD, 2015). O controlo dos níveis de glicose, da pressão arterial, da dislipidémia e uma vigilância periódica dos órgãos mais suscetíveis a sofrer danos

(olhos, rins, coração, nervos) é imprescindível para que as complicações provocadas pela DM sejam minimizadas (SPD, 2016). A DM constitui a principal causa de cegueira, insuficiência renal e amputação dos membros inferiores (SPD, 2016). De acordo com a WHO (2018b) e a SPD (2016), consideram-se como complicações *major* da DM: retinopatia; doença cardiovascular; nefropatia; neuropatia e amputação.

Para além de todo o sofrimento humano que a DM pode causar, as suas complicações a nível económico são também muito significativas (SPD, 2016). Para além dos custos com os cuidados de saúde, existem ainda a perda de produtividade e as oportunidades de desenvolvimento económico perdidas (SPD, 2016).

O tratamento da pessoa com DM tem como principal objetivo o controlo metabólico, evitando as complicações causadas pela doença e dando o máximo de qualidade de vida à pessoa (APDP, s.d.). O tratamento da DM faz-se essencialmente através da associação de três fatores: alimentação, atividade física e medicação (APDP, s.d.).

Uma alimentação equilibrada na pessoa com DM permite melhorar o controlo da glicémia, dos níveis de colesterol, dos valores da pressão arterial e do peso (APDP, s.d.). Os hábitos alimentares saudáveis e equilibrados vão tornar a medicação mais eficaz (APDP, s.d.).

A atividade física é também uma forma de prevenir complicações da DM, pois estimula a produção de insulina, ajuda a controlar os níveis da glicémia e tem benefícios a nível cardiovascular (APDP, s.d.).

Numa fase inicial, o controlo da DM tipo 2 pode ser conseguido através de uma alimentação equilibrada, da realização de atividade física e de uma eventual perda de peso, caso seja excessivo (SPD, 2016). No entanto, com o passar do tempo, há necessidade de se introduzir medicação (APDP, s.d.), os ADO e, em certos casos, insulina, uma vez que o organismo da pessoa com DM tipo 2 vai, ao longo do tempo, perdendo a capacidade de produzir insulina (SPD, 2016).

2. A Literacia em Saúde da pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*

Entende-se por LS a capacidade das pessoas em aceder, compreender e utilizar informação, permitindo a formação de juízos e a tomada de decisão relativas aos cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde (WHO, 2013). A LS implica que a pessoa detenha motivação, conhecimentos e competências que lhe permita manter a sua qualidade de vida (WHO, 2013). Desta forma, a LS é mais do

que dar panfletos para leitura ou fazer consultas com sucesso, uma vez que implica para além dos conhecimentos, a aquisição de capacidades e habilidades individuais que permitam à pessoa confiança no seu processo de tomada de decisão, para manutenção ou melhoria da sua qualidade de vida.

A LS constitui um importante fator na prevenção das DNTs, pois condiciona o modo como cada pessoa é capaz de tomar decisões acertadas para a sua saúde. Assim, o Relatório Literacia em Saúde em Portugal (Espanha et al., 2016) refere que a LS afeta a qualidade de vida do indivíduo e das pessoas que dele dependem ou rodeiam e pode ter implicações nos custos e na organização dos sistemas de saúde. Os menores níveis de literacia estão relacionados com um maior número de idas à urgência, maiores taxas de hospitalização e mais gastos com os cuidados médicos (Espanha et al., 2016).

O Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015) também reconhece a importância da autonomia e responsabilização dos indivíduos pela sua saúde e pela saúde coletiva e propõe “a promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende” (p.14).

No Relatório Literacia em Saúde em Portugal (Espanha et al., 2016) foram identificados os grupos mais vulneráveis de LS em Portugal, entre os quais podemos encontrar “indivíduos com 66 ou mais anos; com baixos níveis de escolaridade; (...) com doenças prolongadas; com uma auto-percepção de saúde “má”; (...) que se sentem limitados por terem alguma doença crónica” (p.13), entre outros.

A literatura tem vindo a referir a LS como um dos fatores relevantes e determinantes para a DM. Tem-se verificado que é frequente um baixo nível de LS nas pessoas com DM, associada à falta de conhecimentos sobre a doença e os seus sintomas e à autoeficácia e a comportamentos de autocuidado (Cavanaugh, 2011). Deste modo, as pessoas com diabetes e com uma LS limitada são mais propensas a ter um conhecimento mais pobre sobre a doença e na identificação dos sintomas associados, têm maior dificuldade na interpretação de rótulos alimentares e em calcular o tamanho das porções, têm um controlo glicémico mais pobre, menos autoconfiança nos comportamentos de autogestão e existe uma pior comunicação com os profissionais de saúde (White et al., 2010).

De acordo com a Carta de Ottawa (DGS, s.d.) um dos objetivos da promoção da saúde é a capacitação das populações com vista à realização do seu potencial de

saúde. Para que as pessoas sejam capazes de controlar os fatores que determinam a sua saúde é necessária “uma sólida implantação num meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis” (DGS, s.d., p.2).

O empoderamento constitui-se como uma abordagem diferente que permite o desenvolvimento de intervenções e mudanças sociais, com vista à melhoria do bem-estar e da qualidade de vida com a potenciação dos recursos individuais e comunitários e é uma ferramenta essencial para promover a LS. Tol et al. (2015) referem que mudanças rápidas em direção à capacitação do utente e ao aumento do seu envolvimento no plano de cuidados, indicam uma maior ênfase na prevenção da doença e na promoção da saúde, em vez da doença e seu tratamento. Com esta abordagem, os profissionais de saúde podem ajudar os utentes a tomar decisões informadas, tendo em conta as suas particularidades (Tol et al., 2015). Capacitar um utente para as questões de cuidados de saúde significa melhorar a sua autodeterminação e autorregulação, o que se traduz num aumento do potencial de saúde e bem-estar das pessoas (Tol et al., 2015). Tal como referido no Regulamento n.º 428/2018 (2018), faz parte das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública contribuir “(...) para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (p.19356).

Sørensen et al. (2012) desenvolveram um modelo conceitual, com vista à conceção e operacionalização da LS, para servir como base ao desenvolvimento de intervenções para melhorar a LS. Neste modelo, podemos encontrar as principais dimensões da LS, representadas no meio da figura com uma forma oval; os fatores proximais (determinantes pessoais e situacionais) e distais (fatores sociais e determinantes ambientais) que têm impacto na LS; e a ligação da LS com os resultados em saúde (Sørensen et al., 2012).

No núcleo do Modelo de LS de Sørensen et al. (2012), encontram-se as quatro competências, que representam individualmente as dimensões significativas da LS: o acesso (capacidade de procurar, encontrar e obter informação de saúde); a compreensão (capacidade de compreender a informação encontrada); a avaliação (capacidade de interpretar, filtrar, julgar e avaliar a informação); e a utilização de informação relacionada com a saúde (capacidade de comunicar e utilizar a informação que permita tomar uma decisão no sentido de manter e/ou melhorar a saúde). Este processo permite que as pessoas naveguem nos três domínios do processo de saúde: Cuidados de saúde, Prevenção da doença e Promoção da saúde. As quatro

dimensões combinadas com os três domínios produzem uma matriz com doze dimensões de LS (Sørensen et al., 2012).

Por outro lado, no modelo também podemos encontrar os principais antecedentes e consequências da LS. Os fatores que causam impacto na LS são divididos em fatores distais, onde estão incluídos os determinantes sociais e ambientais (língua, cultura, situação sócio-demográfica, sistemas sociais e políticos) e em fatores proximais, onde se inserem os determinantes pessoais (idade, profissão, literacia, sexo) e os determinantes situacionais (apoios disponíveis, influências relacionais, os media) (Sørensen et al., 2012).

A LS, vai desta forma, influenciar os comportamentos de saúde e a utilização de serviços de saúde, que se traduzem nos resultados de saúde e nos custos. A LS traz assim benefícios a nível individual e, conseqüentemente, a nível da população. Com o desenvolvimento da LS individual, dotando o indivíduo de maior consciencialização, autonomia, participação e empoderamento, contribui-se para uma população com maior equidade e sustentabilidade a nível de saúde pública (Sørensen et al., 2012).

2.1. Literacia digital

Numa sociedade cada vez mais informatizada e digital, em que o avanço tecnológico se faz a um ritmo sem precedentes, faz sentido a construção de um saber que seja capaz de dar resposta a esta evolução. São vários os conceitos utilizados para designar os conhecimentos, aptidões e atitudes considerados necessários para lidar com o ambiente digital, entre eles, literacia mediática, literacia da informação, literacia digital (LD) ou competência digital (Santos, Azevedo & Pedro, 2016). Independentemente da denominação utilizada, esta é fulcral e indissociável numa sociedade globalizada, cada vez mais digital (Loureiro & Rocha, 2012).

A LD designa a capacidade para utilizar de forma eficaz a tecnologia digital (telemóveis, *tablets*, computadores, entre outros) (Eshet-Alkali & Amichai-Hamburger, 2004). Segundo os mesmos autores, para que os utilizadores possam usar os equipamentos de forma eficaz, a LD inclui uma grande variedade de habilidades complexas, entre elas: cognitivas, motoras, sociológicas e emocionais (Eshet-Alkali & Amichai-Hamburger, 2004). Ou seja, a LD engloba todas as capacidades que uma pessoa tem que lhe permitam desempenhar, de forma efetiva, tarefas em ambientes digitais. Estas incluem a capacidade para ler e interpretar *media*, para reproduzir

dados e imagens através de manipulação digital e avaliar e aplicar novos conhecimentos adquiridos em ambientes digitais (Loureiro & Rocha, 2012).

A literacia em saúde digital, é aquela que num contexto de saúde, permite que as pessoas procurem, obtenham, analisem, compreendam e avaliem informações de saúde a partir de fontes eletrónicas, de forma a solucionar os seus problemas de saúde e doença (DGS, 2019). Contudo, apesar de uma grande maioria da população utilizar os meios tecnológicos e digitais, é extremamente importante não esquecer que nem todos os indivíduos estão familiarizados com o mundo digital e que existem limitações no acesso a estes meios, por exemplo, grupos vulneráveis ou com baixo nível socioeconómico ou ainda os que têm um baixo nível de literacia em saúde digital (DGS, 2019).

3. O autocuidado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*

A doença crónica é responsável por múltiplas necessidades terapêuticas de autocuidado e pela satisfação dos requisitos de autocuidado que lhe estão subjacentes, condicionando o desenvolvimento do processo de gestão da doença crónica por parte do idoso. O desenvolvimento de competências para o autocuidado em idosos diabéticos é extremamente importante, uma vez que as suas necessidades de saúde estão em constante alteração, especialmente ao longo do processo de envelhecimento, requerendo práticas sempre renovadas de cuidados à saúde (Tanqueiro, 2013).

O autocuidado é definido pelo *Self Care Forum* (2019) como as ações que as pessoas concretizam com vista a manter, desenvolver e/ou melhorar a sua saúde e o seu bem-estar. Segundo o *Self Care Forum* (2019), através da capacitação as pessoas podem ser dotadas de informação e segurança que lhes incentiva a adotar comportamentos saudáveis e a um maior controlo sobre a sua saúde.

Segundo Dorothea Orem (2001), autocuidado consiste nas atividades que as pessoas desempenham ou realizam, para seu benefício, de modo a manter a vida, a saúde e o bem-estar. No seu modelo, a ênfase centra-se na noção de que todas as pessoas têm necessidades de autocuidado e têm o direito de dar-lhes resposta elas próprias, sempre que o conseguirem (Pearson & Vaughan, 1992). Dorothea Orem (2001) na teoria do défice de autocuidado, considera que quando as pessoas não são capazes de cuidar de si mesmas e de se proporcionar o autocuidado, encontram-se

em défice de autocuidado e delinea quando é necessária a intervenção da enfermagem.

De acordo com Orem (2001), o sistema ou processo de enfermagem permite fazer um diagnóstico dos cuidados necessários, planejar as intervenções e atuar em conjunto com os indivíduos. Desta forma, e tendo por base a teoria do autocuidado de Orem (2001), é importante que o enfermeiro identifique as necessidades e limitações da pessoa idosa com DM tipo 2 no que concerne à sua capacidade para o autocuidado e gestão da sua doença crónica e, perante o défice de autocuidado identificado, definir quais as intervenções de enfermagem mais adequadas para que, em conjunto com a pessoa, se possam desenvolver ferramentas para a gestão e manutenção da sua saúde e bem-estar.

Na sua teoria, Orem (2001) classifica o sistema de enfermagem em: compensatório (no qual as pessoas são incapazes de se autocuidar e dependem totalmente dos cuidados de enfermagem), parcialmente compensatório (as pessoas precisam de um apoio parcial no autocuidado e este pode ser realizado tanto pelo enfermeiro, como pela pessoa) e de apoio educativo e de suporte (as pessoas são potencialmente capazes de assegurar o autocuidado e a ação da enfermeira refere-se ao ensino e ao apoio). Orem (2001) identifica cinco métodos que permitem ajudar a pessoa: fazer ou agir; encaminhar e orientar; proporcionar o apoio necessário a nível físico e/ou psicológico; oferecer e manter um ambiente que permita o desenvolvimento pessoal; e ensinar. Estes métodos podem facilitar a intervenção do enfermeiro na promoção do autocuidado e na gestão da sua doença, nomeadamente na pessoa idosa com DM tipo 2. Dorothea Orem (2001) acredita que as pessoas preenchem as necessidades de autocuidado pela aquisição de comportamentos e competências; não é algo intuitivo e, se o indivíduo não tem capacidade para aprender, cabe aos outros aprender e proporcionar essas medidas.

Assim, tendo em conta que o autocuidado é uma parte integrante dos cuidados de saúde primários (WHO, 2009) e que estes são essenciais no processo de melhoria dos resultados em saúde referentes à DM (WHO, 2016), o enfermeiro de saúde comunitária constitui um dos principais recursos de saúde na comunidade para a promoção e manutenção do autocuidado à pessoa com DM tipo 2, pela sua constante interação com os utentes portadores de doença crónica (Kralik et al., 2010). O bem-estar e o autocuidado constituem um dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, onde é referido que "(...) o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa / complementa as actividades de vida

relativamente às quais o cliente é dependente” (OE, 2001, p.16). Desta forma, o referencial teórico de Dorothea Orem permite orientar os enfermeiros na interação e envolvimento com o idoso, de modo a promover o seu envolvimento e gestão no autocuidado e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

4. Cuidado fundamental

Tem havido uma preocupação crescente sobre a forma como as enfermeiras cuidam. Isto deve-se ao crescente cuidado centrado no utente e às características da população (envelhecimento, migrações, doenças crónicas e com muitas comorbilidades) (Kitson, 2016).

O cuidado fundamental é descrito por Kitson (2016) como as atividades e os cuidados que as pessoas necessitam, independentemente da sua situação clínica ou do ambiente em que são assistidos.

De acordo com Kitson (2016) e Feo et al. (2017), o cuidado fundamental tem três dimensões:

1- As necessidades de cuidados fundamentais são mais suscetíveis de ser satisfeitas de forma personalizada, quando foi estabelecida uma relação terapêutica enfermeiro-utente positiva e de confiança.

2- A prestação de cuidados fundamentais de qualidade é mais do que atender apenas a uma necessidade fisiológica. Exige que o enfermeiro tenha em conta toda a componente psicossocial da pessoa e a componente relacional.

3- O contexto onde o cuidado é prestado influencia de forma positiva ou negativa a qualidade dos cuidados prestados.

Assim, Kitson et al. (2010) referem que um cuidado de enfermagem eficaz e de qualidade pode ser conseguido através da junção destas três dimensões. No seu *Fundamentals of Care Framework*, Kitson et al. (2013) descrevem como conceitos centrais a enfermeira, o utente, a família e o sistema de saúde ou contexto. Os cuidados fundamentais são mediados pelas relações que se estabelecem entre os enfermeiros e os utentes (Kitson et al., 2013).

A interação do enfermeiro com a pessoa idosa com DM tipo 2 é fulcral e a relação estabelecida é muito importante, uma vez que o enfermeiro é o vetor para a promoção e manutenção dos comportamentos de adesão ao regime terapêutico, com vista à promoção do autocuidado e à autogestão da sua doença. Nesta relação, o enfermeiro não deve esquecer a individualidade e a singularidade de cada um,

respeitando os seus valores e crenças. Por outro lado, há ainda que ter em consideração o contexto em que a pessoa vive, o seu círculo e os seus vínculos, a sua rede de apoio e os seus recursos, tais como condições socioeconómicas e nível de LS. Assim e tendo o cuidado fundamental como base, a promoção do autocuidado e da autogestão da pessoa idosa com DM tipo 2 deve ter a pessoa como centro dos cuidados, enfatizando a relação enfermeiro-utente, que permite conhecer as necessidades e o défice de autocuidado da pessoa, as suas limitações, permitindo assim delinear as intervenções necessárias para promover o seu autocuidado e a sua qualidade de vida.

5. Pertinência do estudo

Considerando tudo o que foi referido sobre o idoso com DM tipo 2, as suas necessidades de autocuidado e de promoção da LS, torna-se evidente que ao relacionarmos estes conceitos e atuarmos perante essas necessidades, estaremos a contribuir para uma gestão mais eficaz da doença por parte da pessoa idosa e para melhores resultados em saúde. Desenvolver competências e capacitar para o autocuidado o idoso com DM é muito importante, permitindo assim menos riscos de complicações relacionadas com a doença, menos internamentos, maior qualidade de vida para a pessoa e mais ganhos em saúde.

Assim, tendo em consideração que a pessoa com DM tem frequentemente um baixo nível de LS é crucial que se reforcem e potenciem os seus conhecimentos e comportamentos, no sentido de melhor conseguir lidar com a sua doença, identificar os sinais e sintomas de alarme, controlar a sua glicémia, adotar comportamentos saudáveis e a ter mais autoconfiança na gestão da doença. A pessoa fica, assim, capacitada para tomar decisões informadas, os seus recursos são potenciados, o que contribui para uma população com maior equidade e sustentabilidade a nível de saúde pública.

CAPÍTULO II: METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

Para a elaboração deste projeto de intervenção foi utilizada a metodologia de planeamento em saúde. De acordo com Tavares (1990) esta contempla as etapas de: diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e avaliação. Este projeto de intervenção encontra-se integrado no projeto VASelfCAre, um projeto amplo com vista ao desenvolvimento de um protótipo virtual de um agente relacional para facilitar o autocuidado em pessoas mais velhas com DM tipo 2 e que integra a realização de um estudo transversal. Mais informação sobre este projeto pode ser consultada na sua página *online*: <http://vaselfcare.rd.ciencias.ulisboa.pt/>. Cada subcapítulo relata uma etapa do planeamento em saúde.

1. Diagnóstico de Situação

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993) o diagnóstico de situação deve corresponder às necessidades de saúde de uma população e determinar a pertinência de um plano, programa ou atividades. Este subcapítulo inicia-se com uma contextualização do contexto de estágio, a descrição da população-alvo e amostra, uma exposição do processo de recolha de informação e da análise dos dados e as considerações éticas; de seguida, é feita a apresentação dos resultados, sendo estes divididos pelos instrumentos de colheita de dados utilizados, culminando com os principais problemas identificados e os respetivos diagnósticos de enfermagem.

1.1. Contexto de estágio

O projeto foi desenvolvido na USF do Dafundo, inserida no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) de Lisboa Ocidental e Oeiras. Esta USF fica localizada na freguesia da Cruz Quebrada-Dafundo, concelho de Oeiras, distrito de Lisboa e abrange a freguesia da Cruz Quebrada-Dafundo, a urbanização nova do Alto de Algés, uma parte da freguesia de Algés (como limite oriente fica a rua Filipa de Vilhena, a avenida da República do nº1 ao 23A e a rua Cândido dos Reis) e a rua João Chagas.

É uma USF de Modelo B acreditada desde 2010 pela *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*. Funciona das 8h às 20h nos dias úteis e encerra aos sábados,

domingos e feriados. A sua equipa é composta por 7 enfermeiros, 9 médicos e 5 secretários clínicos. Como serviços de saúde esta USF tem para oferecer consultas de saúde infantil e juvenil, vacinação, planeamento familiar, saúde da mulher, consulta de vigilância de doenças crónicas (DM, hipertensão arterial, doenças do aparelho respiratório), sala de tratamentos e visitas domiciliárias.

Neste momento conta com 14835 utentes inscritos, dos quais 8131 são do sexo feminino e 6704 do sexo masculino. Desta população, 1492 utentes têm idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos e 1570 utentes com 75 ou mais anos. Nesta USF 883 utentes têm o diagnóstico de DM, dos quais 632 utentes têm mais de 65 anos.

1.2. População alvo e amostra do estudo

A população alvo deste projeto foram os idosos que pertencem à USF do Dafundo. Os critérios de inclusão foram definidos pelo projeto VASelfCare e são eles: ter 65 anos ou mais, ser capaz de ler e escrever português, ter um diagnóstico de DM tipo 2 e estar inscrito na consulta de enfermagem. A seleção da amostra fez-se através de uma amostragem não probabilística, constituída pelos utentes que faziam parte da lista do meu enfermeiro orientador, e que foram convidados a participar aquando da sua ida a uma consulta ou por convocatória via telefone.

1.3. Processo de recolha de informação

A cada utente foram dadas todas as informações sobre o projeto (de forma verbal e escrita), prestados esclarecimentos, reforçada a possibilidade de desistirem a qualquer momento e obtido consentimento informado por escrito.

As entrevistas foram realizadas pela mestranda. Os dados para o diagnóstico de situação foram colhidos entre os dias 27 de Março de 2019 e 03 de Junho de 2019 e participaram 20 utentes. A informação recolhida foi guardada em local fechado à chave e ao qual apenas a própria tinha acesso. Após término do projeto, os dados foram entregues à professora orientadora para serem integrados no projeto amplo.

Para a caracterização sócio-demográfica foram obtidas informações como a idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação profissional. Foram também obtidos dados clínicos (medicação, antecedentes pessoais, dois últimos valores de hemoglobina glicada, entre outros), pela consulta do processo clínico e feita medição

e pesagem do utente no momento da entrevista, assim como dos perímetros da cintura e da anca. Foram ainda aplicados os seguintes instrumentos: escala *minimal mental examination*; escala de Barthel; escala de Lawton & Brody; *DRUGS*; escala de adesão à medicação; escala de crenças acerca dos medicamentos; questionário europeu de literacia em saúde; questionário *newest vital sign*; questionário sobre áreas problemáticas da diabetes (PAID); índice de bem-estar da OMS versão de 1998; e escala de atividades de autocuidado com a diabetes.

1.4. Análise dos dados

Os dados foram codificados e tratados por análise descritiva, com recurso ao *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 25. Neste tratamento dos dados, foram elaboradas tabelas descritivas da caracterização sócio-demográfica e dos dados clínicos da amostra em estudo e outras tabelas para as restantes variáveis.

1.5. Considerações éticas

Ao longo do projeto, foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos, pela solicitação de assinatura de um consentimento informado escrito aos participantes, após os devidos esclarecimentos acerca do projeto, da metodologia utilizada e da possibilidade em recusar ou abandonar a qualquer momento a entrevista. Não houve quaisquer encargos ou despesas para os participantes, com exceção do tempo despendido para responder aos questionários.

Como a fase de diagnóstico de situação deste projeto de intervenção se encontra inserido no projeto VASelfCare, todas as autorizações e pareceres já tinham sido pedidos e autorizados previamente, nomeadamente, instrumentos de colheita de dados, comissão de proteção de dados e autorização da comissão de ética, que se anexa (Anexo I).

1.6. Apresentação dos resultados

De modo a complementar a informação apresentada ao longo desta secção, é recomendada a consulta das tabelas referenciadas ao longo do texto e os restantes

resultados podem ser consultados no apêndice IV. Os dados são apresentados por instrumento de colheita de dados.

1.6.1. Dados sócio-demográficos

A amostra dos 20 utentes era constituída na sua maioria por mulheres (60%), com idades compreendidas entre os 65 e os 89 anos, sendo a média de idades registada de 74,75 anos. A maioria dos participantes era casado ou vivia em união de facto (70%), completou o primeiro ou segundo ciclos do ensino básico (até ao 6º ano) (50%), vivia acompanhado (75%) e 90% eram responsáveis pela gestão da sua medicação. Sugere-se consulta da Tabela 1 para uma consulta mais detalhada da caracterização sócio-demográfica da amostra.

Em média, os utentes tinham o diagnóstico de DM tipo 2 há 166,70 meses e uma hemoglobina glicada média de 6,69%. Todos os participantes tinham para além do diagnóstico de DM tipo 2 outras comorbilidades, sendo as mais frequentes: HTA (85%), dislipidémia (45%) e hipotiroidismo (30%), como se pode ver no apêndice II.

Relativamente às medidas antropométricas, o peso médio dos participantes era de 69,475 kg e a altura média de 161,50 cm, correspondendo a um IMC médio de 26,0450, que equivale a um nível de pre-obesidade (apêndice III). Do total dos 20 participantes, 12 incluem-se na classificação de pre-obesidade. Ainda em relação às medidas antropométricas, o perímetro abdominal médio dos homens era de 101,875 cm e das mulheres 95,4167 cm e o perímetro da anca médio nos homens era de 100,00 cm e de 105,5833 cm nas mulheres.

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica

	Frequência (n=20)	Percentagem (%)
Sexo		
Masculino	8	40,0
Feminino	12	60,0
Estado civil		
Solteiro(a)	1	5,0
Casado (a) /União de facto	14	70,0
Divorciado/Separado (a)	0	0
Viúvo (a)	5	25,0
Habilitações literárias		

Não frequência escolar/Educação pré-escolar (sabe ler e escrever)	0	0
1.º ou 2.º ciclos do ensino básico (até ao 6.º ano)	10	50,0
3.º Ciclo do ensino básico (até ao 9.º ano)	3	15,0
Ensino secundário (até ao 12.º ano)	2	10,0
Bacharelato ou licenciatura ou nível equivalente	5	25,0
Mestrado ou nível equivalente	0	0
Doutoramento ou nível equivalente	0	0
Vive Sozinho?		
Sim	5	25,0
Não	15	75,0
É responsável por gerir a sua medicação?		
Sim	18	90,0
Não	2	10,0

1.6.2. Escala Mini Mental State Examination

A escala *mini mental examination* tem uma fácil utilização, demora cerca de cinco a dez minutos a aplicar e é muito útil no rastreio de défice cognitivo. Esta permite a avaliação de cinco funções: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação e linguagem. Estas funções são pontuadas para um máximo de trinta pontos, que correspondem a um bom desempenho cognitivo, e um mínimo de zero pontos, que corresponde a um alto grau de défice cognitivo (Guerreiro et al., 1994).

As pontuações obtidas nesta escala variaram entre os 26 (n=1) e os 30 (n=8), sendo a pontuação média de 28,85. Quando relacionados os *scores* individuais obtidos com o nível de escolaridade de cada participante, verifica-se que nenhum tinha défice cognitivo. Os itens em que houve uma maior média de erros ocorreram nas áreas de “evocação” e a palavra com maior número de respostas erradas foi a última a ser repetida “Bola”, com 25% de respostas erradas. Recomenda-se consulta das Tabelas 14 e 15 do apêndice IV para ver os restantes resultados obtidos.

1.6.3. Escala de Barthel

A escala de Barthel permite avaliar a capacidade funcional para a realização de atividades de vida essenciais. É um instrumento que avalia o nível de independência da pessoa na realização de dez atividades básicas de vida: higiene

pessoal, tomar banho, vestir e despir, alimentar-se, levantar-se da cama ou de uma cadeira, subir e descer escadas, deambular ou deslocar-se, controlo de esfínteres intestinal e urinário e ir à casa de banho (Araújo et al., 2007a).

Com este instrumento, verificou-se que 75% da amostra somou 20 pontos, o que significa que eram totalmente independentes na realização das suas atividades de vida diárias. Os restantes 25% da amostra apresentaram uma pontuação de 19 pontos, sendo que as atividades que se encontravam ligeiramente alteradas eram: higiene pessoal (n=1), controlo na função intestinal (n=1) e controlo na função urinária (n=3), tal como se pode consultar na Tabela 16 do apêndice IV.

1.6.4. Escala de Lawton & Brody

A escala de Lawton & Brody permite avaliar o nível de dependência/independência da pessoa na realização das atividades instrumentais (utilização do telefone, fazer compras, preparar refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transporte, manejo da medicação e responsabilidade de assuntos financeiros). Nesta escala, a pessoa é classificada em cada item com zero ou um, em que o zero corresponde à dependência (incapacidade) e o um à independência (capacidade) (Araújo et al., 2007b).

Relativamente à funcionalidade instrumental, a média da amostra encontrada foi de 0,95, sendo que as atividades que se mostraram alteradas foram: fazer compras (n=2), preparação das refeições (n=2), lavagem da roupa (n=2), manejo da medicação (n=1) e responsabilidade de assuntos financeiros (n=1), tal como se pode consultar na Tabela 17 do apêndice IV.

1.6.5. DRUGS

A capacidade de gestão da medicação foi avaliada pela escala *DRUGS* que permite avaliar a capacidade dos participantes em identificar, aceder, descrever a dose e descrever o período do dia das suas medicações (Adivinha et al., 2016).

Em média, a amostra tomava 6,2 comprimidos diferentes diariamente, sendo que a pessoa que tinha o menor número de medicação tomava 3 medicamentos por dia e a pessoa com maior número de medicamentos tomava 9 medicamentos diferentes por dia.

A maior dificuldade encontrada nos participantes, relacionada com a gestão terapêutica diz respeito à dosagem da medicação, em que 27,67% da amostra não conseguia identificar a dosagem da terapêutica. Por outro lado, cerca de 19% da amostra apresentava dificuldade na identificação da terapêutica que tomava, quer por nome genérico, comercial ou por identificação por associação ao grupo terapêutico, como se pode ver na Tabela 2.

Tabela 2 - Resultados da escala *DRUGS* (em percentagem, %)

	Identificação		Acesso		Dose		Período do dia	
	capaz	incapaz	capaz	incapaz	capaz	Incapaz	capaz	Incapaz
Medicamento 1	95	5	100	0	85	15	100	0
Medicamento 2	90	10	100	0	80	20	100	0
Medicamento 3	100	0	100	0	90	10	100	0
Medicamento 4	89	11	100	0	84	16	100	0
Medicamento 5	100	0	100	0	83	17	100	0
Medicamento 6	100	0	100	0	87	13	100	0
Medicamento 7	87,5	12,5	100	0	75	25	100	0
Medicamento 8	67	33	100	0	67	33	100	0
Medicamento 9	0	100	100	0	0	100	100	0

1.6.6. Escala de Adesão à Medicação

Com a escala de adesão à medicação pretende-se avaliar os níveis de adesão à medicação, nomeadamente a frequência com que as pessoas alteram ou ajustam as dosagens prescritas. Esta escala é composta por cinco itens e tem uma pontuação máxima de 25 pontos. Resultados elevados indicam maiores níveis de adesão (Pereira et al., 2013).

As respostas encontradas para a adesão à medicação foram, na sua generalidade, positivas. A grande maioria situava-se no “nunca”, nos cinco itens da escala. Aquele em que se registou a resposta de adesão mais baixa, com 75%, foi “Eu esqueço-me de os tomar”, sendo este o principal motivo apontado para a falha da toma da medicação, cujos resultados se encontram na Tabela 3.

Tabela 3 - Resultados da escala de adesão à medicação

	Sempre (N=20)	Frequentemente (N=20)	Algumas vezes (N=20)	Raramente (N=20)	Nunca (N=20)
Eu esqueço-me de os tomar	0	1 (5%)	0	4 (20%)	15 (75%)
Eu altero a dose	0	0	0	1 (5%)	19 (95%)
Eu paro de os tomar durante algum tempo	0	0	1 (5%)	1 (5%)	18 (90%)
Eu decido falhar uma dose	0	0	0	1 (5%)	19 (95%)
Eu tomo menor quantidade que a prescrita	0	0	0	1 (5%)	19 (95%)

1.6.7. Escala de crenças acerca dos medicamentos

A escala de crenças acerca dos medicamentos é composta por dois fatores: a subescala “necessidades da medicação” que avalia as crenças acerca da necessidade da medicação que lhes foi prescrita e a subescala “preocupações específicas” que avalia as crenças acerca dos perigos de dependência ou efeitos secundários a longo prazo. Os participantes respondem indicando o grau de concordância com as afirmações acerca da medicação, segundo uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos (1=Discordo Totalmente, 2=Discordo, 3=Não tenho a certeza, 4=Concordo e 5=Concordo Totalmente). O total na subescala “necessidades específicas” varia de 5 a 25 e na subescala de “preocupações específicas” varia de 6 a 30. Um resultado elevado em ambas as partes indica crenças gerais e específicas mais fortes sobre a medicação (Pereira et al., 2013).

Os valores encontrados acerca das crenças sobre os medicamentos eram mais elevados na subescala “Necessidade” (média=21,25) do que na subescala “Preocupações” (média=12,45). Isto pode indicar que os utentes desta amostra davam mais importância à necessidade dos medicamentos, do que se preocupavam com a medicação em si. Os resultados podem ser consultados na Tabela 18 do apêndice IV.

Na subescala “Necessidade”, os itens que obtiveram a pontuação máxima com mais frequência foram “A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos”

(n=13) e “Estes medicamentos protegem-me de ficar pior” (n=12), demonstrando a preocupação com a saúde no futuro. Nesta subescala, em todos os itens, a maior frequência de respostas corresponde ao “concordo totalmente”.

Relativamente à subescala “Preocupações”, com exceção do item “Às vezes, preocupo-me com os efeitos a longo prazo destes medicamentos” em que as respostas não foram unânimes, os participantes responderam na sua maioria com “Discordo totalmente” nos restantes itens da subescala.

1.6.8. Questionário Europeu de Literacia em Saúde

Os níveis de LS foram avaliados através do *European Health Literacy Survey* (HLS-EU). Esta escala é composta por quarenta e sete questões, em que as respostas são obtidas através de uma escala do tipo *Likert* de 4 pontos (Muito Difícil-1; Difícil-2; Fácil-3 e Muito Fácil-4). Existe ainda uma quinta alternativa que corresponde ao Não Sabe-0. Foram considerados três domínios da saúde na LS: Cuidados de Saúde (16 itens), Prevenção da Doença (15 itens) e Promoção da Saúde (16 itens). A escala foi redimensionada de modo a que a pontuação varie entre 0 e 50, avaliando a LS como: desadequada (0-25), problemática (>25-33), suficiente (>33-42) e excelente (>42-50) (Sørensen et al, 2015).

Relativamente à LS no geral, 10% da amostra situava-se num nível desadequado, 40% tinha uma LS problemática, 45% apresentava valores de LS suficiente e 5% situava-se no nível de LS excelente.

O domínio da saúde onde se verificou o pior nível LS na amostra foi o da promoção da saúde, onde 55% dos participantes tinha uma LS problemática (35%) ou desadequada (20%). Os domínios de prevenção da doença e cuidados de saúde apresentaram a maior percentagem da amostra no nível de LS suficiente, com 60% dos participantes. Os resultados podem ser consultados na íntegra na Tabela 4.

Tabela 4 - Resultados do questionário europeu de LS (HLS-EU), em percentagem (%)

	Literacia em Saúde no geral	Cuidados de saúde	Prevenção da doença	Promoção da saúde
Desadequada (0- 25)	10	5	10	20
Problemática (>25-33)	40	25	25	35
Suficiente (>33-42)	45	60	60	45
Excelente (>42-50)	5	10	5	0

1.6.9. Questionário *Newest Vital Sign*

Para a avaliação da LS funcional recorreu-se ao questionário *newest vital sign* onde o participante analisa um rótulo de uma embalagem de gelado e posteriormente responde a seis questões relacionadas com essa informação. Por cada resposta certa atribui-se um ponto e zero pontos por cada resposta errada, sendo que as pontuações entre 0 e 1, apresentam elevada probabilidade (50% ou mais) de literacia limitada, entre 2 e 3 indica a possibilidade de literacia limitada e entre 4 e 6 indica literacia adequada (Paiva et al., 2017).

Em termos de literacia funcional, os resultados obtidos com este questionário (Tabela 5), mostram que 50% da amostra tinha uma possibilidade (30%) ou uma elevada possibilidade (20%) de literacia limitada, tal como apresentado na Tabela 5. Para uma análise mais detalhada dos resultados obtidos, recomenda-se a consulta da Tabela 19 do apêndice IV.

Tabela 5 - Resultados do questionário *Newest Vital Sign*

Pontuação	Frequência (n=20)	Percentagem (%)	Nível LS
0,00	1	5,0	Elevada possibilidade (50% ou mais) de literacia limitada
1,00	3	15,0	
2,00	2	10,0	Possibilidade de literacia limitada
3,00	4	20,0	
4,00	4	20,0	Literacia adequada
5,00	5	25,0	
6,00	1	5,0	

1.6.10. Questionário sobre áreas problemáticas da diabetes (PAID)

O questionário sobre áreas problemáticas da diabetes (PAID) é constituído por 20 itens e é pedido ao participante para indicar o grau em que cada um dos itens, relacionado com a diabetes, constitui um problema entre 0 (não é problema) e 4 (problema grave). Os resultados são obtidos pela soma das pontuações, que posteriormente são multiplicadas por 1,25 para se obter um total de 100 pontos. Pontuações iguais ou superiores a 40 significam problema grave na área da diabetes (Hendriekx et al., 2016).

Em relação às áreas problemáticas da diabetes, a amostra manifestou mais preocupação com “Preocupar-se com o futuro e com a possibilidade de ter preocupações graves?” tendo obtido 51,25 pontos e “Preocupar-se com as reacções à baixa de açúcar no sangue?” com 43,75 pontos.

De um modo geral as respostas dos participantes variaram entre um *score* individual total de 5 e 65, sendo o *score* médio obtido de 17,80. Os restantes resultados da análise podem ser consultados na Tabela 20 no apêndice IV.

1.6.11. Índice de bem-estar da OMS versão de 1998

O índice de bem-estar da OMS versão de 1998 constitui um instrumento que permite fazer o despiste de sintomas depressivos. É de fácil utilização e rápida aplicação, com cinco questões, para as quais os participantes indicam a opção que melhor se aproxima do modo como se têm sentido nas últimas duas semanas. A pontuação bruta é obtida pela soma dos valores das respostas, que podem variar entre 0 (pior qualidade de vida possível) e 25 (melhor qualidade de vida possível). Quanto maiores os valores, maior o índice de bem-estar (Ribeiro, 2007).

Relativamente ao índice de bem-estar, a média de pontuações obtida foi de 17,70, tendo as pontuações variado entre 11 (n=1) e 22 (n=2). De salientar que os participantes que obtiveram os menores *scores*, já tinham o diagnóstico de depressão. O item onde se obteve a média mais elevada de pontuações foi “Acordei a sentir-me fresco/a e repousado/a” com 3,85 e o item em que se obteve a menor média foi “Senti-me calmo/a e tranquilo/a”, com 3,35. Pode consultar-se na Tabela 21 do apêndice IV a restante análise descritiva.

1.6.12. Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes

A escala de autocuidado com a diabetes é constituída por 7 itens e questiona sobre as atividades de autocuidado (alimentação geral; alimentação específica; atividade física; monitorização da glicémia; cuidados com os pés; medicamentos; e hábitos tabágicos) que a pessoa teve nos últimos sete dias. As opções de resposta situam-se entre 0 e 7, que representa o número de dias por semana em que a pessoa cumpriu com as várias atividades. O nível de adesão, por dimensão, obtém-se pela soma dos itens e dividido pelo número destes. Assim, o 7 representa o nível máximo de adesão (Bastos et al., 2007).

Analisando cada componente desta escala individualmente (Tabela 6), verificou-se que ao nível da alimentação em geral, os participantes tinham uma adesão em média de 4,78 dias por semana. Quando especificada a dieta seguida, a amostra referiu cometer algum tipo de excesso em média em 1,70 dias na semana.

A atividade física foi o componente onde se registou menor nível de adesão, tendo-se obtido o total médio de 2,18 dias da semana.

Em relação à monitorização da glicémia capilar, verificou-se que praticamente todos os participantes cumprem o recomendado pelos profissionais de saúde, com exceção de um participante em que lhe foi recomendada a avaliação em 4 dias da semana e apenas o fez em 3 dias.

Os cuidados com os pés foi onde se registaram os melhores níveis de adesão, tendo sido apresentada uma média de 6,91 dias da semana.

A adesão à toma da medicação encontrada foi em média de 6,88 dias da semana.

Por último, relativamente aos hábitos tabágicos, verificou-se que 95% da amostra não fumava, sendo que destes, 60% nunca fumaram e os restantes deixaram de fumar há mais de dois anos. O único participante que fumava, referiu fumar em média 20 cigarros por dia.

Tabela 6 - Resultados da escala de atividades de autocuidado com a diabetes, exceto a variável hábitos tabágicos

Dimensões da escala	Variáveis da escala de atividades de autocuidado com a diabetes	Média (dias da semana) (N=7)	Score (dias da semana) (N=7)
Alimentação Geral	Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	4,80	4,78
	Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	3,30	
	Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais	6,25	
Alimentação Específica	Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas	2,60	1,70
	Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	2,80	

	Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	1,40	
	Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	1,15	
	Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0,25	
	Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	2,00	
Atividade física	Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos?	2,65	2,18
	Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	1,70	
Monitorização da Glicémia	Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	2,85	2,62
	Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu medico, enfermeiro ou farmacêutico?	2,40	
Cuidados com os Pés	Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	6,75	6,92
	Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	7,00	
	Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	7,00	
Medicação	Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	6,80	6,88
	Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	7,00	
	Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	6,85	

1.7. Diagnósticos de Enfermagem

Tendo em consideração os resultados obtidos, os principais problemas identificados, de acordo com a taxonomia CIPE^R versão de 2015 (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016) são:

- **Adesão ao regime medicamentoso comprometida** (25% da amostra esquece-se de tomar os medicamentos raramente (20%) e frequentemente (5%));

- **Capacidade de gestão do regime medicamentoso comprometida** (27,67% da amostra não consegue identificar a dosagem da terapêutica e 19% da amostra tem dificuldade na identificação da terapêutica que toma);

- **Capacidade de gestão do regime dietético comprometida** (Adesão da amostra em média de 4,78 dias por semana numa alimentação saudável e equilibrada);

- **Não adesão ao regime de exercício físico** (A média de prática de atividade física é de 2,18 dias da semana);

- **Atitude face à gestão de recursos de saúde comprometida** (10% da amostra situa-se num nível de LS desadequado e 40% tem uma LS problemática, sendo o pior domínio o da promoção da saúde (55%), onde os participantes têm uma LS problemática (35%) ou desadequada (20%) e, em termos de literacia funcional, 50% da amostra tem uma possibilidade (30%) ou uma elevada possibilidade (20%) de literacia limitada).

2. Determinação de prioridades

A segunda etapa do processo de planeamento em saúde é a determinação de prioridades. Esta consiste num processo de tomada de decisão, com recurso a critérios ponderados que vão determinar quais os problemas prioritários (Imperator & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

O método escolhido para a determinação de prioridades foi o Método de Hanlon. Neste método as prioridades são estabelecidas tendo como base quatro critérios: A- Amplitude ou magnitude do problema; B- Gravidade do problema; C- Eficácia da solução (ou vulnerabilidade do problema); e D- Exequibilidade do projeto ou da intervenção (Tavares, 1990).

A cada problema é aplicada uma fórmula, que determinará o valor de prioridade:

(A + B) C x D (Tavares, 1990).

Para cada critério é atribuído um peso de uma escala pré-estabelecida (Tavares, 1990). Foi elaborada a Tabela 7, onde se procedeu à priorização dos problemas detetados no diagnóstico de situação.

Tabela 7 - Priorização dos problemas

Problemas	Critérios	A	B	C	D	Resultado
Adesão ao regime medicamentoso comprometido		4	7	1	1	11
Capacidade de gestão do regime medicamentoso comprometida		4	7	1	1	11
Capacidade de gestão do regime dietético comprometida		6	8	1	1	14
Autocuidado: exercício físico comprometido		10	8	1	1	18
Atitude face à gestão de recursos de saúde comprometida		8	8	1	1	16

O critério A (amplitude do problema ou magnitude do problema) é determinado em função do número de indivíduos afetados por um problema e é obtido a partir da atribuição de uma escala de 0 a 10 (Tavares, 1990). Na adesão ao regime medicamentoso, 25% da amostra (n=5) refere esquecer-se de tomar os medicamentos, tendo sido atribuído o peso de 4. Relativamente à capacidade de gestão do regime medicamentoso, 27,67% da amostra não consegue identificar a dosagem da terapêutica, tendo sido atribuído também o peso de 4. Em relação à gestão do regime dietético, a adesão média da amostra é de 4,78 dias da semana, numa alimentação saudável e equilibrada, sendo que 7 dos participantes refere seguir uma alimentação saudável em 4 dias ou menos, tendo desta forma, sido atribuído o peso de 6. O problema do exercício físico, apenas 5 dos participantes referiram realizar atividade física em 4 dias ou mais e apenas 3 participantes referiram participar numa sessão de exercício específica, tendo sido atribuído o peso 10. Relativamente ao problema da atitude face à gestão de recursos de saúde, 10% da amostra situa-se num nível de LS desadequado e 40% tem uma LS problemática e 50% da amostra tem possibilidade ou elevada possibilidade de literacia limitada, tendo sido deste modo atribuído o peso de 8.

O critério B (gravidade do problema) obtém-se de uma escala de 0 a 10, consoante o nível de gravidade atribuído a fatores como mortalidade, morbilidade, custos (Tavares, 1990). Para a atribuição dos valores da escala nos vários problemas foi considerado o risco de complicações da DM inerente.

O critério C (eficácia da solução ou vulnerabilidade do problema) é determinado em função da facilidade ou dificuldade em resolver o problema, numa escala que varia entre 0,5 e 1,5, sendo que quanto maior o valor, mais fácil é a sua resolução (Tavares, 1990). Neste critério foi atribuída a mesma pontuação em todos os problemas, a um nível intermédio de classificação.

O critério D (exequibilidade do projeto ou da intervenção) é definido pela pertinência, exequibilidade económica, aceitabilidade, disponibilidade de recursos e legalidade (PEARL), tendo um peso de 0 (não) ou 1 (sim) (Tavares, 1990). A este nível perspetivou-se que todos os problemas seriam possíveis de intervir, pelo que foi atribuído o peso de 1 a todos.

Desta forma, foram identificados como problemas prioritários: Autocuidado: exercício físico comprometido e Atitude face à gestão de recursos de saúde comprometida.

3. Fixação de objetivos

A etapa de fixação de objetivos corresponde à terceira etapa do processo de planeamento em saúde (Tavares, 1990). Segundo Imperatori & Giraldes (1993) um objetivo é “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema (...)” (p.45).

Tendo em consideração os problemas priorizados, foram definidos como objetivos gerais e objetivos específicos:

1. Promover a adesão à prática de atividade física, adequada à situação de doença, em idosos com mais de 65 anos, de Outubro de 2019 a Fevereiro de 2020;
 - 1.1. Identificar estratégias e cuidados necessários para a prática de atividade física, no autocuidado da pessoa com diabetes *mellitus*;
 - 1.2. Perceber o impacto imediato da atividade física na glicémia capilar;
 - 1.3. Refletir sobre a importância da atividade física e os seus benefícios enquanto uma das intervenções fundamentais no controlo da diabetes *mellitus*;
2. Promover práticas de autocuidado, num grupo de idosos com mais de 65 anos, na gestão da sua diabetes *mellitus* tipo 2, de Outubro de 2019 a Fevereiro de 2020;

- 2.1. Identificar a importância da alimentação saudável, da medicação e da atividade física no controlo da diabetes *mellitus* tipo 2, pelo idoso;
- 2.2. Contribuir para a capacitação do idoso no autocuidado da diabetes *mellitus* tipo 2;
- 2.3. Refletir sobre a importância do autocuidado para uma melhor gestão da diabetes *mellitus* tipo 2, no idoso.

Para a fixação dos objetivos, o primeiro passo consiste na seleção de indicadores. Um indicador representa “uma relação entre uma determinada situação e a população em risco relativamente à situação descrita” (Nunes, 2016, p.38). Foram selecionados indicadores de resultado ou impacto que “mede as alterações verificadas num problema ou a situação actual desse problema” (Tavares, 1990, p.120) e indicadores de atividade ou execução que “mede a actividade desenvolvida pelos serviços” (Tavares, 1990, p.120). Os indicadores de resultado permitem quantificar os problemas, de modo à consecução de objetivos, enquanto que os indicadores de atividade, quantificam as atividades, para a consecução de metas (Tavares, 1990).

Desta forma, os indicadores de atividade definidos podem ser consultados na Tabela 8 e correspondem à avaliação do número de atividades realizadas, do número de participantes presentes nas atividades e da satisfação com as atividades.

Tabela 8 - Indicadores de atividade

Indicador: Percentagem de atividades realizadas	
$(\text{Número de atividades concretizadas} / \text{Número de atividades previstas}) \times 100$	Meta: 75%
Indicador: Percentagem de participantes presente na atividade 1	
$(\text{Número de participantes que participaram na atividade 1} / \text{Número de participantes convocados}) \times 100$	Meta: 50%
Indicador: Percentagem de participantes presente na atividade 2	
$(\text{Número de participantes que participaram na atividade 2} / \text{Número de participantes convocados}) \times 100$	Meta: 50%
Indicador: Percentagem de participantes presente na atividade 3	
$(\text{Número de participantes que participaram na atividade 3} / \text{Número de participantes convocados}) \times 100$	Meta: 50%
Indicador: Percentagem de participantes presente na atividade 4	
$(\text{Número de participantes que participaram na atividade 4} / \text{Número de participantes convocados}) \times 100$	Meta: 50%
Indicador: Percentagem de participantes satisfeitos com a atividade 1	

(Número de participantes que referiu satisfação com a atividade 1 / Número de participantes na atividade) x 100	Meta: 75%
Indicador: Percentagem de participantes satisfeitos com a atividade 2	
(Número de participantes que referiu satisfação com a atividade 2 / Número de participantes na atividade) x 100	Meta: 75%
Indicador: Percentagem de participantes satisfeitos com a atividade 3	
(Número de participantes que referiu satisfação com a atividade 3 / Número de participantes na atividade) x 100	Meta: 75%
Indicador: Percentagem de participantes satisfeitos com a atividade 4	
(Número de participantes que referiu satisfação com a atividade 4 / Número de participantes na atividade) x 100	Meta: 75%

Como indicadores de resultado foram definidos os que se apresentam na Tabela 9.

Tabela 9 - Indicadores de resultado

Indicador: Percentagem de participantes com redução da glicémia capilar como consequência da prática de atividade física	
(Número de participantes com redução da glicémia capilar após atividade física / Número de participantes presente na atividade) x 100	Meta: 50%
Indicador: Percentagem de participantes que enumera benefícios da prática de atividade física	
(Número de participantes que enumera 2 benefícios da prática de atividade física / Número de participantes presente na atividade) x 100	Meta: 50%
Indicador: Percentagem de participantes que identifica a importância da atividade física no controlo da DM	
(Número de participantes que reconhece a prática de atividade física como importante no controlo da DM/ Número de participantes presente na atividade) x 100	Meta: 50%
Indicador: Percentagem de participantes que identifica cuidados necessários para a prática de atividade física	
(Número de participantes que identifica 2 cuidados necessários para a prática de atividade física / Número de participantes presente na atividade) x 100	Meta: 50%
Indicador: Percentagem de participantes que identifica estratégias para um estilo de vida mais ativo	
(Número de participantes que identifica 2 estratégias que permitam um estilo de vida mais ativo / Número de participantes presente na atividade) x 100	Meta: 50%
Indicador: Percentagem de participantes que considera que o controlo da diabetes <i>mellitus</i> não depende apenas da medicação, mas também da alimentação e da prática de atividade física	
(Número de participantes que consideram a atividade física, a alimentação e a medicação como importantes na gestão da DM tipo 2 / Número de participantes presente na atividade) x 100	Meta: 50%

Indicador: Percentagem de participantes que identifica estratégias de autocuidado para a gestão da sua DM tipo 2

(Número de participantes que identifica 2 estratégias de autocuidado para a gestão da diabetes *mellitus* tipo 2 / Número de participantes presente na atividade) x 100 Meta: 50%

Depois de selecionados os indicadores e definidos os objetivos, estes últimos são convertidos em metas ou objetivos operacionais, que consistem num “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das actividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de actividade” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.48).

Assim, foram definidos como objetivos operacionais ou metas:

- Que pelo menos 50% dos participantes tenha uma redução da glicémia capilar como consequência da prática de atividade física;
- Que pelo menos 50% dos participantes consiga enumerar 2 benefícios resultantes da prática de atividade física;
- Que pelo menos 50% dos participantes identifique a importância da atividade física no controlo da DM;
- Que pelo menos 50% dos participantes consiga identificar 2 cuidados necessários para a prática de atividade física;
- Que pelo menos 50% dos participantes consiga identificar 2 estratégias que permitam um estilo de vida mais ativo;
- Que pelo menos 50% dos participantes considere que o controlo da diabetes *mellitus* não depende apenas da medicação, mas também da alimentação e da prática de atividade física;
- Que pelo menos 50% dos participantes identifique 2 estratégias de autocuidado para a gestão da sua diabetes *mellitus* tipo 2.

4. Seleção de Estratégias

A etapa da seleção de estratégias visa propor novas formas de atuação, de forma a que seja planeado o melhor processo, que permita dar resposta aos objetivos, para que os problemas prioritários sejam minimizados (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990). De acordo com Nunes (2016), uma estratégia deve ser detalhada o suficiente para que possa ser completamente compreendida, mas não em demasia.

Estratégia em saúde é definida por Imperatori & Giraldes (1993) “como o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (p.65).

Tendo em consideração as características da amostra e os problemas identificados, foram selecionadas estratégias que permitem ir ao encontro do sistema de enfermagem de apoio educativo, com vista a que o idoso com DM tipo 2 desenvolva capacidades para satisfazer as suas necessidades de autocuidado, estando o enfermeiro de retaguarda para o acompanhar e regular, quando necessário (Orem, 2001).

As estratégias selecionadas foram a educação para a saúde, a intervenção em grupo e a intervenção individual.

A educação para a saúde é uma estratégia essencial no tratamento da DM e na prevenção de complicações (Nabais, 2016). Educação para a saúde não se reporta apenas a mudança de comportamentos, mas em dotar a pessoa de conhecimentos e capacidades que lhe permita tomar as decisões mais adequadas à sua situação de saúde. É atribuída à própria pessoa uma responsabilidade, que pode ser individual ou coletiva, nas variadas opções relativas à sua saúde e ao seu bem-estar (OE, 2011).

Uma pessoa com DM tem no seu dia-a-dia um grande número de decisões a tomar, com vista a manter uma boa qualidade de vida. Para que estas decisões possam ser tomadas de forma consciente e informada é crucial que essa pessoa detenha conhecimentos e capacidades, previamente adquiridos (Nabais, 2016). Desta forma, educar para a saúde não poderá ser apenas transmitir informações. Deverá ser um processo planeado, que visa responder às necessidades individuais de cada pessoa, grupo ou comunidade e ajustado em função das necessidades que vão surgindo, ativando a pessoa para uma capacidade de resposta mais ativa e eficaz (OE, 2011).

Tendo como referência a educação para a saúde foram também selecionadas como estratégias a intervenção em grupo e a intervenção individual. Segundo Imazu et al. (2015), as ações de educação para a saúde individuais em pessoas com DM tipo 2 permitem a aquisição de novos conhecimentos sobre a doença e o esclarecimento de dúvidas, diminuindo o impacto desta doença sobre a sua qualidade de vida. Quando se associam intervenções de grupo às intervenções individuais, para além das vantagens já descritas, promovem uma maior adesão às práticas de autocuidado pela pessoa com DM tipo 2 (Imazu et al., 2015).

Entende-se por grupo o “conjunto de indivíduos que interagem e que têm uma ou mais finalidades comuns” (Lassiter, 1999, p.472). De acordo com a mesma autora, “os elementos chave nesta definição de grupo são a interação entre membros e a finalidade do grupo” (Lassiter, 1999, p.472). Os membros ao interagirem entre si, exercem em algum momento influência uns sobre os outros.

As atividades educativas em grupo fomentam a partilha de conhecimentos, de experiências, de vivências e a discussão, com possibilidade de se esclarecerem as dúvidas entre si e com os enfermeiros. Este consiste num processo de aprendizagem, no qual os membros do grupo têm um objetivo em comum (Dias, Silveira & Witt, 2009). Segundo os mesmos autores, as sessões educativas em grupo ajudam à construção coletiva de conhecimentos, promovem a reflexão, num ambiente em que as pessoas exprimem mais facilmente as suas necessidades, angústias e expetativas (Dias, Silveira & Witt, 2009).

Desta forma, foram perspetivadas quatro atividades que, de seguida, são descritas de forma muito breve e que podem ser consultadas mais detalhadamente na próxima etapa do planeamento em saúde: preparação da execução/operacionalização. A atividade 1 foi uma sessão de educação para a saúde realizada a um grupo, sobre a importância da prática de atividade física no idoso com DM. Esta sessão teórica, antecedeu a atividade 2, uma sessão de grupo, onde foi realizada uma caminhada. Estas duas atividades foram realizadas de forma integrada para que os conhecimentos e a informação partilhada durante a sessão de educação para a saúde fossem assimilados e comprovados com a sessão prática. A atividade 3 foi realizada no âmbito das consultas e corresponde a sessões de educação para a saúde individualizadas, onde foram reforçados ensinamentos, consoante as necessidades individuais de cada idoso e esclarecidas dúvidas. Por último, a atividade 4 consistiu numa sessão de educação para a saúde em grupo, onde se abordaram os vários cuidados na diabetes e a importância de uma alimentação saudável e equilibrada, da prática de exercício físico e da toma regular da medicação para o controlo da doença e prevenção de complicações. Com esta sessão, pretendeu-se a partilha e a discussão em grupo, tendo sido utilizada uma metodologia de educação por pares informal, onde os idosos, com o diagnóstico de DM tipo 2, partilharam conhecimentos, comportamentos e estratégias e identificaram-se entre si nas dificuldades e limitações sentidas com esta doença. Estas informações foram completadas pelo enfermeiro e constituiu um espaço de partilha, discussão e esclarecimento de dúvidas.

Como complemento, conforme os assuntos foram sendo abordados, foram entregues folhetos sobre a importância da atividade física e sobre a leitura do rótulo dos alimentos e um decodificador de rótulos plastificado, com o tamanho de um cartão, para que possa ser facilmente transportado, por exemplo, na carteira. O material de apoio realizado foi sempre entregue em contextos educativos, servindo como ferramenta que complementa e sintetiza a informação transmitida.

Importa, ainda, salientar a importância das parcerias. O trabalho em equipa multidisciplinar possibilita a partilha e cooperação entre os parceiros, respeitando os conhecimentos de cada área, para que juntos possuam um maior leque de possibilidades para dar resposta aos problemas identificados (Shuster & Goepfinger, 1999). Neste projeto contou-se com o apoio da assistente social e da nutricionista, ambas da Junta de Freguesia.

Assim, estas estratégias foram delineadas, com vista a promover práticas de autocuidado no idoso com DM tipo 2 para uma gestão mais eficaz da sua doença, nomeadamente a prática de atividade física e a proporcionar uma escolha mais informada e esclarecida relativamente à sua saúde.

5. Preparação da execução/operacionalização

Esta fase consiste num estudo e planeamento detalhados das estratégias e atividades a realizar, com vista à execução do projeto e ao alcance dos objetivos (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990). Nesta etapa vão ser especificadas cada uma das atividades desenvolvidas. Foi realizado um cronograma de forma a organizar as diversas fases do projeto, especificando cada uma das atividades a desenvolver, o qual pode ser observado no apêndice V.

5.1. Atividade 1

A atividade 1 consistiu numa sessão de educação para a saúde a um grupo de pessoas com mais de 65 anos, com o diagnóstico de DM tipo 2, sobre a importância da atividade física no idoso com DM tipo 2. Esta teve lugar na sala de formação da USF do Dafundo, com uma duração de cerca de 45 minutos. O plano operacional da atividade pode ser consultado no apêndice VI.

Para a divulgação da sessão, os utentes foram convidados a participar na atividade quando foram a uma consulta médica ou de enfermagem ou quando foram

à USF para realizar algum procedimento, ou via telefónica. Contou-se com a parceria da assistente social da União das Freguesias de Algés, Linda-a-Velha e Cruz Quebrada/Dafundo, que divulgou a atividade nas suas instalações.

A atividade foi realizada no dia 14 de Novembro de 2019, com início por volta das 10 horas. Compareceram para a atividade 8 utentes.

Esta consistiu numa apresentação, com recurso a diapositivos para expor os conteúdos programados. Os diapositivos podem ser consultados no apêndice VII. Os temas abordados foram a definição de atividade física, as recomendações sobre a prática de atividade física, os benefícios desta prática, estratégias para serem mais ativos no dia-a-dia e recomendações específicas para a prática de atividade física no idoso com DM. Os utentes assistiram à sessão e no final foram convidados a expor dúvidas e/ou comentar a sessão. Como síntese das principais ideias apresentadas, foi distribuído a cada participante um folheto sobre a importância da atividade física (apêndice VIII). Neste folheto estão presentes, de forma resumida, as principais ideias a reter da sessão: o que é a atividade física; quais os seus benefícios; estratégias para reduzir o tempo que passam sentados ou ser mais ativos no dia-a-dia.

Após terminada a sessão, foi aplicado o questionário de avaliação da atividade (apêndice IX).

Com esta sessão, pretendia-se que os utentes adquirissem conhecimentos relativamente aos benefícios da prática de atividade física, estratégias para um estilo de vida mais ativo, cuidados necessários para a prática de atividade física e sobre a importância da atividade física para o controlo da diabetes.

5.2. Atividade 2

A atividade 2 consistiu numa caminhada desde as instalações da USF do Dafundo até ao complexo desportivo do Jamor, com regresso à Junta de Freguesia da Cruz Quebrada/Dafundo. Esta atividade contou com a participação de 8 utentes e teve a duração de cerca de 1 hora. A caminhada foi realizada no dia 14 de Novembro de 2019, com início por volta das 10 horas e 45 minutos, após a sessão de educação para a saúde sobre esta temática. O plano operacional da atividade pode ser consultado no apêndice VI.

A divulgação da atividade foi feita em conjunto com a atividade 1, onde os utentes foram convidados a participar quando foram a uma consulta médica ou de enfermagem ou quando foram à USF para realizar algum procedimento ou via

telefónica. Contou-se com a parceria da assistente social da União das Freguesias de Algés, Linda-a-Velha e Cruz Quebrada/Dafundo, que divulgou a atividade nas suas instalações e cedeu uma sala para o encerramento da atividade. Foram ainda afixados cartazes de divulgação (apêndice X) na porta da USF do Dafundo e nas Juntas de Freguesia de Algés, Linda-a-Velha e Cruz-Quebrada/Dafundo.

Esta atividade consistiu numa caminhada. No complexo do Jamor, foram realizados alguns exercícios, por iniciativa dos utentes, nos equipamentos disponibilizados para esse fim. Antes e após a atividade foi pedida autorização aos participantes para a avaliação da glicémia capilar (foi realizada grelha para registo que pode ser consultada no apêndice XI), para que no final pudessem ser comparados os valores antes e após a sessão de atividade física, com discussão em grupo acerca dos resultados obtidos.

Após terminada a atividade, foi aplicado o questionário de avaliação da atividade (apêndice IX).

Com esta atividade, pretendia-se que os utentes identificassem a importância da atividade física no controlo da diabetes *mellitus* tipo 2 e que verificassem uma redução da glicémia capilar após a prática de atividade física.

5.3. Atividade 3

A atividade 3 consistiu em sessões de educação para a saúde individualizadas, realizadas aos utentes com mais de 65 anos e com o diagnóstico de DM tipo 2, sobre os cuidados na diabetes no idoso com DM tipo 2. O plano operacional da atividade pode ser consultado no apêndice VI. As sessões foram realizadas a 16 utentes.

A atividade teve lugar entre Outubro de 2019 e Fevereiro de 2020. A duração das sessões foi variável e estas ocorreram no contexto das consultas aos utentes. No decorrer da consulta, foram abordados os cuidados que o utente tem com a DM, nomeadamente, cuidados com a alimentação, prática de atividade física, toma regular da medicação, cuidados com os pés e foram reforçados os ensinamentos necessários a cada utente e esclarecidas dúvidas. Foram entregues os folhetos realizados sobre a importância da atividade física e a leitura do rótulo dos alimentos.

Pretendia-se que esta sessão fosse uma introdução para a sessão de grupo (atividade 4), em que os utentes identificassem a importância da atividade física, da alimentação e da medicação como intervenções fundamentais no controlo da DM tipo

2 e que os utentes identificassem estratégias de autocuidado para a gestão da sua doença.

5.4. Atividade 4

A atividade 4 consistiu numa sessão de educação para a saúde a um grupo de pessoas com mais de 65 anos e com o diagnóstico de DM tipo 2, sobre os cuidados na diabetes no idoso com DM tipo 2. Esta teve lugar na sala de formação da USF do Dafundo, com uma duração de cerca de 45 minutos. O plano operacional da atividade pode ser consultado no apêndice VI.

A divulgação da sessão foi feita quando os utentes foram a uma consulta médica ou de enfermagem, quando foram à USF para realizar algum procedimento ou via telefónica. Foi afixado na porta de entrada da USF um cartaz de divulgação (apêndice X). Foram entregues convites para os utentes participarem na sessão (apêndice XII).

A atividade foi realizada no dia 23 de Janeiro de 2020, com início por volta das 10 horas e 30 minutos. Compareceram para a atividade 10 utentes.

Esta consistiu numa apresentação, com recurso a diapositivos onde foram colocadas algumas questões sobre os cuidados que têm no dia-a-dia com a alimentação, a prática de atividade física, cuidados com os pés, escolha dos alimentos, toma da medicação. Os participantes responderam livremente e de forma bastante ativa às questões colocadas, partilhando experiências e esclarecendo dúvidas. De seguida, foi abordado o tema do rótulo dos alimentos, onde foi entregue um descodificador de rótulos plastificado (apêndice XIII) para que possam trazer na carteira e foi realizada a análise de alguns rótulos, em grupo, com recurso ao descodificador. Por último, foram colocadas algumas questões de verdadeiro ou falso, com vista a consolidar a informação transmitida ao longo da sessão e validar os conhecimentos. Os diapositivos podem ser consultados no apêndice XIV. Os temas abordados foram a importância da prática de atividade física, da alimentação saudável e equilibrada e da toma regular da medicação para o controlo da DM e cuidados e estratégias para promover o autocuidado e prevenir complicações. Como síntese das principais ideias apresentadas, foi distribuído a cada participante o folheto sobre a importância da atividade física, apresentado na atividade 1 e um folheto sobre como ler o rótulo dos alimentos (apêndice VIII). Para a realização do folheto sobre a leitura do rótulo dos alimentos, contou-se com a parceria da nutricionista da União das Juntas

de Freguesia de Algés, Linda-a-Velha e Cruz-Quebrada/Dafundo, que também esteve presente na sessão. O folheto sobre como ler o rótulo dos alimentos aborda a importância e utilidade dos rótulos, os constituintes de um rótulo, o significado de alguns símbolos presentes nas embalagens e alguns alertas.

Após terminada a sessão, foi aplicado o questionário de avaliação da atividade (apêndice IX).

Com esta sessão, pretendia-se que os utentes identificassem a importância da atividade física, da alimentação e da medicação como intervenções fundamentais no controlo da DM tipo 2 e que os utentes identificassem estratégias de autocuidado para a gestão da sua doença.

6. Avaliação

A avaliação constitui a última etapa do planeamento em saúde e pretende verificar e comparar os progressos alcançados com a situação inicial e os objetivos e metas definidos (Imperatori & Giraldes, 1993). A avaliação, apesar de ser a última etapa do processo, encontra-se ligada à primeira fase, havendo por vezes necessidade de se reformularem ou atualizarem diagnósticos (Imperatori & Giraldes, 1993) e de haver um novo processo de planeamento, tendo em consideração as melhorias e correções indicadas pela avaliação concretizada (Nunes, 2016).

A avaliação deste projeto foi realizada tendo em consideração os objetivos definidos, os indicadores de atividade e os indicadores de processo.

No que concerne aos indicadores de atividade, foram efetivadas o número de atividades previstas (4/4): sessão de educação para a saúde “Importância da atividade física no idoso com diabetes”, “caminhada do dia mundial da diabetes”, sessão de educação para a saúde individualizada e sessão de educação para a saúde “vamos falar sobre diabetes?”. De um modo geral, a taxa de participação nas atividades e a satisfação com as atividades realizadas atingiu as metas definidas, tal como se pode consultar na Tabela 10. As taxas alcançadas foram na sua grande maioria superiores ao esperado, verificando-se apenas na participação na atividade 4 que igualou o que era pretendido. Gostaria apenas de salientar a grande dificuldade sentida na convocação dos participantes. Apesar de serem na sua maioria reformados, senti grande resistência por parte dos idosos em comparecerem nas atividades.

Tabela 10 – Avaliação dos indicadores de atividade

Indicador: Percentagem de atividades realizadas	
(Número de atividades concretizadas / Número de atividades previstas) x 100	Meta: 75%
(4/4) x 100	Obtido: 100%
Indicador: Percentagem de participantes presente na atividade 1	
(Número de participantes que participaram na atividade 1 / Número de participantes convocados) x 100	Meta: 50%
(8/10) x 100	Obtido: 80%
Indicador: Percentagem de participantes presente na atividade 2	
(Número de participantes que participaram na atividade 2 / Número de participantes convocados) x 100	Meta: 50%
(8/10) x 100	Obtido: 80%
Indicador: Percentagem de participantes presente na atividade 3	
(Número de participantes que participaram na atividade 3 / Número de participantes convocados) x 100	Meta: 50%
(16/20) x 100	Obtido: 80%
Indicador: Percentagem de participantes presente na atividade 4	
(Número de participantes que participaram na atividade 4 / Número de participantes convocados) x 100	Meta: 50%
(10/20) x 100	Obtido: 50%
Indicador: Percentagem de participantes satisfeitos com a atividade 1	
(Número de participantes que referiu satisfação com a atividade 1 / Número de participantes na atividade) x 100	Meta: 75%
(7/8) x 100	Obtido: 87,5%
Indicador: Percentagem de participantes satisfeitos com a atividade 2	
(Número de participantes que referiu satisfação com a atividade 2 / Número de participantes na atividade) x 100	Meta: 75%
(8/8) x 100	Obtido: 100%
Indicador: Percentagem de participantes satisfeitos com a atividade 3	
(Número de participantes que referiu satisfação com a atividade 3 / Número de participantes na atividade) x 100	Meta: 75%
(16/16) x 100	Obtido: 100%
Indicador: Percentagem de participantes satisfeitos com a atividade 4	
(Número de participantes que referiu satisfação com a atividade 4 / Número de participantes na atividade) x 100	Meta: 75%
(10/10) x 100	Obtido: 100%

Dada a curta duração do projeto, apenas foi possível avaliar os indicadores de resultado através dos questionários aplicados em cada sessão. Não foi possível

verificar se houve mudança de comportamentos induzida pelas intervenções efetuadas.

No final das atividades 1, 2 e 4 foram aplicados questionários de avaliação, para perceber se os principais conteúdos abordados foram assimilados. A avaliação do impacto imediato da prática de atividade física na redução da glicémia capilar foi feita pela pesquisa da glicémia capilar antes e após a atividade 2.

Relativamente à avaliação da glicémia capilar, dos 8 utentes que participaram na atividade, todos concordaram em realizar a avaliação da glicémia capilar antes e após a sessão de atividade física. Verificou-se que em 100% dos participantes houve redução dos valores de glicémia capilar, sendo a descida mais baixa registada de 7mg/dl e a mais alta de 113 mg/dl. A média registada para a descida dos valores de glicémia capilar foi de 55,5 mg/dl.

Tal como se pode consultar na Tabela 11, foram atingidas todas as metas inicialmente delineadas para este projeto. Na sua maioria, as taxas obtidas foram bastante superiores ao que se esperava e apenas o indicador que avaliava a percentagem de participantes que identifica cuidados necessários para a prática de atividade física igualou a meta pretendida.

Tabela 11 – Avaliação dos indicadores de resultado

Indicador: Percentagem de participantes com redução da glicémia capilar como consequência da prática de atividade física	
(Número de participantes com redução da glicémia capilar após atividade física / Número de participantes presente na atividade) x 100	Meta: 50%
(8/8) x 100	Obtido: 100%
Indicador: Percentagem de participantes que enumera benefícios da prática de atividade física	
(Número de participantes que enumera 2 benefícios da prática de atividade física / Número de participantes presente na atividade) x 100	Meta: 50%
(5/8) x 100	Obtido: 62,5%
Indicador: Percentagem de participantes que identifica a importância da atividade física no controlo da DM	
(Número de participantes que reconhece a prática de atividade física como importante no controlo da DM/ Número de participantes presente na atividade) x 100	Meta: 50%
Atividade 1: (8/8) x 100	Obtido: 100%
Atividade 2: (8/8) x 100	Obtido: 100%
Indicador: Percentagem de participantes que identifica cuidados necessários para a prática de atividade física	

(Número de participantes que identifica 2 cuidados necessários para a prática de atividade física / Número de participantes presente na atividade) x 100	Meta: 50%
(4/8) x 100	Obtido: 50%
Indicador: Percentagem de participantes que identifica estratégias para um estilo de vida mais ativo	
(Número de participantes que identifica 2 estratégias que permitam um estilo de vida mais ativo / Número de participantes presente na atividade) x 100	Meta: 50%
(6/8) x 100	Obtido: 75%
Indicador: Percentagem de participantes que considera que o controlo da diabetes <i>mellitus</i> não depende apenas da medicação, mas também da alimentação e da prática de atividade física	
(Número de participantes que consideram a atividade física, a alimentação e a medicação como importantes na gestão da DM tipo 2 / Número de participantes presente na atividade) x 100	Meta: 50%
(10/10) x 100	Obtido: 100%
Indicador: Percentagem de participantes que identifica estratégias de autocuidado para a gestão da sua DM tipo 2	
(Número de participantes que identifica 2 estratégias de autocuidado para a gestão da diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 / Número de participantes presente na atividade) x 100	Meta: 50%
(8/10) x 100	Obtido: 80%

Para um melhor enriquecimento deste projeto deveria ser realizada uma avaliação dos resultados a longo prazo, para se conhecerem as mudanças nas práticas do idoso com DM tipo 2 ao nível da atividade física e da gestão da sua doença, percebendo a eficácia e adequação das atividades realizadas. Tal como foi referido anteriormente, esta avaliação não foi possível dadas as limitações temporais.

Considero que a continuidade deste projeto constituiria uma mais-valia para estes idosos e que esta avaliação a longo prazo seria de extrema importância para dar seguimento ao plano de cuidados de cada um dos participantes.

No entanto e apesar desta limitação, considero que este projeto tem uma avaliação positiva. Embora a amostra seja muito reduzida e não seja possível generalizar os seus resultados, considero que os dados obtidos indicam ganhos em saúde para estes idosos e a sua continuidade poderia trazer muitos benefícios e ganhos em saúde para esta população.

CAPÍTULO III - COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS ENQUANTO FUTURA ENFERMEIRA ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Ao longo deste percurso, foi possível o desenvolvimento de várias competências, nomeadamente, ao nível das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019), das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (Regulamento n.º 428/2018, 2018) e das competências enquanto Mestre em Enfermagem Comunitária (DGES, 2011).

Neste sentido, a realização deste trabalho, tendo por base a metodologia do planeamento em saúde, permitiu a identificação do estado de saúde de um grupo, através do diagnóstico de situação, com a identificação e priorização dos seus principais problemas, para que posteriormente fossem estabelecidos objetivos e estratégias de atuação, adequados à individualidade da situação e das pessoas envolvidas, com base nos recursos disponíveis (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Desta forma, a aplicação dos conhecimentos adquiridos e a capacidade de tomada de decisão necessárias ao longo deste processo constituem competências enquanto EEEC e Mestre. O conhecimento da pessoa/grupo ou comunidade permite uma resposta mais adequada às necessidades, com base no cuidado centrado na pessoa.

Considero que ao longo deste processo de formação, com início na vertente mais teórica e que culminou com a realização do estágio e posterior realização deste relatório, foi promotora de um processo de autoaprendizagem, de reflexão, questionamento e (re)conhecimento do meu eu, maximizando o meu desempenho. (DGES, 2011; Regulamento nº 140/2019, 2019).

Tendo como base o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento nº 140/2019, 2019), o projeto VASelfCare já havia sido aprovado pela comissão de ética e os instrumentos de colheita de dados tinham tido autorização pelos seus autores para serem utilizados, tendo sido desta forma garantidos os pressupostos éticos e legais. Aos participantes, na fase de colheita de dados, foi garantido o anonimato e solicitada a sua participação de forma livre, informada e esclarecida e foi assinado um consentimento informado.

Relativamente ao domínio da gestão dos cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019), contou-se com a parceria da assistente social e da nutricionista das juntas de

freguesia de Algés, Linda-a-Velha e Cruz-Quebrada/Dafundo, num contexto de partilha de funções, conhecimentos e competências, que se complementaram. A gestão dos recursos existentes constituiu uma mais-valia e enriqueceu o trabalho e as intervenções realizadas, tendo como objetivo garantir a qualidade dos cuidados. O trabalho em equipa multidisciplinar, de acordo com os descritores de Dublin (DGES, 2011), reforça a necessidade de se saberem compreender e aplicar conhecimentos, permitindo dar resposta aos problemas, em situações e contextos diferentes do habitual.

Ao nível do domínio da melhoria contínua da qualidade (Regulamento nº 140/2019, 2019), foi concretizada uma prática baseada na evidência, pela procura e mobilização de conhecimentos, promovendo a qualidade dos cuidados. Senti necessidade de uma atualização dos conhecimentos pela leitura de bibliografia atualizada e dirigida ao problema em estudo. Por outro lado, a realização da revisão *scoping* permitiu conhecer o “estado de arte” do problema em estudo. Tive também oportunidade de participar nas 1as Jornadas de Enfermagem Comunitária da ESEL – Saúde e Sociedade: Pensar a enfermagem comunitária no século XXI, onde apresentei um poster intitulado “Promoção do autocuidado na pessoa idosa com diabetes *mellitus* tipo 2 – diagnóstico de situação”, de apresentar um poster no dia da ESEL e participar nas 1as Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no Contexto atual dos Cuidados de Saúde.

Com a realização deste trabalho, pude desenvolver a investigação, uma das competências descritas pelos descritores de Dublin (DGES, 2011). Por um lado, ao participar no projeto VASelfCare, na fase de colheita de dados, pela aplicação dos vários instrumentos de colheita de dados e ao inserir os dados no *software* SPSS. Por outro lado, ao fazer a análise descritiva dos dados obtidos, através do *software* SPSS, o que me fez pesquisar e aprender a utilizar este programa. A realização da revisão *scoping*, já anteriormente referida, contribuiu também para um melhor conhecimento e utilização das bases de dados.

Por último, este trabalho possibilitou-me o desenvolvimento da capacidade de comunicação, tão importante na nossa profissão. As várias apresentações feitas e os trabalhos escritos foram cruciais para conseguir organizar e sintetizar conhecimentos e pensamentos, transmitindo maior segurança e capacidade na transmissão dessa informação, de forma clara e sem ambiguidades (DGES, 2011).

CAPÍTULO IV: CONCLUSÃO

A DM constitui uma das principais DNTs e um dos principais desafios deste século e o autocuidado é uma ferramenta essencial para uma adequada gestão destas doenças. O desenvolvimento de competências para o autocuidado no idoso com DM é muito importante, contribuindo para menos riscos de complicações relacionadas com a doença, menos internamentos, maior qualidade de vida e mais ganhos em saúde.

A literatura tem referido a LS como um fator relevante e influente na DM. A LS constitui uma ferramenta essencial na capacitação da população. Desta forma, considerando que a pessoa com DM tem frequentemente um baixo nível de LS é crucial que se reforcem e potenciem os seus conhecimentos e comportamentos, no sentido de melhor conseguir lidar com a sua doença, identificar os sinais e sintomas de alarme, controlar a sua glicémia, adotar comportamentos saudáveis e a ter mais autoconfiança na gestão da doença.

Com a elaboração deste projeto, seguindo a metodologia do planeamento em saúde, foi possível avaliar o estado de saúde de um grupo de pessoas idosas com DM tipo 2. Para a realização do diagnóstico de situação, foram aplicados os vários instrumentos de colheita de dados. Os principais problemas encontrados com a amostra prendem-se com a prática de atividade física, os baixos níveis de LS, o regime alimentar e o regime medicamentoso.

A metodologia do planeamento em saúde é um processo contínuo e dinâmico que permite procurar a resolução de um problema da comunidade, tendo em conta as suas características, a sua realidade, os seus constrangimentos.

A enfermagem constitui um sistema de apoio na identificação das capacidades e necessidades da pessoa idosa e na aquisição de habilidades para reduzir o seu défice de autocuidado. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária detém um papel fundamental enquanto elemento potenciador de ganhos em saúde e as suas competências permitem contribuir para a capacitação do autocuidado e ativação de um grupo de pessoas idosas com DM tipo 2.

Não é fácil fazer com que as pessoas alterem o seu estilo de vida e adotem atividades de autocuidado ao nível da alimentação saudável e equilibrada e da atividade física, tal como é referido por Eckerling & Kohrs (1984) e por Franz & Evert (2012). São várias as causas apontadas pelas pessoas para descurem estas necessidades. É essencial o conhecimento da população, para que tendo em conta

as suas características e necessidades se possam planear e desenvolver estratégias de atuação contínuas e flexíveis, para dar resposta aos objetivos pretendidos.

Ao longo do percurso houve, contudo, algumas limitações que gostaria de ressaltar. A primeira limitação, prende-se com o tempo para a realização do projeto, o que de certa forma condicionou o planeamento das atividades e a sua avaliação a longo prazo, não permitindo avaliar se as intervenções realizadas levaram ou não à alteração do comportamento dos participantes. Uma outra limitação diz respeito ao reduzido tamanho da amostra, o que limita a generalização dos resultados para a população.

No entanto, pode-se concluir que o projeto foi positivo e possibilitou a promoção da literacia em saúde para promover o autocuidado e a gestão da DM tipo 2 num grupo de idosos, com conhecimentos e estratégias adequados sobre a prática da atividade física e outros cuidados específicos a ter com a doença.

CAPÍTULO V: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Advinha, A. M.; Henriques, A.; Guerreiro, M. P.; Nunes, C.; Lopes, M. J. & de Oliveira-Martins, S. (2016). Cross-cultural validation of the Drug Regimen Unassisted Grading Scale (DRUGS) to assess community-dwelling elderly's ability to manage medication. *European Geriatric Medicine*, 7(5), 424–429. Acedido em: 27/06/2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.04.002>
- APDP (s.d.). Tratamento. Acedido em: 19/03/2019. Disponível em: <https://www.apdp.pt/diabetes/tratamento>
- Araújo, F.; Ribeiro, J. L. P.; Oliveira, A. & Pinto, C. (2007a). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, 25(2), 59–66. Acedido em: 26/06/2019. DOI: <https://doi.org/10.1145/1854776.1854834>
- Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2007b). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.217-220). Lisboa, PT: ISPA
- Bastos, F.; Severo, M. & Lopes, C. (2007) - Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Médica Portuguesa*, 20(1), 11- 20
- Cavanaugh, K. (2011). Health literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment. *Diabetes Manag (Lond)*. 1(2), 191–199. Acedido em: 24/04/2019. DOI: [doi:10.2217/dmt.11.5](https://doi.org/10.2217/dmt.11.5)
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). *CIPER Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Dias, V.P.; Silveira, D.T. & Witt, R.R. (2009). Educação em saúde: protocolo para o trabalho de grupos em Atenção Primária à Saúde. *Rev APS*, 12(2), 221-227. Acedido em: 30/01/2020. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/index.php/aps/article/view/14261>
- Direção-Geral do Ensino Superior (2011). *O quadro de qualificações do ensino superior em Portugal*. Acedido em: 03/02/2020. Disponível em: https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-ees_0.pdf

- Direção-Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Acedido em: 19/03/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Norma nº 002/2011: Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*. Acedido em: 23/03/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes/norma-da-direccao-geral-da-saude-n-0022011-de-14012011-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. Acedido em: 16/04/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pelo-governo.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Acedido em: 13/05/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (s.d.). *A Promoção da Saúde - A Carta de Ottawa*. Acedido em: 11/04/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Eckerling, L. & Kohrs, M. (1984). Research on compliance with diabetic regimens: Applications to practice. *Journal of the American Dietetic Association*, 84(7), 805-809
- Eshet-Alkali, Y., & Amichai-Hamburger, Y. (2004). Experiments in Digital Literacy. *CyberPsychology & Behaviour*, 7(4), 421-429. Acedido em: 16/04/2019. Disponível em: www.kapelica.org/maver/main.htm
- Espanha, R.; Ávila, P. & Mendes, R.V. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal - Relatório Síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Feo, R.; Conroy, T.; Alderman, J. & Kitson, A. (2017). Implementing fundamental care in clinical practice. *Nursing Standard*, 31(32), 52-61. Acedido em: 20/03/2019. DOI: <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10765>
- Franz, M. & Evert, A. (2012). *American Diabetes Association Guide to Nutrition Therapy for Diabetes*. 2ed. Alexandria, VA: American Diabetes Association
- Guerreiro, M.; Silva, A. P.; Botelho, M. A.; Leitão, O.; Castro-Caldas, A. & Garcia, C. (1994). Adaptação a população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10

- Hendrieckx, C; Halliday, J.A.; Beeney, L.J.; Speight, J. (2016). *Diabetes and emotional health: a handbook for health professionals supporting adults with type 1 or type 2 diabetes*. Canberra: National Diabetes Services Scheme
- Imazu, M.F.M.; Faria, B.N.; Arruda, G.O.; Sales, C.A. & Marcon, S.S. (2015). Efetividade das intervenções individual e em grupo junto a pessoas com diabetes tipo 2. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2N3(2), 200-207. Acedido em: 10/02/2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0247.2543>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública
- INE (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*. 1-19. Acedido em: 10/05/2019. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUES_dest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2
- INE (2018). *Tábuas de Mortalidade 2015 - 2017*. 1-10. Acedido em: 10/05/2019. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUES_dest_boui=316115016&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. Lisboa: INSA IP. Acedido em: 23/03/2019. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4115/3/1_INSEF_rel%C3%B3rio_estado-de-saude.pdf
- Kitson, A.; Conroy, T.; Wengstrom, Y.; Profetto-McGrath, J. & Robertson-Malt, S. (2010). Defining the Fundamentals of Care. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), 423-434. Acedido em: 20/03/2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x>
- Kitson, A.; Conroy, T.; Kuluski, K.; Locock, L. & Lyons, R. (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. Adelaide: School of Nursing, the University of Adelaide
- Kitson, A. (2016). Why Do We Need to Study the Fundamentals of Care?. *Nursing Leadership*, 29(1), 10–16. Acedido em: 20/03/2019. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/6b70/b3e698a33e34a6d22d3a56231e6182d92458.pdf>
- Kralik, D.; Price, K. & Telford, K. (2010). The meaning of self-care for people with chronic illness. *Journal Nurse Health Chronic Illn*, 2(3), 197-204

- Lassiter, P. (1999). Abordagens de Grupo em Saúde Comunitária. In M., Stanhope & J., Lancaster. *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (capítulo 23, pp.471-490) (4ª ed.). Lisboa: Lusociência
- Loureiro, A. & Rocha, D. (2012). Literacia Digital e Literacia da Informação - Competências de uma era digital. In Matos, J. et al. (Eds.) *Atas do ticEDUCA2012 - II Congresso Internacional TIC e Educação*, 2726-2738. Lisboa: Instituto de Educação da Universidade de Lisboa
- Nabais, J.M.V. (2016). *Educação para a saúde – um dos pilares fundamentais na prevenção e tratamento de doenças crónicas*. Acedido em: 07/02/2020. Disponível em: <https://forumsaudexxi.pt/educacao-para-a-saude-um-dos-pilares-fundamentais-na-prevencao-e-tratamento-de-doencas-cronicas/>
- Nunes, M.L. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as ferramentas de auxílio*. Lisboa: Chiado Editora
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. *Divulgar*, 1-24
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Os Enfermeiros e... a Educação para a Saúde... Educação para a Saúde, um aliado para a mudança de comportamentos!*. Acedido em: 07/02/2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3889/25set2011.pdf>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis, MO: Mosby
- Paiva, D.; Silva, S.; Severo, M.; Moura-Ferreira, P.; Lunet, N. & Azevedo, A. (2017). Limited Health Literacy in Portugal Assessed with the Newest Vital Sign. *Acta Medica Portuguesa*, 30(12), 861–869. Acedido em: 03/07/2019. DOI: <http://doi.org/10.20344/amp.9135>
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*, 178p., Londres: Heinemann Nursing
- Pereira, M.daG.; Pedras, S. & Machado, J. C. (2013). Validação do Questionário Crenças acerca da Medicação em Pacientes Diabéticos Tipo 2 - Validation of the Questionnaire on Beliefs about Medication with Type 2 Diabetic Patients. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(2), 229–236
- PORDATA (2016). *Retrato de Portugal. Edição 2016*. Lisboa
- Regulamento n.º 428/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República*, 2ª Série (Nº 135 de 16 de

- Julho de 2018), 19354-19359. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115698616/details/normal?l=1>
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série II (Nº 26/2019 de 06 de Fevereiro de 2019), 4744 - 4750. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1>
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde - instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto
- Santos, R.; Azevedo, J.; Pedro, L. (2016). Literacia(s) digital(ais): definições, perspetivas e desafios. *Media & Jornalismo*, 15(27), 17-44. Acedido em: 06/03/2019. Disponível em: <https://impactum-journals.uc.pt/mj/article/view/3485>
- Self Care Forum (2019). *What do we mean by self care and why is it good for people?*. Acedido em: 23/03/2019. Disponível em: <http://www.selfcareforum.org/about-us/what-do-we-mean-by-self-care-and-why-is-good-for-people/>
- Shuster, G. F. & Goepfinger, J. (1999). A comunidade como cliente: a utilização do processo de enfermagem na promoção da saúde. In M., Stanhope & J., Lancaster. *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (capítulo 15, pp.311-340) (4ª ed.). Lisboa: Lusociência
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2015). *Definição, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*. Acedido em: 06/03/2019. Disponível em: <https://bit.ly/2HNhPzX>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016). *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Acedido em: 19/03/2019. Disponível em: https://www.apdp.pt/images/com_arismartbook/download/43/DFN-2016.pdf
- Sørensen, K.; den Broecke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z. (...) & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. Acedido em: 20/03/2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K.; Pelikan, J. M.; Röthlin, F.; Ganahl, K.; Slonska, Z.; Doyle, G., (...) & Helmut Brand. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. Acedido em: 20/03/2019. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

- Tanqueiro, M.T.O.S. (2013). A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência* [online], serIII(9), 151-160. ISSN 0874-0283. Acedido em: 24/04/2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1202>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde
- The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. South Australia: The Joanna Briggs Institute
- Tol, A.; Alhani, F.; Shojaeazadeh, D.; Sharifirad, G. & Moazam, N. (2015). An empowering approach to promote the quality of life and self-management among type 2 diabetic patients. *Journal of education and health promotion*, 4(13). Acedido em: 24/04/209. DOI: <https://dx.doi.org/10.4103%2F2277-9531.154022>
- White, R.; Wolff, K.; Cavanaugh, K. & Rothman, R. (2010). Addressing Health Literacy and Numeracy to Improve Diabetes Education and Care. *Diabetes Spectrum*, 23(4), 238-243. Acedido em: 24/04/2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.2337%2Fdiaspect.23.4.238>
- World Health Organization (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido em: 10/05/2019. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- World Health Organization (2009). Self-care in the Context of Primary Health Care. *Report of the Regional Consultation Bangkok, Thailand*, 7–9. Acedido em: 24/04/2019. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/206352>
- World Health Organization (2013). *Health literacy: The solid facts*. Acedido em: 16/04/2019. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- World Health Organization (2015a). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Acedido em: 10/05/2019. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6
- World Health Organization (2015b). *Ageing*. Acedido em 10/05/2019. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/en/>
- World Health Organization (2016). *Global Report on Diabetes*. 1-88. Geneva: World Health Organization. Acedido em: 24/04/2019. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=7E78F6A6E1673DB5DEBB37D09C03B77C?sequence=1

World Health Organization (2018a). *Noncommunicable diseases and their risk factors*.

Acedido em: 11/04/2019. Disponível em:

<https://www.who.int/ncds/introduction/en/>

World Health Organization (2018b). *Diabetes*. Acedido em: 23/03/2019. Disponível em:

<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

ANEXOS

ANEXO I - Parecer da comissão de ética

Exma. Senhora

Dr.ª Mara Pereira Guerreiro

mara.guerreiro@esel.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		6104/CES/2018	22.06.2018

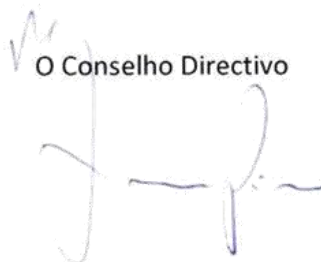
Assunto: Virtual assistant to facilitate self-care of older people with type 2 diabetes (VASelfCare).

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação do dia 06.04.2018, pelo procedimento de votação elctónica, tendo sido emitido um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

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

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo


APÊNDICES

APÊNDICE I - *Scoping Review*

Intervenções de enfermagem que promovem a literacia em saúde e facilitam o autocuidado no idoso com DM tipo 2, em cuidados de saúde primários: uma revisão *scoping*

Questão: Que intervenções de enfermagem podem promover a literacia em saúde (LS) e facilitar o autocuidado no idoso com DM tipo 2, em cuidados de saúde primários?

Objetivo: Mapear a literatura existente sobre as intervenções de enfermagem promotoras da literacia em saúde no idoso com DM tipo 2 e que facilitam o seu autocuidado, em cuidados de saúde primários

Palavras-chave: Idoso; DM tipo 2; intervenções de enfermagem; literacia em saúde; autocuidado; cuidados de saúde primários

Background

O envelhecimento consiste num processo gradual, que vai ocorrendo ao longo da vida da pessoa e onde ocorrem uma série de mudanças (perdas biológicas, mudança de papéis e de posições sociais) (WHO, 2015a). Em Portugal considera-se idoso a pessoa que tem 65 anos ou mais (PORDATA, 2016). Uma população envelhecida acarreta novos desafios aos serviços de saúde e à sociedade e requer uma adaptação e adequação dos cuidados de saúde (WHO, 2015b). O aumento da esperança média de vida e conseqüente envelhecimento das populações em associação com a elevada prevalência de doenças não transmissíveis (DNTs) acarreta conseqüências negativas para a saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade, sendo cada vez mais imperativos cuidados de saúde mais especializados. Estes cuidados constituem uma ameaça para o sistema de saúde, carecendo de maior vigilância, mais internamentos, mais tratamentos, mais custos. Deste modo, a sua prevenção e controlo é crucial (WHO, 2018).

A Diabetes *Mellitus* (DM), a DPOC, as neoplasias e as doenças cardiovasculares constituem as principais DNTs e são responsáveis por cerca de 70% das mortes que acontecem no mundo (WHO, 2018). Os seus principais fatores de risco são a alimentação não saudável, a inatividade física, o consumo de álcool e o consumo de tabaco, que têm contribuído para um aumento exponencial destas doenças (WHO, 2018).

Dados do 1º INSEF realizado em 2015 (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2016) mostram-nos que a DM é um problema de saúde pública e a progressão desta doença pode trazer consequências graves. A DM é uma doença crónica, frequente na nossa sociedade e que atinge tanto homens como mulheres, em todas as idades, sendo que a sua prevalência vai aumentando com a idade (SPD, 2016).

No ano de 2015, em Portugal, a DM abrangia cerca de 13,3% das pessoas entre os 20 e os 79 anos (SPD, 2016). De acordo com o INSEF de 2015 (INSDRJ, 2016), a prevalência mais elevada verificou-se para os indivíduos entre os 65 e os 74 anos (23,8%) e a mais baixa entre os 35 e os 44 anos (0,9%). A SPD (2016) refere ainda que as pessoas obesas (IMC \geq 30) têm uma prevalência quatro vezes maior de DM do que as pessoas com IMC normal (IMC < 25).

A DM pode provocar, a longo prazo, danos, disfunção e falência de vários órgãos (SPD, 2015) e constitui a principal causa de cegueira, insuficiência renal e amputação dos membros inferiores (SPD, 2016). Para além de todo o sofrimento humano que a DM pode causar, as suas complicações a nível económico são também muito significativas, com gastos a nível dos cuidados de saúde, perda de produtividade e oportunidades de desenvolvimento económico perdidas (SPD, 2016).

Neste sentido, torna-se fundamental a promoção do autocuidado na pessoa doente, que pelo seu envolvimento na gestão da sua situação de saúde, pela promoção de uma melhor adaptação e gestão da sua doença vai trazer inúmeros benefícios. Tanqueiro (2013) refere que o desenvolvimento de competências para o autocuidado em idosos diabéticos é de extrema importância, uma vez que as suas necessidades de saúde estão em constante alteração, requerendo práticas sempre renovadas de cuidados à saúde.

Deste modo, tendo em conta que o autocuidado é uma parte integrante dos cuidados de saúde primários (WHO, 2009) e que estes são essenciais no processo de melhoria dos resultados em saúde referentes à DM (WHO, 2016), o enfermeiro de saúde comunitária constitui um dos principais recursos de saúde na comunidade para a promoção e manutenção do autocuidado à pessoa com DM tipo 2, pela sua constante interação com os utentes portadores de doença crónica (Kralik et al., 2010).

No Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015) também é reconhecida a importância da autonomia e responsabilização dos indivíduos pela sua saúde e pela saúde coletiva e propõe “a promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se

tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende” (p.14).

A LS é definida como “(...) people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgements and take decisions in everyday life concerning health care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course” (WHO, 2013, p.4). A LS implica para além dos conhecimentos, a aquisição de capacidades e habilidades individuais que permitam à pessoa confiança no seu processo de tomada de decisão, para manutenção ou melhoria da sua qualidade de vida.

No Relatório Literacia em Saúde em Portugal (Espanha et al., 2016) foram identificados os grupos mais vulneráveis de LS em Portugal, entre os quais podemos encontrar “indivíduos com 66 ou mais anos; com baixos níveis de escolaridade; (...) com doenças prolongadas; com uma auto-percepção de saúde “má”; (...) que se sentem limitados por terem alguma doença crónica” (p.13), entre outros.

A literatura tem vindo a referir a LS como um dos fatores relevantes e determinantes para a DM. Tem-se verificado que é frequente um baixo nível de LS nas pessoas com DM, associada à falta de conhecimentos sobre a doença e os seus sintomas e à autoeficácia e a comportamentos de autocuidado (Cavanaugh, 2011). Deste modo, as pessoas com DM e com uma LS limitada são mais propensas a ter um conhecimento mais pobre sobre a doença e na identificação dos sintomas associados, têm maior dificuldade na interpretação de rótulos alimentares e em calcular o tamanho das porções, têm um controlo glicémico mais pobre, menos autoconfiança nos comportamentos de autogestão e existe uma pior comunicação com os profissionais de saúde (White et al., 2010).

De acordo com a Carta de Ottawa (DGS, s.d.) um dos objetivos da promoção da saúde é a capacitação das populações com vista à realização do seu potencial de saúde. Para que as pessoas sejam capazes de controlar os fatores que determinam a sua saúde é necessária “uma sólida implantação num meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis” (DGS, s.d., p.2).

Uma pesquisa preliminar realizada na JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports e na base de dados Cochrane, revelou que nos últimos anos não foram efetuadas *Scoping Reviews* sobre como a literacia em saúde pode facilitar

o autocuidado no idoso com DM tipo 2, em cuidados de saúde primários. Consequentemente, decidiu-se realizar uma *Scoping Review*, orientada pela metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute for Scoping Reviews* (2015), com o objetivo de mapear a literatura existente sobre as intervenções de enfermagem promotoras da literacia em saúde no idoso com DM tipo 2 e que facilitam o seu autocuidado, em cuidados de saúde primários.

Estratégia de Pesquisa

Utilizando a estratégia *participants, concept e context* (PCC), foram incluídos na *scoping review* estudos que: a) quanto ao tipo de participantes, abordem o idoso; b) quanto ao conceito, abordem a literacia em saúde, o autocuidado, a diabetes *mellitus* tipo 2; c) quanto ao contexto, os cuidados de saúde primários; d) quanto ao tipo de estudos, foram considerados todos os tipos de estudos (primários e secundários) qualitativos, quantitativos e mistos.

A pesquisa foi realizada nos meses de Abril e Maio de 2019, tendo-se adotado a estratégia de pesquisa das três etapas (The Joanna Briggs Institute, 2015): 1) Pesquisa inicial, relativa à temática em estudo, no Google e na base de dados EBSCOhost, pesquisando pelas palavras-chave, de forma a identificar os resultados relacionados com a temática em questão; 2) Segunda pesquisa, na base de dados EBSCO, empregando as ferramentas de pesquisa CINAHL *Complete* (Tabela 3) e MEDLINE *Complete* (Tabela 2) separadamente, usando todas as palavras-chave e pesquisando os termos indexados que podem ser consultados na Tabela 1; 3) As referências bibliográficas de todos os resultados foram analisadas para identificar estudos adicionais. Foram considerados para inclusão nesta revisão estudos escritos em português, inglês e espanhol, independentemente do ano de publicação.

Toda a revisão *scoping* foi realizada apenas por um revisor que analisou a relevância dos artigos para a revisão, baseado nas informações dadas pelo título e resumo. Foi conseguido o acesso ao artigo completo de todos os estudos que cumpriam os critérios para serem incluídos na revisão. O texto completo dos artigos selecionados foi apenas examinado por um revisor, assim como a identificação de outros estudos a partir das listas das referências bibliográficas.

Tabela 1 - Palavras-chave e termos indexados

Palavras-chave	Termos indexados
Idoso (old OR Elderly OR old*)	

Literacia em Saúde (<i>Health Literacy</i>)	(MH "Health Literacy") OR <i>Empowerment</i> OR <i>Patient Activation</i>
Diabetes <i>Mellitus</i>	(MH "Diabetes Mellitus") OR (MH "Diabetes Mellitus, Type 2") OR Diabetes
Intervenções de enfermagem (<i>Nursing intervention</i>)	nurs* OR <i>intervention</i> OR (MH "Nurse's Role")
Autocuidado (<i>Self Care OR Self management</i>)	
Cuidados de Saúde Primários (<i>Primary Health Care</i>)	<i>Home</i> OR <i>Community</i> OR <i>Primary Care</i> OR (MH "Primary Health Care")

Tabela 2 - Estratégia de pesquisa na base de dados MEDLINE *Complete*

Base de dados: MEDLINE <i>Complete</i>
Resultados: 23
Estratégia de pesquisa:
S1- nurs*
S2- intervention
S3- nursing intervention
S4- (MH "Nurse's Role")
S5- S1 OR S2 OR S3 OR S4
S6- health literacy
S7- empowerment
S8- patient activation
S9- (MH "Health Literacy")
S10- S6 OR S7 OR S8 OR S9
S11- diabetes Mellitus
S12- diabetes
S13- (MH "Diabetes Mellitus, Type 2") OR (MH "Diabetes Mellitus")

S14- S11 OR S12 OR S13
 S15- self management
 S16- self care
 S17- S15 OR S16
 S18- primary health care
 S19- home
 S20- community
 S21- primary care
 S22- (MH "Primary Health Care")
 S23- S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22
 S24- old
 S25- elderly
 S26- old*
 S27- S24 OR S25 OR S26
 S28- S14 AND S27
 S29- S5 AND S28
 S30- S10 AND S29
 S31- S17 AND S30
 S32- S23 AND S31

Tabela 3 - Estratégia de pesquisa na base de dados CINAHL *Complete*

Base de dados: CINAHL <i>Complete</i>

Resultados: 16

Estratégia de pesquisa:

S1- nurs*
 S2- intervention
 S3- nursing intervention
 S4- (MH "Nurse's Role")
 S5- S1 OR S2 OR S3 OR S4
 S6- health literacy
 S7- empowerment
 S8- patient activation
 S9- (MH "Health Literacy")
 S10- S6 OR S7 OR S8 OR S9
 S11- diabetes Mellitus
 S12- diabetes
 S13- (MH "Diabetes Mellitus, Type 2") OR (MH "Diabetes Mellitus")
 S14- S11 OR S12 OR S13
 S15- self management
 S16- self care
 S17- S15 OR S16

S18- primary health care
S19- home
S20- community
S21- primary care
S22- (MH "Primary Health Care")
S23- S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22
S24- old
S25- elderly
S26- old*
S27- S24 OR S25 OR S26
S28- S14 AND S27
S29- S5 AND S28
S30- S10 AND S29
S31- S17 AND S30
S32- S23 AND S31

Tal como apresentado na figura 1, a pesquisa identificou 39 estudos potencialmente relevantes. Foram aplicados os critérios de inclusão relativos ao idioma (português, inglês e espanhol), não havendo exclusões. Destes 39 estudos, foram excluídos 7 por duplicação, ficando 32 estudos, aos quais foi feita uma leitura do título e *abstract*, tendo sido excluídos 11 estudos por não se adequarem à temática. Foi incluído 1 estudo após leitura das referências bibliográficas. No final, após leitura na íntegra dos artigos, foram incluídos nesta revisão 13 estudos.

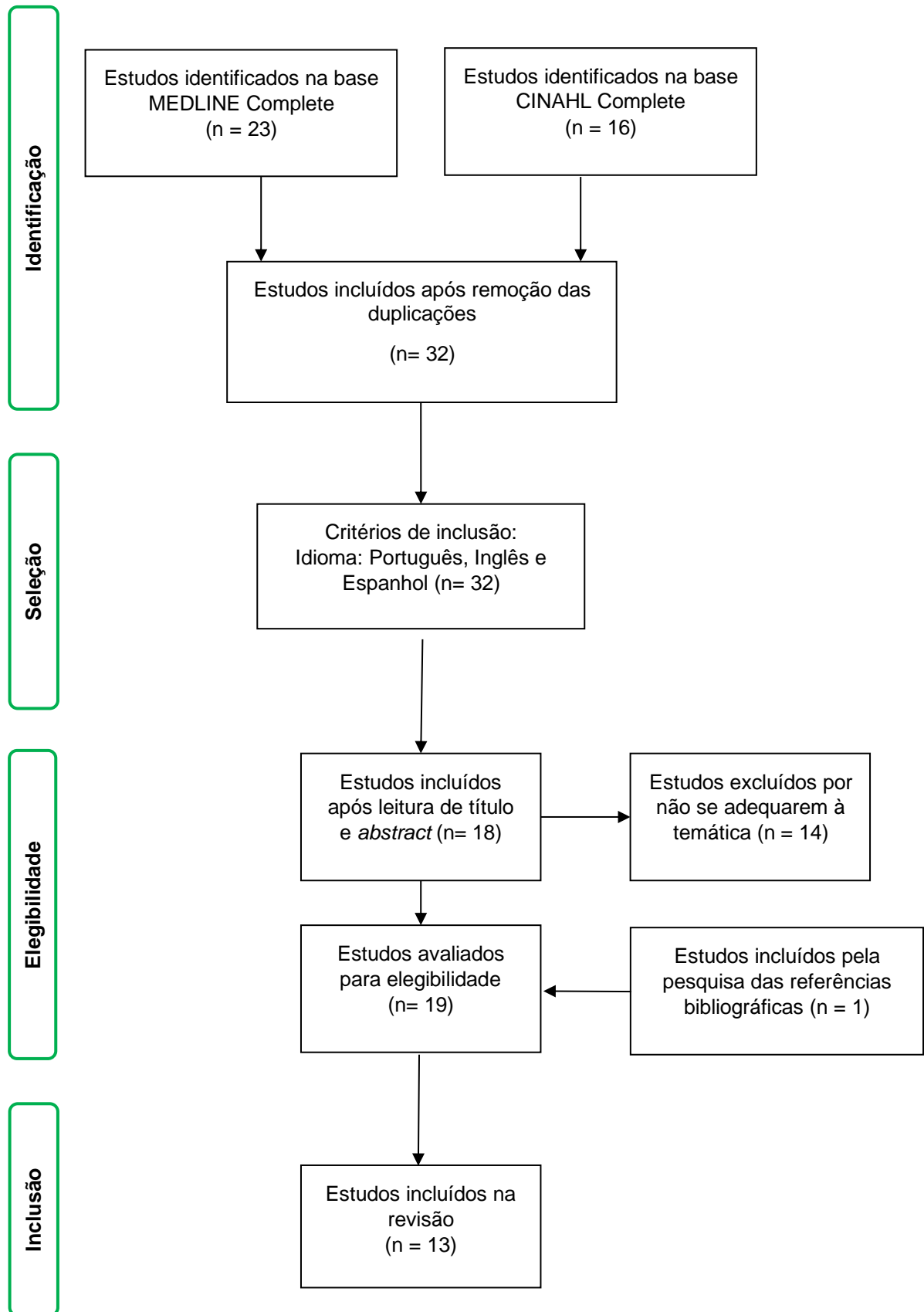


Figura 1 - Flow diagram da revisão *scoping* utilizando o PRISMA 2009

Extração de dados

Os dados foram extraídos por um revisor, usando um instrumento adaptado da grelha de extração proposta pelo The Joanna Briggs Institute (2015), que fosse ao encontro da questão e objetivo da revisão.

Tabela 4 - Grelha de extração dos dados (adaptada) proposta pelo Joanna Briggs Institute

Autores / Publicação (Ano)	Título	Local	Objetivo	População / Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões

Apresentação dos resultados

Os resultados extraídos da leitura dos 13 estudos podem ser consultados na Tabela 5.

Tabela 5 - Apresentação dos resultados

Autores Publicação (Ano)	Título	Local	Objetivo	População Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões
<p>Mike K.T. Cheunga; Sam C.C. Chanb; Anchor T.F. Hunga; Angela Y.M. Leungc; Albert Leed; Frank W.K. Chane; K.L. Chunge; Peter K.K. Poona; Chetwyn C.H. Chan</p> <p><i>Patient Education and Counseling</i> (2017)</p>	<p>A latent profile analysis on patient empowerment programme in a Hong Kong primary care setting</p>	<p>Hong Kong</p>	<p>Este estudo procura identificar os perfis dos subgrupos de utentes com diabetes tipo 2 (DM2) do Programa de capacitação (PEP) pelos diferentes níveis de benefícios obtidos nos comportamentos de autocuidado, autoeficácia e LS</p>	<p>Os critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais; ser diagnosticado com DM2; encaminhados por médicos das clínicas gerais ambulatórias para o PEP; e que se voluntariam para participar no estudo.</p> <p>Estudo não experimental</p>	<p>Os resultados revelaram que os participantes mais velhos, desempregados, com menos autocontrolo da doença e com uma maior autopercepção no risco de doenças pessoais são mais propensos a aderir às sessões de capacitação e ganham mais benefícios com o programa.</p> <p>Participantes com menor compromisso na função de energia e menor autonomia nos cuidados pessoais de saúde mostram mais resultados</p>	<p>O estudo identificou fatores significativos associados à participação e benefícios dos pacientes obtida a partir de um modelo de prestação de serviços integrando educação em saúde e capacitação nos cuidados de saúde primários.</p>
<p>Dominick L. Frosch; David Rincon; Socorro Ochoa; and Carol M. Mangione</p>	<p>Activating Seniors to Improve Chronic Disease Care: Results from a Pilot</p>	<p>Los Angeles</p>	<p>Avaliar o efeito de uma intervenção de ativação em centros comunitários de idosos para melhorar os resultados de saúde nas doenças crónicas que afetam</p>	<p>Idosos que usam regularmente os centros de idosos da comunidade para aceder a serviços e procurar apoio social</p>	<p>Os participantes que frequentam o centro sénior e foram encorajados, são mais propensos a participar em três ou mais projeções de grupo (77,8% vs 47,2%, P 5.001). Aos 6 meses de acompanhamento, os participantes de qualquer dos centros que compareceram a</p>	<p>Esta intervenção piloto nos centros de idosos é uma abordagem potencialmente promissora para ativar os idosos e que merece uma investigação mais aprofundada para</p>

<i>The American Geriatrics Society</i> (2010)	Intervention Study		desproporcionalmente e os idosos.	Estudo quase experimental	três ou mais rastreios de grupo (n = 74, 64%) relataram significativamente maior ativação (Po.001), mais minutos de caminhada (Po.001) envolvimento em atividade física vigorosa (P 5.006), e melhor qualidade de vida.	melhorar os resultados das doenças crónicas.
Marzieh Niknami, Ali Mirbalouchzehi, Iraj Zareban, Elahibakhsh Kalkalinia, Gasem Rikhtgarha and Hassan Hosseinzadeh <i>Australian Journal of Primary Health</i> (2018)	Association of health literacy with type 2 diabetes mellitus self-management and clinical outcomes within the primary care setting of Iran	Irão	Este estudo explora a potencial associação da LS com a autogestão da DM tipo 2 e os desfechos clínicos nos CSP do Irão	Os utentes têm de: ter diagnóstico de com DM2 há pelo menos 1 ano; 18 anos ou mais de idade; viver em Iranshar incluindo as suas áreas rurais; e não ter problemas de saúde mental. Estudo transversal	Aproximadamente metade dos participantes apresentava baixo nível de açúcar no sangue (FBS) (47,0%) e baixo controlo da hemoglobina A1c (HbA1c) (59,4%) e estavam acima do peso ou eram obesos (77,6%). O nível de LS era mau e a maioria dos participantes teve dificuldades em ler e/ou entender materiais hospitalares (66,0%) e materiais médicos (62,5%) e envolver-se em conversas médicas (63,7%). A LS poderia prever 22,5% de variância na dificuldade da autogestão da T2DM e variação de 3,8 a 23,3% nos desfechos clínicos da DM2 após o controlo dos fatores sócio-demográficos.	Participantes com maior LS eram mais propensos a achar que o tratamento da DM2 era menos desafiador e os seus resultados estavam dentro do intervalo normal. Isso implica que as intervenções que visam a LS do utente podem ser ferramentas promissoras para lidar com o problema da DM2.
Shoba Poduval; Saddif Ahmed; Louise Marston; Fiona Hamilton;	Crossing the Digital Divide in Online Self-Management Support: Analysis of	London, United Kingdom	Este estudo tem como objetivo determinar se havia evidência de uma divisão digital quando o HeLP-	Adultos com DM tipo 2	As características das pessoas que se registaram no programa refletiram as características da população-alvo. A média de idade foi de 58,4 anos (DP = 28,0), mais de 50,0% eram de	Este estudo é um dos primeiros a fornecer evidências de que uma intervenção digital de saúde pode ser integrada na rotina dos serviços de saúde sem

<p>Elizabeth Murray</p> <p><i>JMIR Diabetes</i></p> <p>(2018)</p>	<p>Usage Data From HeLP-Diabetes</p>		<p>Diabetes foi integrado nos cuidados de rotina. Isto foi conseguido (1) comparando as características das pessoas que se inscreveram no programa contra o população alvo (pessoas com diabetes tipo 2 no interior de Londres), (2) comparando as características das pessoas que o programa usou com aqueles que não o usaram, e (3) comparando seções do site visitado por diferentes grupos demográficos.</p>	<p>Análise retrospectiva de dados</p>	<p>etnia negra e minoritária e quase um terço (29,8%) não possuía qualificações além da idade escolar. Não houve associação entre características demográficas e uso do programa, além de evidência fraca de menos uso pelo grupo de etnia mista. Não houve evidência do uso diferencial do programa por qualquer grupo demográfico, além de evidências fracas para pessoas com diplomas e que abandonam a escola sendo mais propensos a usar as seções “Viver e trabalhar com diabetes” (P = 0,03) e “Tratar diabetes” (P = 0,04) do site.</p>	<p>aumentar as desigualdades em saúde. O sucesso relativo da intervenção pode ser atribuído à integração na rotina dos cuidados de saúde e um desenho cuidadoso com uma extensa contribuição do usuário e consideração dos níveis de LS. Os construtores de intervenções de saúde digital precisam reconhecer as barreiras ao acesso e uso (incluindo LS) e colher dados sobre o perfil demográfico dos usuários para reduzir as desigualdades na saúde com sucesso.</p>
<p>Takehiro Sugiyam; William Neil Steers; Neil S Wenger; Obidiugwu Kenrik Duru; and Carol M Mangione</p>	<p>Effect of a community-based diabetes selfmanagement empowerment program on mental health-related quality of life: a causal mediation</p>	<p>Los Angeles</p>	<p>Os objetivos deste estudo foram investigar o efeito de uma intervenção comunitária baseada na educação do autocuidado da diabetes (DSMEs)</p>	<p>Os participantes do estudo (n = 516) foram afro-americanos e latinos de 55 anos ou mais, com diabetes mal controlada (HbA1c \geq 8,0%), recrutados em</p>	<p>A diminuição ou melhoria da HbA1c no grupo de intervenção foi maior do que no grupo de controlo.</p> <p>A percepção dos participantes sobre o programa de capacitação no grupo de</p>	<p>Esta intervenção de capacitação do Estudo do Autocuidado na Diabetes teve um impacto positivo na QVRS mental não mediada pela melhoria no controlo da glicémia, bem como suporte social e percepção de capacitação.</p>

<p><i>BMC Health Services Research</i></p> <p>(2015)</p>	<p>analysis from a randomized controlled trial</p>		<p>visando a capacitação na qualidade de vida relacionada com a saúde mental</p> <p>(QVRS) e se o efeito é direto ou mediado pelo controlo da glicémia</p>	<p>centros de idosos e igrejas em Los Angeles.</p> <p>RCT</p>	<p>intervenção foi ligeiramente, mas significativamente, maior do que no grupo controlo.</p> <p>Foram encontradas evidências de um efeito direto da intervenção do DSME e nenhuma evidência de efeito indireto mediado pela HbA1c</p>	<p>Este efeito favorável na QVRS mental é um desfecho clínico importante a ser considerado ao tratar pessoas com diabetes.</p>
<p>Mary Carolan, Jessica Holman and Michelle Ferrari</p> <p><i>Journal of clinical Nursing</i></p> <p>(2014)</p>	<p>Experiences of diabetes self-management: a focus group study among Australians with type 2 diabetes</p>	<p>Austrália</p>	<p>O objetivo deste estudo foi explorar as experiências e preocupações de pessoas com diabetes <i>mellitus</i> tipo 2, num baixo nível sócio-económico</p>	<p>Indivíduos com mais de 70 anos, com diabetes <i>mellitus</i> tipo 2, que frequentam serviços de saúde para os cuidados com a diabetes</p> <p>Estudo qualitativo exploratório</p>	<p>Os participantes descreveram as suas experiências de gestão da diabetes como emocionalmente, fisicamente e socialmente desafiadoras. A análise dos dados revelou quatro temas principais: (1) diabetes a doença silenciosa; (2) uma jornada pessoal (3) trabalho de gestão de diabetes; e (4) acesso a recursos e serviços. Os participantes destacaram o impacto da diabetes na família e a importância do apoio e encorajamento dos membros da família para ajudar a sua autogestão.</p>	<p>As descobertas revelam as várias informações e necessidades de suporte para indivíduos com diabetes <i>mellitus</i> tipo 2. Em particular, é importante para os profissionais de saúde e familiares reconhecerem a significativa carga emocional que a diabetes impõe e o tipo e quantidade de informações que as pessoas com diabetes preferem. Também é importante considerar os níveis de LS na comunidade ao desenvolver informações ou programas relacionados com a diabetes.</p>
<p>Dianne Goeman, Sue Conway, Ralph Norman, Jo</p>	<p>Optimising Health Literacy and Access of Service</p>	<p>Australia</p>	<p>Objetivo geral: melhorar a abordagem do serviço para a</p>	<p>Utentes com diabetes que necessitam de educação para autogestão da sua</p>	<p>A análise das necessidades mostra dificuldades na gestão da saúde e em encontrar e avaliar informações de saúde. A intervenção educativa na</p>	<p>Um método estruturado que apoie os serviços de saúde para intervenções de <i>codesign</i> que respondam às necessidades de LS dos seus</p>

<p>Morley, Rona Weerasuriya, Richard H. Osborne, and Alison Beauchamp</p> <p><i>Journal of Diabetes Research</i></p> <p>(2016)</p>	<p>Provision to Community Dwelling Older People with Diabetes Receiving Home Nursing Support</p>		<p>educação na diabetes para que os clientes sejam melhor suportados para auto-gerir a sua condição. Objetivos específicos: conduzir uma avaliação da literacia em saúde entre clientes com diabetes; desenvolver uma intervenção para atender a quaisquer necessidades identificadas; e avaliar o resultado da intervenção.</p>	<p>doença. Critérios de exclusão: estar cognitivamente debilitado e ter dificuldade em entender e reter informações; utentes que não falam ou leiam inglês</p> <p>Estudo <i>codesign</i> de três fases</p>	<p>diabetes foi aplicada em todo o serviço a 24 clientes. A intervenção foi bem recebida pelos clientes e enfermeiros. Foram observados impactos positivos sobre o conhecimento da diabetes e comportamentos dos utentes e os enfermeiros relataram benefícios claros para a sua prática.</p>	<p>utentes pode levar às mudanças práticas e sustentáveis, baseadas em evidências, que ajudam os clientes a entender melhor o autogestão da diabetes</p>
<p>Chin-Yun Tsai RN, MSN; I-Chuan Li; Fu-Chih Lai</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing</i></p> <p>(2017)</p>	<p>Substantial effects of empowerment case management on physical health of type 2 diabetic patients</p>	<p>Taiwan</p>	<p>Avaliar os efeitos da gestão de casos de capacitação sobre a saúde física em utentes com diabetes tipo 2</p>	<p>Participantes com diabetes tipo 2, com 18 anos ou mais, que fale em mandarim ou Taiwanês; diagnosticados com diabetes tipo 2; que deram consentimento por escrito para participar no estudo; alfabetizado e</p>	<p>Houve melhorias a nível dos níveis de açúcar no sangue, pressão arterial e colesterol nos utentes que receberam gestão de caso.</p> <p>Utentes com diabetes tipo 2 que receberam a gestão de casos de capacitação melhoraram a sua saúde física.</p> <p>Além disso, o seu maior efeito foi que os utentes foram capazes de</p>	<p>A gestão de casos de capacitação permite que um pesquisador estabeleça uma relação de confiança com os participantes, levando-os a reconhecer as vantagens do modelo e motivando-os a controlar a sua diabetes e saúde. A gestão de casos de capacitação mostrou ter um efeito na saúde física e no autocuidado de pacientes com diabetes, tornando-se assim uma ferramenta de</p>

				<p>capaz de completar a pesquisa utilizada neste estudo, ou capaz de completar a pesquisa depois de ser explicado o seu conteúdo pelo investigador; Foram</p> <p>excluídos do estudo: utentes com diabetes tipo 1; incapaz de completar a pesquisa, ou analfabeto, ou incapaz de completar a pesquisa, mesmo depois de um pesquisador ter explicado o seu conteúdo</p> <p>Estudo quase experimental</p>	<p>formar grupos de exercício e continuar a manter a sua saúde.</p>	<p>intervenção adequada para a gestão de casos de diabetes.</p> <p>Os resultados do estudo mostraram que a gestão de casos de capacitação é adequada para gerir casos de diabetes. Tem um efeito substancial sobre a manutenção da saúde física, a ocorrência de complicações e a efetividade do autocuidado em utentes com diabetes.</p>
Emma Glaser, Claude Richard, Marie-Thérèse Lussier	The impact of a patient web communication intervention on reaching	Ontario (Canada)	O objetivo deste trabalho é examinar o impacto de um PACE inspirado numa intervenção de	Utentes com mais de 40 anos; que falem inglês; que estejam confortáveis no	Os utentes do grupo da <i>web</i> foram 1,42 vezes mais propensos a atingir metas em comparação com os cuidados habituais	Treinar os utentes nas habilidades de comunicação usando um <i>website</i> afeta positivamente os objetivos de tratamento para utentes

<p><i>Patient Education and Counseling</i> (2017)</p>	<p>treatment suggested guidelines for chronic diseases: A randomized controlled trial</p>		<p>comunicação baseada na <i>web</i>, sozinho ou combinado com um <i>workshop</i>, para alcançar metas de tratamento sugeridas para desfechos de saúde em utentes regulares dos cuidados de saúde primários</p>	<p>uso de um computador para atividades de rotina, como acesso regular à <i>Web</i> e e-mail; que permitam o acesso aos seus registos clínicos; que não atinjam metas de tratamento para hipertensão, diabetes tipo II e / ou dislipidemia.</p> <p>RCT</p>		<p>hipertensos, diabéticos e dislipidémicos.</p> <p>As intervenções de comunicação na <i>Web</i> são uma ferramenta eficaz que pode ser usada nos cuidados de saúde primários</p>
<p>DAPHNE W. NTIRI; MERRY STEWART <i>Gerontology & Geriatrics Education</i> (2009)</p>	<p>Transformative Learning Intervention: Effect on Functional Health Literacy and Diabetes Knowledge in Older African Americans</p>	<p>Detroit, Michigan</p>	<p>O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito de uma intervenção educacional utilizando os princípios de TL (aprendizagem transformativa) sobre a literacia em saúde funcional e conhecimento sobre a diabetes em afro-americanos mais velhos com diabetes.</p>	<p>Os participantes elegíveis para o estudo: com 55 anos ou mais e com diabetes diagnosticada. Como critérios de exclusão: Comprometimento cognitivo e baixa acuidade visual (pode afetar a compreensão de leitura).</p>	<p>Este estudo apoia que a utilização dos princípios de TL nos formatos de educação para a saúde podem motivar de forma significativa aqueles que vivem com doenças crónicas na procura por conhecimento e melhoria da autogestão das suas doenças.</p> <p>Os scores de literacia do s-TOFHLA e os scores do teste de diabetes foram significativamente</p>	<p>Atividades educacionais que utilizam princípios de TL podem motivar os que vivem com doenças crónicas a aumentar a sua procura por conhecimentos e pode promover uma melhor autogestão da sua doença</p>

					<p>aumentados após a intervenção TL utilizada neste estudo.</p> <p>A diferença insignificante entre os <i>scores</i> de literacia na pós-imediata e na pós-intervenção tardia e os <i>scores</i> DKT sugerem que as medidas de teste-reteste não foram um fator no aumento de <i>scores</i></p>	
<p>Catherine A. Sarkisian; Rebecca J. Brusuelas; W. Neil Steers; Mayer B. Davidson; Arleen F. Brown; Keith C. Norris; Robert M. Anderson; Carol M. Mangione</p> <p><i>Ethnicity & Disease</i> (2004)</p>	<p>Using focus groups of older African Americans and Latinos with diabetes to modify a selfcare empowerment intervention</p>	<p>South Los Angeles</p>	<p>Fazer modificações culturais e específicas da idade para uma intervenção na capacitação do autocuidado</p>	<p>Critérios de inclusão: idade igual ou superior a 55 anos; auto-identifica como tendo diabetes e ser americano ou latino-americano; e Fluência verbal em espanhol ou inglês</p> <p>Focus grupo com entrevistas autoadministradas</p>	<p>Os afro-americanos e latinos mais velhos aprovaram a intervenção, mas desejavam uma componente educacional dietética e identificaram a sua deficiência como uma falta importante na área do conteúdo.</p> <p>Os participantes rejeitaram o uso de uma ferramenta de aprendizagem de áudio e não acreditaram que as características sócio-demográficas idênticas do grupo-facilitador eram importantes como facilitadores para demonstrarem a competência cultural.</p>	<p>Essas descobertas ilustram um modelo de pesquisa participativa em que pesquisadores e os membros da comunidade trabalham juntos para desenvolver uma intervenção de capacitação que atenda às necessidades da comunidade e terá uma maior adequação cultural.</p> <p>Modificando a intervenção de acordo com estas descobertas deve aumentar a relevância e o impacto da intervenção de autocuidado.</p>
<p>Yau-Jiunn Leea; Shyi-Jang Shinb; Ruey-Hsia Wangc; Kun-Der Lind; Yu-Li</p>	<p>Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and self-care</p>	<p>Taiwan</p>	<p>Para validar um modelo hipotético que explora os caminhos de influência das percepções da</p>	<p>Critérios de inclusão: diagnóstico de DM2 por > 6 meses; idade entre os 20 e 80</p>	<p>Foram determinados caminhos diretos significativos a partir das percepções de capacitação para a LS, da LS à autoeficácia, da autoeficácia aos comportamentos de autocuidado</p>	<p>A modificação dos comportamentos de autocuidado tem demonstrado ser essencial para melhorar o controlo glicémico. Para melhorar os</p>

<p>Leee; Yi-Hsien Wang</p> <p><i>Patient Education and Counseling</i> (2016)</p>	<p>behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus</p>		<p>capacitação, literacia em saúde, autoeficácia e comportamentos de autocuidado para os níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) em utentes com diabetes tipo 2 (DM2)</p>	<p>anos (> 80 anos pode ter dificuldade de leitura; baixa prevalência de DM2 em idade <20 anos); e capacidade de ler e comunicar</p> <p>Estudo transversal</p>	<p>e dos comportamentos de autocuidado aos níveis de HbA1c.</p> <p>As perceções de capacitação e LS influenciaram relativamente a autoeficácia e os comportamentos de autocuidado. Comportamentos de autoeficácia e autocuidado influenciaram relativamente o controlo glicémico dos utentes com DM2</p>	<p>comportamentos de autocuidado, os profissionais de saúde devem ter como alvo melhorar a auto-eficácia e melhorar a literacia em saúde, o que pode ser considerada uma estratégia potencial para melhorar a autoeficácia. Para melhorar a literacia em saúde, os prestadores de cuidados de saúde devem usar uma abordagem de <i>empoderamento</i> ao invés de usar uma abordagem autoritária.</p>
---	--	--	---	--	---	--

Conclusão

Existem algumas intervenções que podem promover a LS e o autocuidado da pessoa idosa com DM tipo 2. Algumas destas intervenções merecem mais investigação, para que possam ser desenvolvidas e adequadas a esta população.

De acordo com os dados encontrados nos artigos, estas intervenções passam por: modelos que integram a educação em saúde nos cuidados de saúde primários, intervenções de ativação dos idosos; intervenções digitais e de comunicação na *web*, educação do autocuidado, gestão de casos, intervenções que respondam às necessidades de LS e atividades educacionais.

Dos resultados encontrados, algumas das intervenções foram muito vagas na sua caracterização e mereciam uma maior descrição, para que a sua aplicabilidade e os resultados sejam utilizados de melhor forma. Foi referido em vários estudos a necessidade de se ter em consideração as características da população no desenvolvimento de estratégias, intervenções e programas para a promoção do autocuidado, nomeadamente, adequar estas intervenções aos seus níveis de LS.

Limitações da *scoping review*

Nesta revisão, foram incluídos apenas artigos publicados em inglês, português e espanhol. A inclusão de artigos noutros idiomas poderia ter trazido outros contributos de interesse para esta revisão.

Outra limitação desta revisão *scoping* diz respeito ao reduzido número de bases de dados que foram incluídas, uma vez que o recurso a outras bases poderia tornar a pesquisa mais extensa e trazer outros contributos relevantes.

Considero também que o facto de a revisão ter sido realizada apenas por um revisor é uma limitação, uma vez que vai contra as orientações dadas pelo Joanna Briggs Institute (2015) para a elaboração de uma revisão *scoping*.

Referências bibliográficas

- Carolan, M.; Holman, J. & Ferrari, M. (2015). Experiences of diabetes self-management: a focus group study among Australians with type 2 diabetes. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(7–8), 1011–1023. Acedido em 23/05/2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.12724>
- Cavanaugh, K. (2011). Health literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment. *Diabetes Manag (Lond)*. 1(2), 191–199. Acedido em: 24/04/2019. DOI: [doi:10.2217/dmt.11.5](https://doi.org/10.2217/dmt.11.5)

- Cheung, M. K. T.; Chan, S. C. C.; Hung, A. T. F.; Leung, A. Y. M.; Lee, A.; Chan, F. W. K. (...) Chan, C. C. H. (2017). A latent profile analysis on patient empowerment programme in a Hong Kong primary care setting. *Patient Education And Counseling*, 100(10), 1890–1897. Acedido em 23/05/2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.028>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. Acedido em: 16/04/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pelo-governo.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (s.d.). *A Promoção da Saúde - A Carta de Ottawa*. Acedido em: 11/04/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Espanha, R.; Ávila, P. & Mendes, R.V. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal - Relatório Síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Frosch, D. L.; Rincon, D.; Ochoa, S. & Mangione, C. M. (2010). Activating seniors to improve chronic disease care: results from a pilot intervention study. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 58(8), 1496–1503. Acedido em 23/05/2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02980.x>
- Glaser, E.; Richard, C. & Lussier, M.-T. (2017). The impact of a patient web communication intervention on reaching treatment suggested guidelines for chronic diseases: A randomized controlled trial. *Patient Education And Counseling*, 100(11), 2062–2070. Acedido em 23/05/2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.022>
- Goeman, D.; Conway, S.; Norman, R.; Morley, J.; Weerasuriya, R.; Osborne, R. H. & Beauchamp, A. (2016). Optimising Health Literacy and Access of Service Provision to Community Dwelling Older People with Diabetes Receiving Home Nursing Support. *Journal Of Diabetes Research*, 2016, 2483263. Acedido em 23/05/2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=27668261&ang=pt-pt&site=ehost-live>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. Lisboa: INSA IP. Acedido em: 23/03/2019. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4115/3/1_INSEF_rel%C3%B3rio_estado-de-saude.pdf

- Kralik, D.; Price, K. & Telford, K. (2010). The meaning of self-care for people with chronic illness. *Journal Nurse Health Chronic Illn*, 2(3), 197-204
- Lee, Y.-J.; Shin, S.-J.; Wang, R.-H.; Lin, K.-D.; Lee, Y.-L. & Wang, Y.-H. (2016). Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*, 99(2), 287–294. Acedido em 23/05/2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.021>
- Niknami, M.; Mirbalouchzahi, A.; Zareban, I.; Kalkalinia, E.; Rikhtgarha, G. & Hosseinzadeh, H. (2018). Association of health literacy with type 2 diabetes mellitus self-management and clinical outcomes within the primary care setting of Iran. *Australian Journal Of Primary Health*, 24(2), 162–170. Acedido em 23/05/2019. DOI: <https://doi.org/10.1071/PY17064>
- Ntiri DW & Stewart M. (2009). Transformative learning intervention: effect on functional health literacy and diabetes knowledge in older African Americans. *Gerontology & Geriatrics Education*, 30(2), 100–113. Acedido em 23/05/2019. DOI: <https://doi.org/10.1080/02701960902911265>
- Poduval, S.; Ahmed, S.; Marston, L.; Hamilton, F. & Murray, E. (2018). Crossing the Digital Divide in Online Self-Management Support: Analysis of Usage Data From HeLP-Diabetes. *JMIR Diabetes*, 3(4), e10925. Acedido em 23/05/2019. DOI: <https://doi.org/10.2196/10925>
- PORDATA (2016). *Retrato de Portugal. Edição 2016*. Lisboa
- Sarkisian, C. A.; Brusuelas, R. J.; Steers, W. N.; Davidson, M. B.; Brown, A. F.; Norris, K. C. (...) Mangione, C. M. (2005). Using focus groups of older African Americans and Latinos with diabetes to modify a self-care empowerment intervention. *Ethnicity & Disease*, 15(2), 283–291. Acedido em 23/05/2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=15825975&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2015). *Definição, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*. Acedido em: 06/03/2019. Disponível em: <https://bit.ly/2HNhPzX>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016). *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Acedido em: 19/03/2019. Disponível em: https://www.apdp.pt/images/com_arismartbook/download/43/DFN-2016.pdf

- Sugiyama, T.; Steers, W. N.; Wenger, N. S.; Duru, O. K. & Mangione, C. M. (2015). Effect of a community-based diabetes self-management empowerment program on mental health-related quality of life: a causal mediation analysis from a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 15, 115. Acedido em 23/05/2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0779-2>
- Tanqueiro, M.T.O.S. (2013). A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência* [online], serIII(9), 151-160. ISSN 0874-0283. Acedido em: 24/04/2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1202>
- The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. South Australia: The Joanna Briggs Institute
- Tsai, C.-Y.; Li, I.-C. & Lai, F.-C. (2018). Substantial effects of empowerment case management on physical health of type 2 diabetic patients. *Journal Of Clinical Nursing*, 27(7–8), 1632–1640. Acedido em 23/05/2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14206>
- White, R.; Wolff, K.; Cavanaugh, K. & Rothman, R. (2010). Addressing Health Literacy and Numeracy to Improve Diabetes Education and Care. *Diabetes Spectrum*, 23(4), 238-243. Acedido em: 24/04/2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.2337%2Fdiaspect.23.4.238>
- World Health Organization (2009). *Self-care in the Context of Primary Health Care. Report of the Regional Consultation Bangkok, Thailand, 7–9*. Acedido em: 24/04/2019. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/206352>
- World Health Organization (2013). *Health literacy: The solid facts*. Acedido em: 16/04/2019. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- World Health Organization (2015a). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Acedido em: 10/05/2019. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.0_1_por.pdf?sequence=6
- World Health Organization (2015b). *Ageing*. Acedido em 10/05/2019. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/en/>
- World Health Organization (2016). *Global Report on Diabetes*. 1-88. Geneva: World Health Organization. Acedido em: 24/04/2019. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=7E78F6A6E1673DB5DEBB37D09C03B77C?sequence=1

World Health Organization (2018). *Noncommunicable diseases and their risk factors*.

Acedido em: 11/04/2019. Disponível em:

<https://www.who.int/ncds/introduction/en/>

APÊNDICE II - Antecedentes pessoais

Tabela 12 - Antecedentes pessoais

Antecedentes pessoais		
	Frequência (N=20)	Percentagem (%)
DM 2	20	100,0
HTA	17	85,0
Dislipidemia	9	45,0
Hipotireoidismo	6	30,0
Depressão	5	25,0
Hipertrofia benigna da próstata	4	20,0
Cataratas	4	20,0
Arritmia	3	15,0
Síndrome vertiginoso	3	15,0
Cardiopatía isquémica	3	15,0
Histerectomia	2	10,0
Osteoartrose	2	10,0
Osteoporose	2	10,0
Rinite alérgica	2	10,0
Glaucoma	2	10,0
Hérnia (umbilical, abdominal)	2	10,0
Anemia	1	5,0
Bronquite	1	5,0
Colecistectomia	1	5,0
Hepatomegalia	1	5,0
Linfoma não Hodgkin B de grandes células	1	5,0
Neoplasia da bexiga	1	5,0
DPOC	1	5,0
Gota	1	5,0
Neoplasia da mama esquerda	1	5,0
Nódulo da mama	1	5,0
Sinusite	1	5,0
Bronquiectasias	1	5,0
Fratura do cólo do fémur	1	5,0
Obesidade	1	5,0
Prótese aórtica	1	5,0
Quisto renal	1	5,0
Retinopatia	1	5,0

BAV 1º grau	1	5,0
EAM	1	5,0
Enxaqueca	1	5,0
Gastrite	1	5,0
Parkinson	1	5,0
Diverticulite	1	5,0
Fibromiose útero	1	5,0
Neoplasia do pulmão	1	5,0
Síndrome coronário	1	5,0
Hipoacúsia	1	5,0

APÊNDICE III - Distribuição da amostra pelas classes do IMC

Tabela 13 - Distribuição da amostra pelas classes do IMC

Distribuição pelas classes do IMC		
	Classificação	Frequência (N=20)
IMC (classes)	Baixo peso	0
	Peso normal	6
	Pre-obesidade	12
	Obesidade classe I	2
	Obesidade classe II	0
	Obesidade classe III	0

APÊNDICE IV - Resultados

Resultados da escala *Mini Mental State Examination*

Tabela 14 - Resultados da escala Mini Mental State Examination nas várias dimensões

Dimensão	Variáveis da escala	Certo (N=20)	Errado (N=20)
I. Orientação	Em que ano estamos?	20 (100%)	0
	Em que mês estamos?	20 (100%)	0
	Em que dia do mês estamos?	19 (95%)	1 (5%)
	Em que estação do ano estamos?	20 (100%)	0
	Em que dia da semana estamos?	19 (95%)	1 (5%)
	Em que País estamos?	20 (100%)	0
	Em que distrito vive?	20 (100%)	0
	Em que terra vive?	20 (100%)	0
	Em que casa estamos?	20 (100%)	0
	Em que andar estamos?	20 (100%)	0
II. Retenção	Pêra	20 (100%)	0
	Gato	20 (100%)	0
	Bola	20 (100%)	0
III. Atenção e Cálculo	27	19 (95%)	1 (5%)
	24	18 (90%)	2 (10%)
	21	20 (100%)	0
	18	17 (85%)	3 (15%)
	15	19 (95%)	1 (5%)
IV. Evocação	Pêra	18 (90%)	2 (10%)
	Gato	17 (85%)	3 (15%)
	Bola	15 (75%)	5 (25%)
V. Linguagem	Mostrar o relógio de pulso. "Como se chama isto?"	20 (100%)	0
	Mostrar um lápis. "Como se chama isto?"	20 (100%)	0
	Repetir a frase. "O rato roeu a rolha"	20 (100%)	0
	Pega no papel com a mão direita.	20 (100%)	0
	Dobra o papel ao meio.	20 (100%)	0
	Coloca o papel no local indicado.	20 (100%)	0
	"Leia e cumpra o que diz neste cartão"	20 (100%)	0
	"Escreva uma frase"	20 (100%)	0
	"Copie o desenho que lhe vou mostrar"	17 (85%)	3 (15%)

Tabela 15 - Resultados do score total da escala *Mini Mental State Examination*

	Mínimo	Máximo	Médio
Mini Mental State Examination total	26,00	30,00	28,85

Resultados da escala de Barthel

Tabela 16 - Resultados da escala de Barthel

Variáveis da escala	Pontuação	Frequência (N=20)	Percentagem (%)
Atualmente, relativamente à sua higiene pessoal	1	19	95
	0	1	5
Atualmente, consegue tomar banho	1	20	100
	0	0	0
Atualmente, consegue vestir-se	2	20	100
	1	0	0
	0	0	0
Atualmente, consegue alimentar-se	2	20	100
	1	0	0
	0	0	0
Atualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho	3	20	100
	2	0	0
	1	0	0
	0	0	0
Atualmente, consegue subir e descer escadas	2	20	100
	1	0	0
	0	0	0
Atualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se	3	20	100
	2	0	0
	1	0	0
	0	0	0
Atualmente, tem controlo na função intestinal	2	19	95
	1	1	5
	0	0	0
Atualmente, controla a função urinária	2	17	85
	1	3	15
	0	0	0
Atualmente, consegue ir à casa de banho	2	20	100
	1	0	0
	0	0	0
Total	20	15	75
	19	5	25

Resultados da escala de Lawton & Brody

Tabela 17 - Resultados da escala de Lawton & Brody

Variável da escala	Pontuação	Frequência (N=20)	Percentagem (%)	Média
Utilização do Telefone	1	20	100	1,00
	0	0	0	
Fazer Compras	1	18	90	0,90
	0	2	10	
Preparação das refeições	1	18	90	0,90
	0	2	10	
Tarefas Domésticas	1	20	100	1,00
	0	0	0	
Lavagem da Roupa	1	18	90	0,90
	0	2	10	
Utilização de Meios de Transporte	1	20	100	1,00
	0	0	0	
Manejo da Medicação	1	19	95	0,95
	0	1	5	
Responsabilidade de Assuntos Financeiros	1	19	95	0,95
	0	5	5	
Total				0,95

Resultados da escala de crenças acerca dos medicamentos

Tabela 18 - Resultados da escala de crenças acerca dos medicamentos

	Variável da escala	Pontuação	Frequência (N=20)	Porcentagem (%)	Média
Subescala " Necessidade"	Atualmente, a minha saúde depende destes medicamentos	3	4	20,0	4,30
		4	6	30,0	
		5	10	50,0	
	A minha vida seria impossível sem estes medicamentos	1	1	5,0	4,15
		3	4	20,0	
		4	5	25,0	
		5	10	50,0	
	Sem estes medicamentos, eu estaria muito doente	2	2	10,0	3,95
		3	5	25,0	
		4	5	25,0	
		5	8	40,0	
	A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos	3	4	20,0	4,45
		4	3	15,0	
5		13	65,0		
Estes medicamentos protegem-me de ficar pior	1	1	5,0	4,40	
	3	1	5,0		
	4	6	30,0		
	5	12	60,0		
Total					21,25
Subescala " Preocupações"	Preocupa-me ter de tomar estes medicamentos	1	9	45,0	2,55
		2	3	15,0	
		3	1	5,0	
		4	2	10,0	
		5	5	25,0	
	Às vezes, preocupo-me com os efeitos a longo prazo destes medicamentos	1	5	25,0	2,75
		2	4	20,0	
		3	5	25,0	
		4	3	15,0	
		5	3	15,0	
	Estes medicamentos são um mistério para mim	1	10	50,0	2,05
		2	5	25,0	
		3	1	5,0	
		4	2	10,0	
		5	2	10,0	
		1	14	70,0	1,45
		2	3	15,0	

	Estes medicamentos perturbam a minha vida	3	3	15,0	
	Às vezes, preocupo-me em ficar demasiado dependente destes medicamentos	1	11	55,0	1,75
		2	4	20,0	
		3	4	20,0	
		4	1	5,0	
	Estes medicamentos dão-me desagradáveis efeitos secundários	1	10	50,0	1,90
		2	6	30,0	
		3	2	10,0	
		5	2	10,0	
	Total				12,45

Resultados do questionário *Newest Vital Sign*

Tabela 19 - Resultados do questionário *Newest Vital Sign*

Variável da escala		Frequência (N=20)	Porcentagem (%)	Média
Se comer a embalagem de gelado inteira, qual o total de calorias consumidas?	Resposta errada	5	25,0	0,75
	Resposta correta	15	75,0	
Se lhe for permitido ingerir 60 gramas de hidratos de carbono à sobremesa, qual a quantidade e gelado que poderá comer?	Resposta errada	6	30,0	0,70
	Resposta correta	14	70,0	
Imagine a situação: o seu médico aconselha-o(a) a reduzir a quantidade de gordura saturada na sua dieta. Normalmente, ingere, em média, 42 gramas de gordura saturada por dia, que já inclui uma porção de gelado. Se deixar de comer esse gelado, quantas gramas de gordura saturada irá consumir?	Resposta errada	19	95,0	0,05
	Resposta correta	1	5,0	
Se consome normalmente 2500 kcal num dia, qual a percentagem de calorias diárias que iria ingerir se comesse uma porção?	Resposta errada	11	55,0	0,45
	Resposta correta	9	45,0	
É seguro para si comer este gelado?	Resposta errada	5	25,0	0,75
	Resposta correta	15	75,0	
(Pergunte, apenas, se a resposta à questão anterior foi "Não"). Porque não?	Resposta errada	8	40,0	0,60
	Resposta correta	12	60,0	

Resultados do questionário sobre áreas problemáticas da diabetes

Tabela 20 - Resultados do questionário sobre áreas problemáticas da diabetes

Variável da escala	Mínimo	Máximo	Soma (total bruto)	Total	Média
Não compreender de forma clara e concreta qual é o objectivo do tratamento da diabetes?	0	4	13	16,25	0,65
Sentir-se desanimado com o seu plano de tratamento da diabetes?	0	3	10	12,5	0,50
Sentir-se assustado quando pensa em viver com diabetes?	0	3	14	17,5	0,70
Situações desconfortáveis relacionadas com o cuidado da diabetes (por exemplo, pessoas a dizerem-lhe o que comer)?	0	3	17	21,25	0,85
Sentir que não pode comer o suficiente às refeições ou os alimentos que gosta?	0	3	19	23,75	0,95
Sentir-se deprimido quando pensa em viver com diabetes?	0	2	11	13,75	0,55
Não saber se a sua disposição ou os seus sentimentos estão relacionados com a diabetes?	0	4	16	20	0,80
Sentir que a diabetes é demasiado para si?	0	4	16	20	0,80
Preocupar-se com as reacções à baixa de açúcar no sangue?	0	4	35	43,75	1,75
Sentir-se zangado quando pensa em viver com diabetes?	0	3	13	16,25	0,65
Sentir-se constantemente preocupado com a comida e com comer?	0	4	20	25	1,00

Preocupar-se com o futuro e com a possibilidade de ter preocupações graves?	0	4	41	51,25	2,05
Sentir-se culpado ou ansioso quando, por qualquer razão, não cumpre devidamente o tratamento da diabetes?	0	3	19	23,75	0,95
Não «aceitar» o facto de ter diabetes?	0	4	11	13,75	0,55
Sentir-se insatisfeito com o seu médico da diabetes?	0	4	7	8,75	0,35
Sentir que a diabetes lhe consome demasiada energia mental e física todos os dias?	0	3	14	17,5	0,70
Sentir-se sozinho com a diabetes?	0	3	10	12,5	0,50
Sentir que os seus amigos e a sua família não o apoiam nos esforços que faz para controlar a diabetes?	0	3	11	13,75	0,55
Lidar com complicações causadas pela diabetes?	0	4	20	25	1,00
Sentir-se esgotado com o esforço constante necessário para controlar a diabetes?	0	4	14	17,5	0,70
PAID Total	5,00	65,00			17,80

Resultados do questionário do índice de bem-estar da OMS, versão de 1998

Tabela 21 - Resultados do questionário do índice de bem-estar da OMS, versão de 1998

	Todo o tempo (5)	A maior parte do tempo (4)	Mais de metade do tempo (3)	Menos de metade do tempo (2)	Algumas vezes (1)	Nunca (0)	Média
Senti-me alegre e bem disposto/a	2 (10%)	11 (55%)	5 (25%)	1 (5%)	1 (5%)	0	3,60
Senti-me calmo/a e tranquilo/a	2 (10%)	8 (40%)	6 (30%)	3 (15%)	1 (5%)	0	3,35
Senti-me activo/a e energético/a	4 (20%)	6 (30%)	6 (30%)	3 (15%)	1 (5%)	0	3,45
Acordei a sentir-me fresco/a e repousado/a	4 (20%)	11 (55%)	3 (15%)	2 (10%)	0	0	3,85
O meu dia-dia tem sido preenchido com coisas que me interessam	2 (10%)	10 (50%)	4 (20%)	3 (15%)	1 (5%)	0	3,45
Índice de bem-estar Total							17,70

APÊNDICE V - Cronograma

Tabela 22- Cronograma

Etapa do Processo de Planejamento em Saúde	Atividades	2019												2020			
		Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril		
	Estágio na USF do Dafundo																
	Atividades relacionadas com o projeto VASelfCare																
Diagnóstico de Situação	Definição da população-alvo e amostra																
	Aplicação dos instrumentos de colheita de dados																
	Análise dos dados																
Definição de prioridades	Aplicação do método de priorização de Hanlon																
Fixação de objetivos	Fixação dos objetivos e definição dos indicadores e metas																

Seleção de estratégias																			
Preparação da execução/ operacionalização	Planeamento das atividades a realizar																		
	Atividade 1 - Sessão de educação para a saúde "Importância da atividade física no idoso com diabetes"																		
	Atividade 2 - "Caminhada Dia Mundial da Diabetes"																		
	Atividade 3 - Sessão de educação para a saúde individualizada																		
	Atividade 4 - Sessão de educação para a saúde "Vamos falar sobre diabetes?"																		
Avaliação																			
	Redação do relatório																		
	Entrega do relatório final																		

APÊNDICE VI - Planos operacionais das atividades

Atividade	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivo	Avaliação
<p>1ª Atividade</p> <p>Sessão de Educação para a Saúde: “Importância da atividade física no idoso com diabetes mellitus”</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utentes - Enfermeiras - Mestrandas <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Folheto “Importância da atividade física” - Mesas e cadeiras - Computador - Diapositivos - Questionário de avaliação 	14 de Novembro de 2019	Sala de Formação da USF Dafundo	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da sessão de educação para a saúde - Exposição oral de conteúdos com suporte de apresentação em <i>Powerpoint</i> - Debate sobre o tema/Dúvidas - Entrega dos folhetos - Preenchimento de questionário de satisfação sobre a atividade e aquisição de conhecimentos. 	<p>Identificar estratégias e cuidados necessários para a prática de atividade física, no autocuidado da pessoa com diabetes <i>mellitus</i>;</p> <p>Refletir sobre a importância da atividade física e os seus benefícios enquanto uma das intervenções fundamentais no controlo da diabetes <i>mellitus</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Percentagem de participantes satisfeitos com a atividade; - Percentagem de participantes presente na atividade; - Percentagem de participantes que identifica cuidados necessários para a prática de atividade física; - Percentagem de participantes que identifica estratégias para um estilo de vida mais ativo; - Percentagem de participantes que identifica a importância da atividade física no controlo da DM.

Atividade	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivo	Avaliação
<p>2ª Atividade</p> <p>Sessão de Atividade Física</p> <p>“Caminhada do Dia Mundial da Diabetes”</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utentes - Enfermeiras mestradas - Assistente Social da União de Junta de Freguesia Algés, Linda-a-Velha e Dafundo/Cruz Quebrada <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ficha de inscrição - Cartaz de divulgação - Sala de formação - Máquina de avaliação de glicémia - Tiras glicémia - Lancetas - Compressas - Questionário de avaliação - Tabela de registo - Águas - Maçãs 	14 de Novembro de 2019	<p>USF Dafundo, Complexo desportivo do Jamor, junta de freguesia do Dafundo/ Cruz Quebrada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição da atividade - Explicação do percurso, objetivo da atividade, sinais e sintomas a ter em conta durante a atividade física - Avaliação da glicémia antes da atividade e seu registo - Entrega de água e maçãs - Relembrar da necessidade de ingestão alimentar, caso tenha comido há mais de 2 horas - Percurso de 1 hora de atividade física - Regresso à Junta de Freguesia - Avaliação da glicémia após a atividade e seu registo - Entrega de água e maçãs - Discussão em grupo para comparação do valor de glicémia inicial e final de cada utente - Avaliação da satisfação com a atividade 	<p>Refletir sobre a importância da atividade física e os seus benefícios enquanto uma das intervenções fundamentais no controlo da diabetes <i>mellitus</i>;</p> <p>Perceber o impacto imediato da atividade física na glicémia capilar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Percentagem de participantes satisfeitos com a atividade; - Percentagem de participantes presente na atividade; - Percentagem de participantes que identifica a importância da atividade física no controlo da DM; - Percentagem de participantes com redução da glicémia capilar como consequência da prática de atividade física.

Atividade	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivo	Avaliação
3ª Atividade Sessão de Educação para a Saúde individualizada	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utentes - Enfermeira mestranda <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Folheto “Como ler o rótulo dos alimentos” e “Importância da atividade física” 	Novembro de 2019 a Fevereiro de 2020	USF do Dafundo	<ul style="list-style-type: none"> - Abordagem de diversos temas relacionados com o autocuidado na diabetes (alimentação, atividade física, medicação, cuidados na gestão da diabetes) - Educação para a saúde individualizada e adequada às necessidades individuais - Esclarecimento de dúvidas - Entrega dos folhetos realizados 	<p>Identificar a importância da alimentação saudável, da medicação e da atividade física no controlo da diabetes <i>mellitus</i> tipo 2, pelo idoso;</p> <p>Contribuir para a capacitação do idoso no autocuidado da diabetes <i>mellitus</i> tipo 2;</p> <p>Refletir sobre a importância do autocuidado para uma melhor gestão da diabetes <i>mellitus</i> tipo 2, no idoso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Percentagem de participantes presente na atividade; - Percentagem de participantes satisfeitos com a atividade; - Percentagem de participantes que considera que o controlo da diabetes <i>mellitus</i> não depende apenas da medicação, mas também da alimentação e da prática de atividade física; - Percentagem de participantes que identifica estratégias de autocuidado para a gestão da sua DM tipo 2.

Atividade	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivo	Avaliação
4ª Atividade "Vamos falar sobre Diabetes?"	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utentes - Enfermeira mestranda - Nutricionista <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cartaz de divulgação - Convite - Sala de formação - Folheto "Como ler o rótulo dos alimentos" - Folheto "Importância da atividade física" - Decodificador de rótulos - Questionário de avaliação - Mesas e cadeiras - Computador - <i>Datashow</i> 	23 de Janeiro de 2020	USF do Dafundo	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição da atividade - Apresentação de temas, afirmações, verdadeiros ou falsos, com vista a fomentar o diálogo, a partilha e a discussão em grupo - Avaliação da satisfação com a atividade 	<p>Identificar a importância da alimentação saudável, da medicação e da atividade física no controlo da diabetes <i>mellitus</i> tipo 2, pelo idoso;</p> <p>Contribuir para a capacitação do idoso no autocuidado da diabetes <i>mellitus</i> tipo 2;</p> <p>Refletir sobre a importância do autocuidado para uma melhor gestão da diabetes <i>mellitus</i> tipo 2, no idoso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Percentagem de participantes presente na atividade; - Percentagem de participantes satisfeitos com a atividade; - Percentagem de participantes que considera que o controlo da diabetes <i>mellitus</i> não depende apenas da medicação, mas também da alimentação e da prática de atividade física; - Percentagem de participantes que identifica estratégias de autocuidado para a gestão da sua DM tipo 2.

APÊNDICE VII - Diapositivos da atividade 1

Importância da atividade física no idoso com diabetes *mellitus*

Participe na sua saúde ativamente!

Maria João Gama
Suse Dias

14 de Novembro de 2019



Sumário

1. O que é a atividade física?
2. O que é recomendado para a prática de atividade física?
3. Que benefícios tenho com a atividade física?
4. Que benefícios para a diabetes tenho com a atividade física?
5. Como posso reduzir o tempo que passo sentado?
6. O que posso fazer para ser mais ativo no dia-a-dia?
7. Recomendações para a prática de atividade física no utente com diabetes.

O que é a atividade física?

É qualquer movimento realizado pelos músculos, que resulta num gasto de energia do corpo.

O que é recomendado para a prática de atividade física?

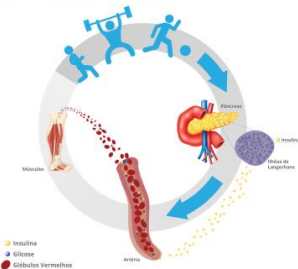
Pratique 150 minutos por semana de atividade moderada

- ▶ 3 sessões de 50 minutos
- ▶ 5 sessões de 30 minutos
- ▶ 20-25 minutos todos os dias

Que benefícios tenho com a atividade física?

- ▶ Previne o risco de desenvolver doenças cardiopulmonares e osteomusculares;
- ▶ Ajuda no controlo do peso;
- ▶ Melhora o controlo metabólico;
- ▶ Ajuda a baixar o colesterol e outras gorduras do sangue;
- ▶ Melhora a flexibilidade e a força muscular;
- ▶ Melhora a postura, a mobilidade e o equilíbrio;
- ▶ Ativa a circulação e diminui a tensão arterial;
- ▶ Aumenta a autoestima e a autoconfiança;
- ▶ Favorece a memória;
- ▶ Melhora o sono e o humor.

Que benefícios para a diabetes tenho com a atividade física?



Que benefícios para a diabetes tenho com a atividade física?

- ▶ A glicémia tem tendência a baixar (devido ao aumento da utilização de glicose pelos músculos);
- ▶ Reduz a gordura visceral e, desta forma, diminui a resistência à insulina, ou seja melhora a ação da insulina no organismo;
- ▶ Ajuda a melhorar o controlo da diabetes.

Como posso reduzir o tempo que passo sentado?

- ▶ Evite estar sentado mais de 1 h sem fazer pausas;
- ▶ Nas pausas, realize alongamentos e/ou exercícios de fortalecimento muscular;
- ▶ Aproveite as pausas do café e dê caminhadas rápidas de 10 minutos;
- ▶ Permaneça de pé enquanto fala ao telefone ou conversa;
- ▶ Adapte a sua secretária para trabalhar no computador em pé por alguns períodos;
- ▶ Levante-se sempre que quiser mudar o canal ou som da TV.

O que posso fazer para ser mais ativo dia-a-dia?

- ▶ Ande mais a pé: saia do autocarro algumas paragens antes ou estacione o carro mais longe do destino;
- ▶ Incentive a sua família/amigos a caminharem consigo;
- ▶ Use as escadas! Até onde for capaz... e vá o resto de elevador;
- ▶ Use a bicicleta nos seus percursos diários ou passeios;
- ▶ Crie um grupo de caminhada com os seus colegas;
- ▶ Identifique atividades que ache apelativas e experimente (natação, dança, orientação, ioga);
- ▶ Monitore os seus progressos: pedómetros, aplicações de telemóvel, smartwatches – a escolha é muita!

Recomendações para a prática de atividade física no utente com diabetes

- ▶ Calçado confortável;
- ▶ Meias sem costuras;
- ▶ Hidratação durante e após a prática de atividade física;
- ▶ Antes e depois da atividade física deve realizar uma refeição ligeira;
- ▶ Interrompa a prática de atividade ao mínimo sinal de hipoglicémia (tonturas, tremores, sonolência, fraqueza, falta de coordenação, palpitações, confusão, visão turva);
- ▶ Após a sessão de atividade física avalie os seus pés;

Lembre-se que todos os passos contam e que fazer alguma atividade física é melhor do que não fazer nenhuma.

**MEXA-SE PELA SUA
SAÚDE**

APÊNDICE VIII - Folhetos

Folheto “Importância da atividade física”

Lembre-se...

Todos os passos contam.
Fazer alguma atividade física é melhor do que não fazer nenhuma.

MEXA-SE PELA SUA SAÚDE

REALIZADO:
Maria João Gama
Suse Dias

IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA

PARTICIPE NA SUA SAÚDE ATIVAMENTE



O que é a atividade física?
É qualquer movimento realizado pelos músculos, que resulta num gasto de energia do corpo.

O que é recomendado para a atividade física?
Pratique 150 minutos por semana de atividade moderada

- 3 sessões de 50 minutos
- 5 sessões de 30 minutos
- 20-25 minutos todos os dias

Que benefícios tenho com a atividade física?

- Favorece a memória;
- Aumenta a autoestima;
- Melhora o sono e o humor;
- Ajuda no controlo do peso;
- Melhora o controlo metabólico;
- Melhora a flexibilidade e a força muscular;
- Melhora a postura, a mobilidade e o equilíbrio;
- Previne o risco de desenvolver doenças cardiopulmonares e osteomusculares.

Que benefícios tenho para a diabetes?

- A glicémia tem tendência a baixar (devido ao aumento da utilização de glicose pelos músculos);
- Reduz a gordura visceral e, desta forma, diminui a resistência à insulina, ou seja, melhora a sua ação no organismo;
- Ajuda a melhorar o controlo da diabetes.

Como posso reduzir o tempo que passo sentado?

- Evite estar sentado mais de 1 h sem fazer pausas;
- Nas pausas, realize alongamentos e/ou exercícios de fortalecimento muscular;
- Aproveite as pausas do café e dê caminhadas rápidas de 10 minutos;
- Permaneça de pé enquanto fala ao telefone ou conversa;
- Adapte a sua secretária para trabalhar no computador em pé por alguns períodos;
- Levante-se sempre que quiser mudar o canal ou som da TV.

corra, pedale, mexa-se

O que posso fazer para ser mais ativo no meu dia a dia?

- Ande mais a pé: saia do autocarro algumas paragens antes ou estacione o carro mais longe do destino;
- Use as escadas, evite o elevador;
- Use a bicicleta nos seus percursos diários ou passeios;
- Crie um grupo de caminhada com os seus colegas;
- Experimente novas atividades (natação, dança, ioga);
- Monitorize os seus progressos.



Folheto “Como ler o rótulo dos alimentos?”

IMPORTANTE!

- Ler sempre o rótulo dos alimentos;
- Verificar se o alimento está dentro do prazo de validade;
- Quando for às compras, leve consigo o descodificador de rótulos.

O ideal é ter-se uma dieta completa, variada e equilibrada no dia-a-dia.

Realizado por: Suse Dias
Aluna do 10º Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária

Com a colaboração da Nutricionista Mirna Oliveira



Como ler o rótulo dos alimentos?



O rótulo dos alimentos é o modo como os produtos se dão a conhecer aos consumidores, é o seu “Bilhete de Identidade”.

Para que servem os rótulos?

Os rótulos são feitos para transmitir informações, de forma clara, sobre os alimentos, dando ao consumidor a possibilidade de escolhas saudáveis, que contribuam para a sua saúde.

Ler o rótulo das embalagens dos alimentos é muito importante e permite identificar o que estamos a ingerir, se vale a pena ou não comprar o produto e compará-lo com outros alimentos para que possamos escolher a melhor opção.

O que deve ter em consideração ao olhar para um rótulo?

Ingredientes

Informa a lista dos ingredientes que compõem o produto. Estes são ordenados de forma decrescente, ou seja, o primeiro ingrediente que aparece é aquele que está em maior quantidade e o último em menor quantidade.

INGREDIENTES		
Arroz, trigo (trigo integral e farelo de trigo), sementes glúten de trigo, gérmen de trigo com glúten, leite, açúcar, amido de milho, óleo de semente de girassol, sal, vitaminas B1, B6, B12, ácido fólico, vitamina D e vitamina B12.		
Informação para alérgicos: contém leite, trigo e cevada.		
INFORMAÇÃO NUTRICIONAL		
	Por 100g	Por porção de 200g
Valor energético	400kcal	800kcal
Proteínas	7g	14g
Hidratos de Carbono	75g	150g
Ácidos gordos	0g	0g
Açúcares	0g	0g
Fibra	12g	24g
Sódio	0,01g	0,02g
Fibra alimentar	1,2g	2,4g
Sódio	0,01g	0,02g
Sal	0,02g	0,04g
VITAMINAS	100%DDR	100%DDR
Vitamina C		
Retinol	0,2mg	0,4mg
Thiamina (B1)	0,2mg	0,4mg
Riboflavina (B2)	0,2mg	0,4mg
Niacina (B3)	0,2mg	0,4mg
Ácido fólico (B9)	0,2mg	0,4mg
Vitamina B12	0,2mg	0,4mg
Vitamina E	0,2mg	0,4mg
Ácido ascórbico (C)	100mg	200mg
Ferro	10mg	20mg
Fósforo	100mg	200mg
100%DDR=100%		

Informação Nutricional

A informação nutricional obrigatória é constituída pelo valor energético, gorduras totais e saturadas, hidratos de carbono e açúcares, proteínas e sal.

Quanto menor o valor energético, a quantidade de hidratos de carbono e de gorduras melhor.

Porção ou Unidade

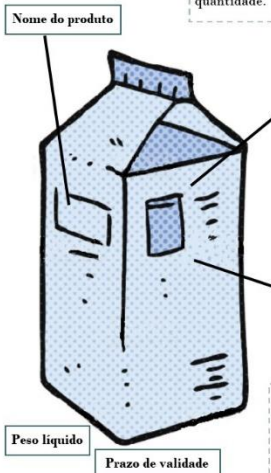
A porção (em g ou ml) é a quantidade média de alimento que vai ser consumida.

Dose Diária de Referência (DDR)

Presente nos rótulos de 2000kcal baseia-se em recomendações oficiais adequadas para a maioria da população saudável adulta.

Origem

Permite saber quem é o fabricante do produto e em que local foi fabricado, para o caso de ser necessário contactar com o fabricante.



Significado de alguns símbolos:



Produto Biológico



Alimento sem glúten



Sem Organismos Geneticamente Modificados



Atenção!



- Atenção aos açúcares ocultos (glicose, sacarose, dextrose, maltose);
- Evite as gorduras saturadas (presentes nos alimentos de origem animal, como carne, toucinho, pele do frango) porque aumentam o risco de doenças cardiovasculares;
- Evite as gorduras trans (encontradas nos alimentos industrializados, como bolachas, batatas fritas e bolos);
- O consumo de sal em excesso pode causar aumento da tensão arterial.

APÊNDICE IX - Questionários de avaliação

Avaliação da sessão “Importância da atividade física no idoso com diabetes mellitus” - 14/11/2019

Este questionário é anónimo.

1. Após esta sessão, como avalia a importância que a atividade física tem para a Diabetes?

- Não sei
- Pouco importante
- Importante
- Muito importante

2. Escreva dois benefícios da atividade física:

3. Escreva dois cuidados a ter na prática da atividade física:

4. Escreva duas estratégias para ter um estilo de vida mais ativo:

5. No geral, como avalia a atividade em que participou?

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito

Obrigado pela sua participação

Maria João Gama
Suse Dias

Avaliação da Atividade “Caminhada do Dia Mundial da Diabetes” - 14/11/2019

1. Após ter terminado esta sessão, como avalia a importância que a Atividade Física tem para a Diabetes?

Pouco importante

Importante

Muito importante

2. No geral, como avalia a atividade em que participou?

Muito insatisfeito

Insatisfeito

Satisfeito

Muito satisfeito

Obrigado pela sua participação

Maria João Gama

Suse Dias

Avaliação da atividade “Vamos falar sobre diabetes?”

Este questionário é anónimo.

1. Após esta atividade, o que considera ser importante no controlo da diabetes?

Selecione a ou as alternativa(s) que considera correta(s).

- Alimentação saudável e equilibrada
- Medicação
- Atividade física
- Todas as anteriores

2. Dos assuntos abordados ao longo da atividade, indique duas estratégias que considera importantes para controlar a sua diabetes.

3. No geral, como avalia a atividade em que participou?

- Pouco satisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito

Obrigado pela sua participação

Suse Dias

APÊNDICE X - Cartazes de divulgação

CAMINHADA DIA MUNDIAL DA DIABETES

INSCRIÇÃO GRATUITA

INSCRIÇÕES: USF DAFUNDO/UNIÃO DE FREGUESIAS DE ALGÉS/ LINDA-A-VELHA/ CRUZ QUEBRADA E DAFUNDO

**14 NOVEMBRO 2019
10:00**

**PONTO DE ENCONTRO
USF DAFUNDO**



PERCURSO: USF DAFUNDO - JAMOR - JUNTA DE FREGUESIA

PARTICIPE



A USF NÃO SE RESPONSABILIZA POR QUALQUER DANO OU ACIDENTE DECORRENTE DA ATIVIDADE

**Vamos
falar sobre
Diabetes?**

**23 de
Janeiro de
2020**

10:30

**USF do
Dafundo**

PARTICIPE

**Vamos partilhar ideias e
experiências.**

**Peça informações junto da
equipa de enfermagem e
inscreva-se.**

**Atividade realizada pela Enf^a Suse Dias, no
contexto do estágio de especialidade e mestrado
em Enfermagem Comunitária**



APÊNDICE XI - Grelha de registo da glicémia capilar

APÊNDICE XII - Convite para a atividade 4

CONVITE

Vamos falar sobre Diabetes?

Data: 23 de Janeiro de 2020

Hora: 10h30

Local: USF Dafundo



Vamos partilhar ideias e experiências.
Peça informações junto da equipa de enfermagem e
inscreva-se

Atividade realizada pela Enf^ª Suse Dias, no contexto do estágio
de especialidade e mestrado em Enfermagem Comunitária

APÊNDICE XIII - Descodificador de rótulos

DESCODIFICADOR
DE RÓTULOS



ALIMENTOS
por 100g

	GORDURA (Lípidos)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g
MÉDIO	entre 3 e 17,5g	entre 1,5 e 5g	entre 5 e 22,5g	entre 0,3 e 1,5g
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos

Mais informações consulte www.alimentacaosaudavel.dgs.pt

DESCODIFICADOR
DE RÓTULOS



BEBIDAS
por 100ml

	GORDURA (Lípidos)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 8,75g	mais de 2,5g	mais de 11,25g	mais de 0,75g
MÉDIO	entre 1,5 e 8,75g	entre 0,75 e 2,5g	entre 2,5 e 11,25g	entre 0,3 e 0,75g
BAIXO	1,5g ou menos	0,75g ou menos	2,5g ou menos	0,3g ou menos

Mais informações consulte www.alimentacaosaudavel.dgs.pt

APÊNDICE XIV – Diapositivos da atividade 4



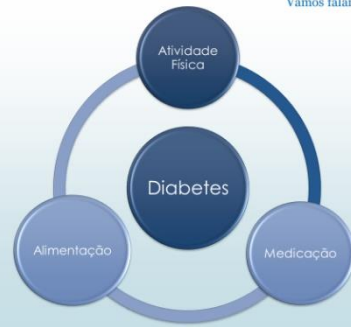
Vamos falar sobre diabetes?

Enfª Suse Dias
Estudante de Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária

23 de Janeiro de 2020

2

Vamos falar sobre diabetes?



3

Vamos falar sobre diabetes?

Questões para refletir

4

Vamos falar sobre diabetes?

Quanto tempo de atividade física pratico por semana?
(caminhadas, hidroginástica, ginásio, yoga, pilates, etc...)

5

Vamos falar sobre diabetes?

Costumo examinar os pés? Com que frequência?

6

Vamos falar sobre diabetes?

Costumo tomar os medicamentos conforme me foi indicado?

7

Vamos falar sobre diabetes?

Costumo incluir fruta e/ou vegetais nas refeições?

8

Vamos falar sobre diabetes?

Quando vou ao supermercado, tenho algum cuidado na escolha dos alimentos?

O rótulo dos alimentos

- O rótulo dos alimentos é o modo como os produtos se dão a conhecer aos consumidores, é o seu "Bilhete de Identidade".
- Os rótulos são feitos para transmitir informações, de forma clara, sobre os alimentos, dando ao consumidor a possibilidade de escolhas saudáveis, que contribuam para a sua saúde.
- Ler o rótulo das embalagens dos alimentos é muito importante e permite identificar o que estamos a ingerir, se vale a pena ou não comprar o produto e compará-lo com outros alimentos para que possamos escolher a melhor opção.

O rótulo dos alimentos

Ingredientes
Informa a lista dos ingredientes que compõem o produto. Estes são ordenados de forma decrescente, ou seja, o primeiro ingrediente que aparece é aquele que está em maior quantidade e o último em menor quantidade.

Nome do produto

Peso líquido

Prazo de validade

Informação Nutricional
A informação nutricional obrigatória é constituída pelo valor energético, gorduras totais e saturadas, hidratos de carbono e açúcares, proteínas e sal.
Quanto menor o valor energético, a quantidade de hidratos de carbono e de gorduras melhor.

Porção ou Unidade
A porção (em g ou ml) é a quantidade média de alimento que vai ser consumida.

Dose Diária de Referência (DDR)
Presente nos rótulos de 2000kcal baseia-se em recomendações oficiais adequadas para a maioria da população saudável adulta.

Origem
Permite saber quem é o fabricante do produto e em que local foi fabricado, para o caso de ser necessário contactar com o fabricante.

O rótulo dos alimentos

Significado de alguns símbolos:

- Produto Biológico
- Alimento sem glúten
- Sem Organismos Geneticamente Modificados

Atenção!

- Atenção aos **açúcares ocultos** (glicose, sacarose, dextrose, maltose);
- Evite as **gorduras saturadas** (presentes nos alimentos de origem animal, como carne, toucinho, pele do frango) porque aumentam o risco de doenças cardiovasculares;
- Evite as **gorduras trans** (encontradas nos alimentos industrializados, como bolachas, batatas fritas e bolos);
- Os alimentos podem conter **alergénicos** (ovos, amendoim, leite, soja, frutos de casca rija, entre outros);
- O consumo de **sal em excesso** pode causar aumento da tensão arterial.

O rótulo dos alimentos

IMPORTANTE!

- Ler sempre o rótulo dos alimentos;
- Verificar se o alimento está dentro do prazo de validade;
- Quando for às compras, leve consigo o descodificador de rótulos.

O ideal é ter-se uma alimentação completa, variada e equilibrada no dia-a-dia.

O descodificador de rótulos

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS ALIMENTOS por 100g

	GORDURA (Lipídios)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g
MÉDIO	5-17,5g	1,5-5g	5-22,5g	0,5-1,5g
BAIXO	3g	1,5g	5g	0,5g

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS BEBIDAS por 100ml

	GORDURA (Lipídios)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 8,75g	mais de 2,5g	mais de 11,25g	mais de 0,75g
MÉDIO	1,5-8,75g	0,75-2,5g	2,5-11,25g	0,3-0,75g
BAIXO	1,5g	0,75g	2,5g	0,3g

Para mais informações consulte: www.alimentosaosadidos.pt

O descodificador de rótulos

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL	Por 100g (% VRN*)	Por 14g + 200ml (leite mais gordo) (% VRN*)
Valor energético	1619 kJ / 383 kcal	633 kJ / 150 kcal
Lípidios	3,6 g	3,8 g
dos quais ácidos gordos saturados	1,6 g	2,2 g
Hidratos de Carbono	79,2 g	21,0 g
dos quais açúcares	75,7 g	20,5 g
Fibra	7,2 g	1,0 g
Proteínas	4,8 g	7,5 g
Sal	0,34 g	0,30 g
Vitamina D	11,4 µg (228%)	1,6 µg (32%)
Vitamina C	93,0 mg (116%)	13,0 mg (16%)

Achocolatado

O descodificador de rótulos

DECLARAÇÃO NUTRICIONAL	Por 100g de produto	Por porção (29g = 2 bolachas)	DR*	DR*
ENERGIA	2025 kJ / 483 kcal	587 kJ / 140 kcal	7	8400 kJ / 2000 kcal
LÍPIDIOS DOS QUÍMOS ÁCIDOS GORDOS SATURADOS	21g	6,1g	9	70g
HIDRATOS DE CARBONO DOS QUÍMOS AÇÚCARES	10g	2,9g	15	20g
FIBRA	66g	19g	7	260g
PROTEÍNAS	18g	5,2g	6	90g
SAL	3,0g	0,9g	3	50g
	6,0g	1,7g	8	6g

* DOSE DE REFERÊNCIA (DR) - DOSES DE REFERÊNCIA PARA UM ADULTO MÉDIO (8 400 KJ / 2 000 KCAL)

Bolachas digestivas

O descodificador de rótulos

DECLARAÇÃO NUTRICIONAL DE PRODUTO	Por 100g	Por porção (80g)	DR*
ENERGIA	379 kJ / 90 kcal	303 kJ / 72 kcal	8400 kJ / 2000 kcal
LÍPIDIOS DOS QUÍMOS ÁCIDOS GORDOS SATURADOS	6,5g	0,4g	70g
HIDRATOS DE CARBONO DOS QUÍMOS AÇÚCARES	11g	9,0g	3 260g
FIBRA	0,4g	0,3g	< 90g
PROTEÍNAS	6,2g	5,0g	50g
SAL	7,1g	5,7g	11 50g
	1,20g	0,96g	6g

* Dose de Referência (DR) - Doses de referência para um adulto médio (8400 kJ/2000 kcal). Este embolagem contém aproximadamente 6 porções.

Feijão branco



17

Verdadeiro ou Falso



18

Verdadeiro ou Falso?

Para tratar a DM 2 basta controlar a glicemia?

19

Verdadeiro ou Falso?

Para tratar a DM 2 basta controlar a glicemia?

FALSO



20

Verdadeiro ou Falso?

As pessoas com DM não devem fazer exercícios/atividade física?



21

Verdadeiro ou Falso?

As pessoas com DM não devem fazer exercícios/atividade física?

FALSO



22

Verdadeiro ou Falso?

Devido à diabetes, outros problemas de saúde podem ser evitados ou atrasados se a doença for vigiada e bem controlada?



23

Verdadeiro ou Falso?

Devido à diabetes, outros problemas de saúde podem ser evitados ou atrasados se a doença for vigiada e bem controlada?

VERDADEIRO



24

Verdadeiro ou Falso?

Basta tomar medicamentos para controlar a DM tipo 2?



25

Verdadeiro ou Falso?

Vamos falar sobre diabetes?



Basta tomar medicamentos para controlar a DM tipo 2?

FALSO

26

Verdadeiro ou Falso?

Vamos falar sobre diabetes?



Para as pessoas com DM tipo 2 é muito importante cuidar dos pés?

27

Verdadeiro ou Falso?

Vamos falar sobre diabetes?



Para as pessoas com DM tipo 2 é muito importante cuidar dos pés?

VERDADEIRO

28

Verdadeiro ou Falso?

Vamos falar sobre diabetes?



Se a pessoa com diabetes comer menos, a glicémia não aumenta?

29

Verdadeiro ou Falso?

Vamos falar sobre diabetes?



Se a pessoa com diabetes comer menos, a glicémia não aumenta?

FALSO

30

Verdadeiro ou Falso?

Vamos falar sobre diabetes?



O tratamento da DM tipo 2 inclui uma alimentação equilibrada, prática de atividade física e medicação?

31

Verdadeiro ou Falso?

Vamos falar sobre diabetes?



O tratamento da DM tipo 2 inclui uma alimentação equilibrada, prática de atividade física e medicação?

VERDADEIRO

32

Obrigada pela vossa presença!

Vamos falar sobre diabetes?



En^o Suse Dias
Estudante de Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária

Com a colaboração da Nutricionista Mima Oliveira

