Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

Intervenções de Enfermagem para a Capacitação da Pessoa Idosa na Gestão da Diabetes Mellitus tipo 2

Ana Isabel Luis Negrão

Lisboa

2022

Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

Intervenções de Enfermagem para a Capacitação da Pessoa Idosa na Gestão da Diabetes Mellitus tipo 2

Ana Isabel Luis Negrão

Orientador: Professora Doutora Maria da Graça de Melo e Silva

Lisboa

2022

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

À Professora Graça Melo agradeço a paciência e orientação que me permitiu terminar este percurso académico.

À Professora Sónia Ferrão que também me acompanhou neste percurso.

À Enfermeira Helena Balona que partilhou comigo todo o seu saber e que me deu todo o seu apoio e amizade

À Enfermeira Fátima Pinto que me orientou e me deu a conhecer um novo mundo e novas potencialidades para o meu saber.

Aos colegas de trabalho que com muita paciência e dedicação me permitiram ter a disponibilidade total para a realização deste curso

À minha família que me apoia em todas as fases da minha vida

Aos meus avós, que apesar de não estarem presentes fisicamente, me apoiam e me protegem.

A todos, Muito Obrigado.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADA – American Diabetes Association

AVD- Atividades de Vida Diária

CIPE – Classificação para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DM 2 – Diabetes Mellitus tipo 2

DNT´S – Doenças não transmissíveis

EPI´S – Equipamento de proteção individual

HbA1c – Hemoglobina Glicada A1c

IDF – International Diabetes Federation

INE – Instituto Nacional de Estatística

LS – Literacia em saúde

OECD- Organisation for Economics Co-Operation and Development

OMS- Organização Mundial da Saúde

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia

PTGO – Prova de tolerância à glucose oral

USF- Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

RESUMO

A diabetes mellitus é uma doença crónica que se encontra em expansão por todo o mundo. As previsões epidemiológicas são arrebatadoras e prevêem enormes custos sociais e económicos para a população mundial. Para travar esta tendência, é necessário criar políticas de saúde focadas na prevenção da doença e das suas complicações. Comportamentos de autogestão são fundamentais para a prevenção das complicações mais frequentes. Para tal é necessário capacitar a pessoa idosa através do aumento da literacia em saúde, identificada como baixa nesta faixa etária. O principal objetivo deste projeto é identificar as intervenções de enfermagem que contribuem para a capacitação da pessoa idosa na autogestão da diabetes mellitus tipo 2.

Este projeto foi realizado em dois contextos distintos de trabalho, os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, utilizando como base a metodologia de projeto e tendo como foco a pessoa idosa com diabetes mellitus tipo 2.

Este relatório é um documento de análise e reflexão do percurso efetuado e encontra-se integrado na unidade curricular estágio com relatório, presente no Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção à pessoa idosa. Neste relatório foi analisado o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista preconizadas pela ordem dos enfermeiros e de mestre, delineadas pela lei de bases do sistema educativo do ensino superior português.

Com este projeto foi possível aferir quais as intervenções de enfermagem consideradas como fulcrais para o sucesso na capacitação da pessoa idosa na autogestão da diabetes tipo 2. Para além disso, fica visível que um acompanhamento regular permite a manutenção destes comportamentos de autogestão por um longo período de tempo.

Necessitamos de olhar de forma inovadora para esta temática, passando a prestar cuidados de enfermagem personalizados através da aquisição de competências cada vez mais especializadas.

Palavras-chave: Diabetes mellitus tipo 2, Idoso, autogestão, cuidado em enfermagem

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a chronic disease that is expanding throughout the world. Epidemiological information are sweeping and predicts enormous social and economic costs for the world's population. To stop this trend, it is necessary to create health policies focused on preventing the disease and its complications. Self-management behaviors have a key role on preventing complications of the disease. So, it´s necessary to increase health literacy in older people, recognized as low in this age group. The main goal is to identify nursing interventions that contributes to the empowerment of older adults towards self-management behaviors in diabetes mellitus type 2.

Based on the project methodology, this course was done in two different setting, the primary health care and the hospital care. The elderly with type 2 diabetes mellitus was always the focus of the care.

This report can be described has a document of analysis and reflection of the course taken and it belongs to the curricular unit of internship with report, inserted in the main course of master´s degree and specialization in nursing in medical and surgical areas, directed to the elderly. It was possible to analyze the competencies developed during this course that are published by the Nursing council and those competencies published by the Portuguese education system

With this report, we can realize that individualized nursing interventions that are centered in the elderly, with the presence of family and social support, are the key factor for the success of the empowerment of the elderly regarding sel-management behaviors in diabetes. Furthermore, a regular check-up with health care professional can maintain these behaviors for a long period of time.

It becomes evident that we need to look in an innovative way to this theme, so we can start given customizes care and acquire more specialized competencies.

Key-words: Type 2 diabetes, Aged, self-management, Nursing care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO **8**

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO **13**

1.1. A pessoa idosa com diabetes mellitus tipo 2 13

1.2. Capacitação da pessoa idosa na autogestão da diabetes mellitus tipo 2…… 16

1.3. Literacia em saúde da pessoa idosa 18

1.4. Intervenções de enfermagem para a capacitação da pessoa idosa na autogestão da DM 2 21

1.5. Promoção da saúde segundo Nola Pender 23

2. METODOLOGIA DE PROJETO **25**

3. CONTEXTOS SELECIONADOS PARA A EXECUÇÃO DO PROJETO **27**

4. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS DO PROJETO **28**

5. ATIVIDADES EXECUTADAS **30**

5.1. Desenvolvimento de atividades em contexto de cuidados de saúde primários 33

5.2. Desenvolvimento de atividades em contexto hospitalar 37

6. AVALIAÇÃO DO PROJETO **43**

7. ANÁLISE DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS . **45**

CONCLUSÃO **48**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **50**

APÊNDICES

Apêndice I – Slides apresentados na sessão de formação

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo caracterizado pela presença de alterações ao nível biológico, psicológico e social (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017). Segundo a World Health Organization (WHO, 2020) prevê-se que em 2050 existam cerca de 2,1 biliões de pessoas com uma idade igual ou superior a 60 anos, o que leva a WHO a elaborar um plano de ação que passa pela otimização de um envelhecimento saudável ao longo do ciclo de vida.

O envelhecimento saudável é definido como o processo de desenvolvimento e manutenção das habilidades funcionais que mantém o bem-estar nas pessoas idosas (WHO, 2020). No entanto, o que mais afeta estas habilidades são as doenças crónicas que são responsáveis por 88% dos anos de vida em que se vive com incapacidade afetando desta forma os sistemas de saúde, a sociedade e a economia do país (DGS, 2017).

As doenças crónicas são consideradas problemas de saúde que requerem uma manutenção/ tratamento contínuo ao longo de anos ou mesmo décadas. Estas doenças, como é o caso da diabetes mellitus (DM), estão a aumentar a sua incidência em todo o mundo desafiando os sistemas de saúde que têm de apresentar estratégias para diminuir o seu impacto na população idosa (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2002). Temos de ter em conta que um país com pessoas idosas com problemas de saúde ou que apresentem algum grau de dependência irão necessitar de mais cuidados de saúde, mais apoio social, apoio das instituições da economia social e dos serviços de saúde (DGS, 2017). Em Portugal, atuamos no âmbito da prevenção e gestão das doenças crónicas ao promover estilos de vida saudáveis e a vigilância da saúde e ao gerir processos de comorbilidades (DGS, 2017).

A diabetes mellitus é considerada um problema de saúde emergente, devido ao seu rápido crescimento ao nível mundial. Estes dados são confirmados pela International Diabetes Federation (IDF), que descreve em 2021 a existência de cerca de 537 milhões de pessoas com diabetes e que em 2045 poderão vir a ser 783 milhões. Em Portugal, no ano de 2018, existia uma prevalência da diabetes de 13,6% na população entre os 20 e os 79 anos (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2021).

A DM pertence ao grupo das doenças metabólicas e é caracterizada pela presença de elevados níveis de glicose no sangue resultante de defeitos existentes na secreção da insulina, na sua ação ou em ambos (IDF, 2019). A American Diabetes Association (ADA) define quatro tipos de diabetes: a diabetes tipo 1, a diabetes tipo 2 (DM 2), a diabetes gestacional e outros tipos de diabetes (American Diabetes Association [ADA], 2014). A DM 2 afeta de uma forma significativa a população idosa e resulta da incapacidade das células do corpo de responderem de forma completa à insulina, resultando numa produção excessiva da mesma. Com o tempo, a produção inadequada de insulina pode resultar no declínio das células beta (IDF, 2021).

As possíveis complicações que advêm da diabetes, tal como a nefropatia, neuropatia, amputações, infeções e doenças cardiovasculares, entre outras, afetam de forma significativa e negativa a qualidade de vida das pessoas idosas (Baraz, Zarea, & Shahbazian, 2017). Desta forma, visando a prevenção das complicações agudas da doença e a redução do risco de desenvolver complicações a longo prazo, é necessário manter estratégias educativas, de suporte e um constante autocuidado (Surucu & Besen, 2018).

O autocuidado é definido como a habilidade que os indivíduos, as suas famílias e a comunidade têm de promover e manter a sua saúde, prevenir doenças e de gerir a sua doença e incapacidade com ou sem o suporte de um profissional de saúde (WHO, 2022). Para haver sucesso na prática do autocuidado é necessário haver uma participação ativa e responsável por parte da pessoa idosa, preferencialmente com envolvimento de terceiros, responsáveis pelo suporte ao idoso (Tanqueiro, 2013). As pessoas idosas poderão recorrer a intervenções de autocuidado por razões positivas que incluem o custo das mesmas ou por conveniência, mas também por razões negativas que englobam a falta de qualidade e de acesso aos serviços de saúde (WHO, 2022). O grande desafio para os profissionais de saúde que promovem intervenções de autocuidado prende-se com o facto de os resultados que advêm destas intervenções serem influenciados pelas características individuais das pessoas idosas, que se manifestam num conjunto de comportamentos que oscilam entre os responsáveis e os negligentes (Sousa, Vilar, Sousa & Bastos 2021).

O processo educativo como parte de uma estratégia de intervenção na DM é de extrema importância, uma vez que a redução das complicações da doença encontra-se estritamente ligada ao conhecimento que a pessoa tem para manter um autocuidado diário e um estilo de vida saudável (Oliveira, Almeida, Girão & Freitas 2016). É necessário que a pessoa idosa seja capaz de tomar decisões sobre a sua saúde de forma consciente. Para tal ser possível é necessário aumentar o nível de literacia em saúde (LS) sendo esta reduzida em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (DGS, 2019). A LS implica o conhecimento, a motivação e as competências que os indivíduos possuem para aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação em saúde de forma a efetuar julgamentos e tomar decisões no dia a dia, referente a cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde de forma a manter ou melhorar a qualidade de vida ao longo de todo o ciclo de vida (WHO, 2013).

Este relatório é elaborado tendo por base as experiências profissionais que ocorreram ao longo dos estágios efetuados, as quais me permitiram adquirir um leque de competências de enfermeira especialista e enfermeira mestre. Para tal, todas as atividades efetuadas tiveram como objetivo a aquisição dessas mesmas competências, bem como a capacitação da pessoa idosa para a autogestão da diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Para responder à questão "Quais as intervenções de enfermagem para a capacitação da pessoa idosa na gestão da diabetes mellitus tipo 2?", foi efetuada uma pesquisa bibliográfica de forma a que a minha atuação tivesse por base a mais recente evidência científica.

Este relatório foi repartido em sete capítulos. No primeiro capítulo apresento um enquadramento teórico, onde estão definidos os conceitos mais relevantes acerca desta temática. No segundo capítulo encontra-se descrita a metodologia do projeto, no terceiro uma descrição dos contextos de estágio, no quarto encontram-se descritos os objetivos do projeto, no quinto as atividades executadas em ambos os contextos, no sexto uma avaliação do projeto e um sétimo onde analiso a aquisição de competências. Por fim, foi realizada um conclusão onde se encontram identificados os ganhos que esta experiência única me trouxe a nível pessoal e profissional, as dificuldades/barreiras encontradas, bem como a forma como será possível dar continuidade ao projeto que serve de base para este relatório.

Este relatório foi desenvolvido tendo por base as normas para elaboração de trabalhos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e as referências bibliográficas têm por base as orientações da Norma da American Psychological Association– 7º edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A PESSOA IDOSA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Nas últimas décadas tem se vindo a observar um aumento significativo do número de pessoas com uma idade igual ou superior a 65 anos. Nos próximos anos prevê-se que a população desta faixa etária continue a aumentar, passando de 17,3% em 2019 para 26,7% em 2050 (Organisation for Economic Co-Operation and Development [OECD], 2021). Em Portugal, prevê-se que entre os anos de 2018 e 2080 o número de idosos aumente de 2,2 para 3 milhões (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020).

Envelhecer é um processo que ocorre de forma natural e gradual e que engloba uma série de alterações ao nível biológico, psicológico e social (DGS, 2017). O envelhecimento saudável é definido como o processo de desenvolvimento e manutenção das habilidades funcionais que mantém o bem-estar nas pessoas idosas (WHO, 2020). As alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento podem levar ao surgimento de condições crónicas que causam um impacto significativo na economia do núcleo familiar, podendo em certos casos conduzir à pobreza. Para além disso, são também responsáveis pela sobrecarga existente nos sistemas de saúde, uma vez que carecem de maior vigilância, elevados números de tratamentos e internamentos (WHO, 2021).

Algumas condições crónicas comprometem a saúde cardiovascular como por exemplo a hipertensão, a dislipidémia, a doença arterial coronária e a diabetes (Hill, Bhargava & Brown, 2021). A diabetes mellitus é uma doença crónica que cada vez mais a sua prevalência aumenta com a idade. Dados publicados pela WHO em 2021, demonstram que existiu um aumento do número de pessoas com diabetes de 108 milhões para 422 milhões entre os anos de 1980 e 2014. No entanto, em 2021 já existem 537 milhões de pessoas com diabetes e espera-se que este número aumente para 783 milhões no ano de 2045, havendo desta forma um aumento de 51% (IDF, 2021). Em Portugal, no ano de 2018, existiam mais de 1 milhão de pessoas com diabetes nas idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (SPD, 2019).

A diabetes mellitus é uma doença metabólica que ocorre quando existem elevados níveis de glucose no sangue de um indivíduo, devido ao facto de o seu corpo não ser capaz de produzir insulina em quantidades suficientes para suprir as suas necessidades ou não a usa de forma efetiva (IDF, 2021). Um diagnóstico precoce torna-se essencial para que haja um maior sucesso no tratamento desta doença. Segundo a American Diabetes Association (2014), o diagnóstico de DM é efetuado com base nos seguintes critérios: glicemia em jejum igual ou superior a 126 mg/dl (ou igual ou superior a 7,0 mmol/l); apresentar uma glicemia ocasional igual ou superior a 200 mg/dl (ou igual, ou superior a 11,1 mmol/l); ter uma glicemia igual ou superior a 200 mg/dl às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75 gr. de glicose; ter uma hemoglobina glicada A1c (HbA1c) igual ou superior a 6,5%.

Atribuir um tipo de diabetes a um indivíduo muitas vezes depende das circunstâncias presentes no momento do diagnóstico. Os tipos mais frequentes de diabetes são: A diabetes tipo 1, a diabetes tipo 2 e a diabetes gestacional. A diabetes tipo 1 resulta de uma destruição autoimune das células beta dos ilhéus pancreáticos (células responsáveis pela produção da insulina), passando o indivíduo a ser dependente de insulina para controlo da doença (tipo mais frequentemente presente em crianças e jovens). A diabetes tipo 2 é o tipo mais comum de diabetes e é resultante de defeitos na produção de insulina ou da utilização ineficaz da mesma. A diabetes gestacional surge durante uma gravidez e geralmente tem o seu término após o parto, podendo, no entanto esta pessoa desenvolver diabetes tipo 2 numa idade mais avançada (ADA, 2014).

A DM2 é a forma mais frequente de diabetes e pode imergir em qualquer momento da nossa vida, no entanto, é mais comum surgir nos adultos e idosos. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da DM2 são: excesso de peso; estilo de vida sedentário; idade superior a 45 anos e história familiar de DM (Brunton, 2018). Uma das principais consequências da insulinorresistência na DM2 é a presença constante de níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia). Esta hiperglicemia pode provocar ao longo do tempo destruição, deteorização e falha de orgãos vitais. A hiperglicemia afeta vários sistemas no organismo podendo causar complicações como é o caso da retinopatia, da nefropatia, da doença

cardiovascular, da doença cerebrovascular, da neuropatia e do pé diabético (Gómez-Pimienta, González-Castro & Fresan, 2019).

A incapacidade de controlar os níveis de glicemia pode ser um resultado de fatores não modificáveis (como por exemplo, género, idade, duração da diabetes, complicações micro e macrovasculares e comorbilidades) e de fatores modificáveis (como por exemplo hábitos alimentares incorretos, sedentarismo, obesidade, a falta da toma de medicação, o stress, a depressão e a ansiedade) (Tunsuchart, Lerttrakarnnon, Srithanaviboonchai, Likhitsathian & Skulphan, 2020).

A diabetes afeta não só a esperança de vida, como também a área física, mental e emocional do indivíduo. Fatores psicológicos e sociais tais como as crenças acerca da doença, as expectativas médicas antes de receber o tratamento especializado, a percepção da doença, o status económico, são considerados os fatores mais preponderantes quando se fala sobre o stress emocional de viver com diabetes. O stress é responsável pela presença de uma glicemia não controlada na DM2, fraca aderência ao tratamento e pela depressão major (Gómez-Pimienta et al., 2019). O stress emocional quando presente durante um longo período de tempo num doente diabético está associado à anxiedade, à depressão, aos baixos níveis de atividade física, à obesidade, à fraca adesão terapêutica, baixo controlo dietético, baixos comportamentos de autocuidado e baixa qualidade de vida (Tunsuchart et al., 2020).

A nível económico a diabetes tem um grande impacto na vida pessoal e familiar de uma pessoa com diabetes. Segundo a American Diabetes association (2020), a diabetes é considerada a terceira doença mais dispendiosa, tendo um impacto de cerca de 850 milhões de dólares. Nestes custos estão englobados a medicação necessária para a manutenção da doença, bem como o tratamento de possíveis complicaçãoes (Powers, Bardsley & Cypress, 2020). Os recursos económicos necessários para o aumento do conhecimento, para o diagnóstico da doença e o tratameto da diabetes sem presença de complicações tem mostrado ser mais reduzido comparado como o peso económico que é imposto quando nos referimos a algumas complicações da diabetes como a cegueira, a doença renal ou a amputação de um pé (Elrayah-eliadarous, Ostenson, Eltom, Johansson, Sparring & Wahlstrom, 2017).

A família, enquanto elemento social mais importante na vida da pessoa idosa, torna-se essencial para a manutenção das alterações dos comportamentos necessários alterar no tratamento da diabetes. A família ao assistir na perfomence das atividades diárias, no auxílio ao acesso aos cuidados de saúde, na manutenção da dieta, na toma da medicação, acaba por tornar-se fundamental no bem estar da pessoa idosa. Pessoas com um suporte social elevado encontram-se mais preparados para executar novos comportamentos e para adquirir novas formas de pensar (Thongduang, Boonchieng, Chautrakarn & Ong-Artborirak, 2022).

1.2. CAPACITAÇÃO DA PESSOA IDOSA NA AUTOGESTÃO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Para a manutenção e controlo da diabetes nas pessoas idosas, é necessário obter uma boa educação direcionada para a autogestão da doença e programas de suporte para esta população e seus cuidadores (Meneilly, Knip, Miller, Sherifali, Tessier & Zahedi, 2018). A autogestão pode ser definida como a habilidade que cada indivíduo demonstra ter na gestão de sintomas, no tratamento da doença, nas alterações físicas e psicológicas, e nas mudanças de estilo de vida que estão inerentes às pessoas que lidam com uma doença crónica (Husal, Adolfsson, Leksell, & Nordgren, 2021).

Desta forma, para obter bons resultados clínicos em pessoas com diabetes tipo 2, devemos incentivar bons comportamentos de autocuidado (enquanto pontos fulcrais da autogestão), como por exemplo, a monitorização correta da glicemia, a prática adequada de atividade física, a manutenção de uma alimentação saudável e a manutenção de um regime terapêutico adequado (Al-Qahtani, 2020). Para manter estes comportamentos rigorosos ao longo do tempo, muitas vezes é necessário o apoio familiar/social. Este apoio pode se tornar particularmente importante quando a pessoa idosa apresenta múltiplas comorbilidades físicas e mentais (Arney, Odom & Brown, 2020). O envolvimento da família no tratamento da DM pode provocar ganhos nomeadamente: melhoria da adesão terapêutica (Tabasi, Madarshahuian, Nikoo, Hassanabadi & Mahmoudirad, 2014); redução dos sintomas depressivos e de stress relacionados com a DM (Aikens, Rosland & Piette, 2014); melhoria no conhecimento acerca da doença (Lee, Piette, Heisler & Rosland, 2018); melhoria dos indicadores clínicos (Lee et al., 2018).

Ao basearmos o tratamento da diabetes em programas de autogestão, conseguimos melhorar os valores clínicos da hemoglobina A1c e consequentemente reduzir a gravidade das complicações da própria doença, bem como a redução de todas as causas responsáveis pela mortalidade. Desta forma, estamos a dar ênfase à autoeficácia e ao *"empowerment",* melhorando a capacidade de lidar de forma saudável com a doença e reduzir o *stress* relacionado com a diabetes (Powers et al., 2020).

Os principais desafios de uma boa autogestão prendem-se com o impacto financeiro causado pela doença e o impacto emocional na pessoa idosa. A DM2 provoca uma elevada sobrecarga tanto nos sistemas de saúde como nas pessoas idosas e as suas famílias, devido aos encargos financeiros que advêm da doença (Morais, Soares & Barbiéri, 2021). Para diminuir o encargo financeiro para o sistema nacional de saúde foi necessário mudar o paradigma de tratamento, apostando na prevenção da doença e as suas complicações ao invés de apenas tratar os sintomas que vão surgindo (DGS, 2019; Morais et al., 2021; IDF, 2021).

Os cuidados primários acabam por ter um papel fundamental na manutenção de comportamentos de autogestão, com uma intervenção importantíssima por parte dos enfermeiros. Nestes locais, utilizar cuidados centrados na pessoa de forma a dar resposta às necessidades individuais que englobam preferências de aprendizagem, níveis de literacia em saúde, linguagem, cultura, desafios físicos, fatores sociais e desafios económicos devem estar disponíveis. Também devemos ter em conta a importância da tecnologia nestes cuidados, como aplicações de telemóvel, a telemedicina, e a monitorização à distância destas pessoas (Powers et al., 2020). Torna-se fundamental haver uma relação de reciprocidade entre o profissional e a pessoa idosa e um planeamento personalizado, uma vez que este trabalho de parceria aumenta a probabilidade de adesão por parte da pessoa idosa às medidas de autocuidado. Este é envolvido nas decisões, passa a compreender melhor a sua diabetes e por sua vez assume a responsabilidade pela sua doença (Tanqueiro, 2013).

O autocuidado é definido como a habilidade que os indivíduos, as suas famílias e a comunidade têm de promover e manter a sua saúde, prevenir doenças e de gerir a sua doença e incapacidade com ou sem o suporte de um profissional de saúde (WHO, 2022). O autocuidado é um processo complexo que pode englobar a

promoção da saúde, o controlo e a prevenção da doença, a autoadministração de terapêutica, a capacidade de providenciar cuidados às pessoas com algum grau de dependência, a procurar profissionais quando necessário e a reabilitação (WHO, 2022).

Este processo preventivo é caracterizado por toda a ação antecipatória, que numa fase inicial, é depreendida pela realização de um diagnóstico precoce, como numa fase mais tardia, cujo objetivo é prevenir complicações (Salci, Meirelles & Silva, 2018). A prevenção em saúde engloba 3 níveis: o primário, o secundário e o terciário. Na prevenção primária existe uma ideia do nível de proteção contra um agente patológico e agentes do ambiente, no qual se encontram medidas para ampliar a saúde, como por exemplo, ações de educação para a saúde. Na prevenção secundária existe a presença de um diagnóstico e o tratamento já se iniciou. Na prevenção terciária iniciam-se medidas de reabilitação face à doença (Luzardo, Júnior, Medeiros, Wolkers & Santos, 2018).

1.3. LITERACIA EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Literacia em Saúde é definida como o conjunto de competências cognitivas e sociais, e a capacidade que cada indivíduo tem de aceder e compreender a informação que lhe é transmitida e utilizar a mesma para promover e manter uma ótima saúde (WHO, 2013). Desta forma, é necessário motivação e competência para que cada um seja capaz de compreender, avaliar e aplicar a informação fornecida para poder tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doença e promoção da saúde (DGS, 2019).

Baixos níveis de literacia têm sido identificados em determinados grupos, especialmente aqueles que englobam pessoas idosas e com um baixo nível socioeconómico (Souza, Farfel, Jaluul, Queiroz & Nery, 2020). Portugal é um dos países que apresenta níveis problemáticos de literacia em saúde, comparado com níveis europeus. As pessoas com 65 ou mais anos, com níveis baixos de escolaridade, com doenças crónicas, com uma má autopercepção de saúde e que se sentem limitados por terem alguma doença crónica, são aqueles que apresentam um maior défice de literacia em saúde (DGS, 2018). De forma a dar resposta a esta problemática, a Direção-Geral da Saúde lançou em 2018 um plano de ação, onde pretendia que até 2021 fossem atingidos 4 objetivos: adotar estilos de vida

saudáveis (dando prioridade a áreas como alimentação, atividade física, saúde mental e envelhecimento ativo e saudável); capacitar a pessoa para a utilização adequada dos sistemas de saúde (dando prioridade à gestão da saúde, gestão da doença e à navegação no Sistema Nacional de Saúde); promover o bem-estar na doença crónica; promover o conhecimento e a investigação (dando ênfase aos métodos e meios de promover níveis de literacia em saúde).

Aceder e gerir um baixo nível de literacia em saúde é importante para os enfermeiros que visam ajudar os seus pacientes com diabetes a manterem-se seguros, informados e bem monitorizados. As pessoas com baixo nível de literacia apresentam dificuldade em compreender informação em saúde, o que pode levar a admissões hospitalares, dificuldade em gerir medicação (cometendo erros na sua administração) e apresentam um absentismo mais elevado nas consultas agendadas (Watts, Stevenson & Adams 2017). Ao adquirir estes conhecimentos, a pessoa idosa pode decidir quais as alterações que quer implementar no seu dia a dia, baseando esta decisão nas suas necessidades. Surge desta forma, o conceito de *empowerment,* ou seja, o processo segundo o qual as pessoas e/ou comunidades adquirem mestria sobre determinada temática, tendo como vantagens a aquisição de conhecimentos e capacidades discursivas, cognitivas e procedimentais, que lhes dão poder para intervirem. (Mendes, Rosa, Figueiredo & Pereira, 2021).

Os modelos de literacia em saúde são úteis, pois permitem analisar as competências e capacidades do indivíduo em diversas situações de saúde. Até à data, existem oito modelos de literacia sendo estes: o funcional, o interativo, o crítico, o mediático, o fundamental, o científico o cívico e o cultural. Os modelos do tipo interativo (que engloba uma literacia cognitiva mais avançada e competências sociais para promover a participação ativa nos cuidados de saúde) e crítico (que engloba a capacidade de analisar e usar criticamente informações para participar em ações que superem barreiras estruturais à saúde) insinuam que a sua expansão é feita para a área da promoção da saúde (DGS, 2019). A promoção da saúde é uma ferramenta utilizada na área da saúde há muitos anos, tendo a sua importância sido referida na Carta de Ottawa (1986), onde é descrita como sendo o processo cujo principal objetivo é aumentar a capacidade que o indivíduo e a sua comunidade tem para controlar a sua saúde, procurando-a melhorar. Tara tal, estes devem estar

aptos a identificar e realizar os seus objetivos, a satisfazer as suas necessidades e a modificar-se de forma a ser capaz de se adaptar ao meio. (DGS, s.d.).

Os profissionais de saúde, tendo um papel fundamental na promoção da saúde, baseiam grande parte da sua intervenção nas suas capacidades de comunicação. O facto de um profissional não comunicar de forma clara a informação em saúde pode influenciar a adesão da pessoa idosa às propostas efetuadas. Assim, o profissional de saúde deve ter uma linguagem acessível, clara, assertiva e positiva, deve ter um grande envolvimento, deve estabelecer uma relação terapêutica, deve ter controlo sobre a mensagem a transmitir, deve disponibilizar a informação de forma simples e fidedigna e afirmar-se como um polo comunicativo e dinâmico (DGS, 2019). Os enfermeiros, quando em contacto com pessoas que possivelmente terão um baixo nível de literacia em saúde, devem limitar ou repartir a informação em pequenas porções. Desta forma, educar pode ser feito de uma forma mais lenta dando oportunidade para que a pessoa possa compreender e para que o profissional possa avaliar a sua compreensão do tema abordado. (Watts et al., 2017).

Existem algumas ferramentas que poderão ser utilizadas e que facilitam o processo de comunicação com as pessoas idosas. A técnica do *teach-back* ajuda o indivíduo a lembrar e a entender informações importantes relativas ao seu diagnóstico ou tratamento. Nesta técnica o enfermeiro deve pedir ao indivíduo que lembre, explique ou demonstre qual a informação importante que reteve após as informações transmitidas (Fonseca, 2021). Existe também a ferramenta "*Ask Me 3: Good Questions for Your Good Health*" (patenteado pelo *Institute for healthcare improvement*) que consiste num programa educacional que incentiva a pessoa e as suas famílias a efetuar questões específicas ao profissional de saúde e que lhes vai permitir compreender a sua condição de saúde e o que necessitam de fazer para se manterem saudáveis.

O processo da promoção da literacia em saúde é complexo e depende de inúmeros fatores e dimensões. Os principais obstáculos a este processo são: a falta de interesse ou motivação; as dificuldades cognitivas e de acesso à informação; os culturais; os biológicos; os psicológicos; os sociais; a falta de empatia entre os

interlocutores; as informações contraditórias provenientes de várias fontes de informação; o não domínio do código usado na mensagem. (DGS, 2019)

1.4. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A CAPACITAÇÃO DA PESSOA IDOSA NA AUTOGESTÃO DA DM2

A diabetes é uma doença complexa na qual o autocuidado surge como uma ferramenta essencial para o seu tratamento. Ao educarmos a pessoa idosa para o autocuidado temos de ter em conta os vários aspetos do cuidar, com por exemplo, o aspeto clínico, educacional, psicológico e comportamental. (Powers et al. 2020)

Esta ação educativa promove uma mudança comportamental, na qual as intervenções de enfermagem têm como objetivos identificar a mudança de comportamento necessário ao autocuidado, identificar quais os fatores que interferem com a mudança de determinado comportamento e utilizar diferentes abordagens de acordo com os fatores intervenientes. (Oliveira et al., 2016).

Quando a pessoa idosa adquire um bom nível de autocuidado, poderá ter uma maior consciência das suas necessidades e em simultâneo com o aumento da literacia em saúde poderá ser capaz de autogerir a sua doença de uma forma eficaz. Asssim, educar a pessoa idosa para a autogestão é considerado como um processo no qual a pessoa irá adquirir conhecimentos e competências necessárias para modificarem comportamentos. (Formosa & Muscat, 2016)

De acordo com Bartlam, Rathod, Rowlands e Protheroe (2016) o enfermeiro para obter sucesso na capacitação da pessoa idosa para a autogestão deve eleborar em conjunto com a mesma um plano de autogestão, onde devem estar incluídas as metas que se pretende atingir, utilizando quando necessário brochuras de suporte acerca desta temática. Posteriormente, deve efetuar telefonemas de suporte para avaliar a evolução do plano, bem como ajudar nas dificuldades sentidas. No entanto, estes autores referem que o sucesso deste método torna-se mais elevado se a pessoa demonstrar motivação para a mudança.

Outro estudo realizado por Markle-Reid et al. (2018) identificou que o enfermeiro em conjunto com outros profissionais de saúde, como por exemplo, uma dietista, conseguia elaborar um programa educativo com a duração de 6 meses que consistia em efetuar visitas domiciliárias (altura ideal para identificar barreiras

existentes e promover momentos de educação para a saúde), em efetuar sessões de grupo mensais (onde a pessoa idosa poderia partilhar experiências, bem como verificar o sucesso da modificação de comportamentos) e onde abordava a pessoa idosa de forma holística e planeava intervenções individualizadas, sempre com o apoio do familiar e/ou cuidador informal. Este estudo demonstrou que quem participava neste programa educativo apresentava melhoria da sua saúde mental, com a diminuição dos sintomas depressivos, e apresentava uma melhor autogestão da doença, sem ser necessário mais custos para a pessoa idosa.

Kjellsdotter, Berglund, Jebens, Kvick e Andersson (2020) acreditavam que a forma mais eficaz de se capacitar a pessoa idosa para a autogestão da doença era através da realização de sessões de grupo com a duração de 2 horas. Estas sessões são lideradas por enfermeiros que vão conduzindo a sessão e que irão permitir que a pessoa idosa esclareça dúvidas, que faça uma reflexão sobre sessões anteriores e que partilhe por escrito as suas aprendizagens ao longo do tempo. Com estas sessões identificou-se que a pessoa idosa consegue aprender com os seus pares, consegue aumentar a sua autoconsciência, encontra motivação para a mudança e aprende através da experiência.

Já Kim e Utz (2019) acreditam que a melhor forma de capacitar a pessoa idosa para a autogestão é através da utilização da técnica do teack-back (já anteriormente referida neste relatório), uma vez que esta permite validar os conhecimentos que são transmitidos. Nestes conhecimentos devem ser incluídos os riscos existentes para a saúde e os benefícios de uma boa autogestão da doença. Também acreditam que o enfermeiro deve providenciar informação com a condição de efetivamente haver uma alteração de comportamento. Segundo estes autores isto vai permitir aumentar a literacia em saúde, adaptada à capacidade de cada idoso, que por sua vez já se encontra comprovado que é uma mais valia para autogerir uma condição crónica como a diabetes.

Em toda a literatura encontrada sobre a temática da autogestão da diabetes mellitus tipo 2 o enfermeiro tem um papel fundamental junto da pessoa idosa e sua familia e/ou cuidadores informais. Os cuidados de saúde primários, segundo a literatura são o local ideal para a realização da maioria destas intervenções de enfermagem.

1.5. PROMOÇÃO DA SAÚDE SEGUNDO NOLA PENDER

Atividades de promoção da saúde apresentam inúmeros beneficios tais como a melhoria das funções físicas das pessoas idosas, a satisfação espiritual e promovem uma sensação de realização. O estar comprometido em atividades de promoção da saúde é influênciado pelas características pessoais, pela perceção dos beneficios dessas atividades, pela perceção das barreiras existentes, pela perceção de autoeficacia, por fatores situacionais, fatores relacionais interpessoais, e sentimentos acerca da participação nas atividades (Chen & Hsieh, 2021).

O modelo de promoção da saúde de Nola Pender foi desenvolvido na década de 80 nos Estados Unidos e explica os comportamentos de saúde que enfatizam o papel das especativas ao moldar o comportamento. Quanto maior é a autoeficacia ou a competência de percepção de um comportamento, maior é a probabilidade da pessoa comprometer-se à ação e efetivamente manter o comportamento. Este modelo permite que os enfermeiros explorem os processos biopsicossociais complexos que motivam as pessoas a comprometerem-se com comportamentos direcionados a melhorar a saúde (Ho, Berggren & Dahlborg-Lyckhage, 2010).

O modelo de Nola Pender apresenta quatro conceitos principais: a pessoa; o ambiente; a enfermagem; a saúde. Neste modelo a pessoa é definida como sendo um organismo biopsicossocial que é moldado pelo ambiente e no qual se adapta. O conceito de ambiente deve ser compreendido como o resultado das relações entre o indivíduo e o acesso aos recursos de saúde, sociais e económicos, proporcionando um ambiente saudável. O conceito de enfermagem encontra-se interligado com as estratégias que o enfermeiro deve dispor para promover comportamentos de saúde, sendo um dos seus principais papéis o de estimular o autocuidado. Em colaboração com a pessoa e a sua família, constrói um ambiente promotor de saúde física e mental. O conceito de saúde abrange os indivíduos, as suas famílias e a comunidade em que se encontra inserido e tem como principal objetivo a melhoria do bem-estar e o desenvolvimento de capacidades tendo em conta variáveis como a idade, a raça e a cultura numa perspetiva holística. (Galvão & Gomes, 2021).

Assim, este modelo apresente 3 grande componentes:

1. <u>Características e experiências do indivíduo</u> – Integra o comportamento anterior ou comportamentos similares realizados no passado e engloba fatores

pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais), ou seja as características do indivíduo que influenciam comportamentos de saúde, como por exemplo a idade, a personalidade, a raça, a etnia e o nível socioeconómico

2. Comportamento específico - integra a perceção dos benefícios e barreiras que determinada ação irá ter, os sentimentos e emoções que ocorrem antes, durante e após a realização do comportamento, as influências interpessoais (como a família e os seus pares), os custos pessoais, a autoconfiança aquando a sua realização e as influências situacionais

3. Resultado do comportamento - incluí o comportamento de promoção da saúde, ou seja, o que se espera que seja o resultado de determinado comportamento e a preparação para a sua execução.

(Pender, Murdaught & Parsons, 2011)

Segundo Galvão et al. (2021) este modelo ao trabalhar em conjunto com o indivíduo vai permitir que os enfermeiros possuam os instrumentos necessários para os capacitar a realizarem alterações de comportamentos visando um estilo de vida mais saudável.

2. METODOLOGIA DE PROJETO

Para a elaboração do presente trabalho foi utilizada a metodologia de projeto, uma vez que o seu objetivo principal é a resolução de problemas, identificados em contexto real. A resolução de problemas apenas é possível através da implementação de intervenções sustentadas na investigação, permitindo desta forma a produção de conhecimento (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Esta metodologia apresenta-se como sendo uma atividade intencional, isto é, pressupõe a existência de um objetivo que irá dar sentido às atividades realizadas, estando inerente iniciativa e autonomia por parte dos que o realizam, autenticidade, uma vez que envolve um problema genuíno, engloba complexidade e incerteza e tem um carácter prolongado e faseado, prolongando-se por um período de tempo (Ruivo et al., 2010).

A primeira etapa desta metodologia corresponde ao diagnóstico de situação cujo seu objetivo é descrever a realidade sob a qual pretendemos atuar de forma a alterarmos o que julgamos necessário para alcançar determinados benefícios e que estes possam perdurar após o término do projeto. É um processo dinâmico, contínuo e que pode sofrer constantes atualizações e tem em conta o contexto social, económico e cultural onde o problema é identificado (Ruivo et al., 2010). Neste projeto o diagnóstico de situação foi elaborado através da observação e comparação dos procedimentos de enfermagem utilizados em contexto real com os que se encontram descritos na literatura.

Este método permitiu identificar ao nível dos cuidados de saúde primários que é necessário um maior acompanhamento das pessoas idosas no processo de as capacitar para autogerir a diabetes mellitus, bem como a presença de cuidados centrados na pessoa e em determinadas ocasiões a necessidade de utilizar novos métodos para cativar as pessoas a manterem os novos comportamentos que são necessários adquirir. Ao nível hospitalar foi identificado que existe uma necessidade de aumentar a literacia em saúde acerca da diabetes, de alterar comportamentos aquando a presença de um processo de doença aguda, bem como de as orientar para a alta clínica de forma a manterem um acompanhamento que lhes irá permitir a prevenção de complicações.

A segunda etapa da metodologia de projeto prende-se com a definição dos objetivos que pretendemos alcançar, que podem englobar diferentes níveis e vão desde os gerais até aos mais específicos. Deste modo, os objetivos gerais devem fornecer informações acerca do que deverei ser capaz de realizar após a realização do percurso académico. Por sua vez, os objetivos específicos dizem respeito aos conhecimentos e aptidões que deverei adquirir ao longo do mesmo percurso (Ruivo et al., 2010).

A terceira etapa baseia-se na elaboração das atividades a realizar no (s) contexto (s) onde é aplicado o projeto. Estas atividades apresentam um variado leque de possibilidades e nas quais os enfermeiros têm um papel fundamental uma vez que são profissionais que têm competências de pesquisa que podem contribuir para o avanço na prática de enfermagem (Ruivo et al., 2010). Desta forma foi elaborado um plano de ação a executar ao longo destes estágios.

Na quarta etapa, foi colocado em prática as atividades que foram planeadas nas fases anteriores. Assim, foram selecionados dois campos de estágio, um realizado em uma unidade de saúde familiar (englobando desta forma os cuidados de saúde primários) e o segundo num centro hospitalar, mais propriamente num serviço que engloba valências de medicina e cirurgia (obtendo assim a valência dos cuidados hospitalares).

Numa quinta e última etapa, que diz respeito à divulgação dos resultados obtidos, é possível dar a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projeto e o percurso efetuado na resolução do problema identificado (Ruivo et al., 2010). Neste caso específico, a divulgação dos resultados é feito através da elaboração deste relatório de estágio que vai permitir informar o público, para que este o possa adaptar a outros contextos.

3. CONTEXTOS SELECIONADOS PARA A EXECUÇÃO DO PROJETO

Durante a unidade curricular opção II foi necessário identificar os locais de estágios que me iriam permitir atingir os objetivos delineados e que por sua vez me permitissem desenvolver competências de enfermeiro mestre e especialista. De forma a desenvolver competências no âmbito da capacitação da pessoa idosa na autogestão da diabetes tipo 2, foram selecionados dois locais de estágio, um a ser desenvolvido em cuidados de saúde primários e outro a ser desenvolvido em contexto hospitalar.

O estágio efetuado nos cuidados de saúde primários foi inicado no dia 11 de Outubro e teve o seu término a 17 de Dezembro de 2021, e correspondeu a uma unidade de saúde famíliar (USF), na cidade de Setúbal, que funciona como modelo B. As USF´s modelo B são descritas como sendo portadoras de equipas com um amadurecimento organizacional mais elevado e cujo trabalho em equipa de saúde familiar é efetiva. Para além disso, estas unidades estão dispostas a contratualizar um desempenho mais exigente e uma participação na acreditação da USF por um período de 3 anos (Melo, 2021). Aqui foi possível prestar cuidados à pessoa idosa tendo em conta o seu contexto social, económico, cultural e familiar.

O estágio seguinte, que decorreu entre 3 de Janeiro e 25 de Fevereiro de 2022, decorreu num centro hospitalar em Setúbal, mais específicamente num serviço que engloba não só uma área médica (desde o início da pandemia), bem como uma área com diversas especialidades cirúrgicas. Neste sentido, foi possível prestar cuidados a pessoas idosas com diabetes tipo 2 em ambas as valências, atuando junto destas desde o momento da sua admissão no serviço até à sua alta clínica.

A diabetes é um doença complexa e desafiante que requer uma autogestão diária baseada em decisões tomadas pela pessoa portadora da doença. Para tal é necessário englobar tanto a parte clínica, como a educacional, a psicológica e a comportamental, aspetos fulcrais do cuidar (Powers et al., 2020). Assim, baseamos o nosso cuidar em *guidelines* internacionais, emanadas pela organização mundial da saúde e em indicações provenientes de instituições que preveligiam a investigação nesta área como é o caso da ADA.

4. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS DO PROJETO

A elaboração deste projeto e a sua posterior aplicação tem como finalidade o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro mestre e especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no âmbito da capacitação da pessoa idosa com diabetes mellitus para a autogestão da sua doença. Estas competências irão contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem. Para além das competências acima descritas foi me possível atingir as competências delineadas pelos descritores de Dublin necessárias para a obtenção do 2º ciclo de estudos (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 Setembro).

Neste percurso foi fundamental a utilização da prática baseada na evidência (PBE). Esta prática, para além de se basear em evidência adquirida através da investigação, também é influênciada pelos juízos, valores e fatores individuais de cada indivíduo. Os enfermeiros ao utilizarem esta prática, conseguem colocar questões que vão identificar a altura correta de alterar a sua prática, baseando-se desta forma em boa informação, na avaliação da prática e nos resultados obtidos (Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], 2012).

Tendo estes aspetos em consideração, este projeto apresenta como objetivo geral : Desenvolver intervenções de enfermagem especializadas para a capacitação da pessoa idosa na autogestão da diabetes mellitus tipo 2.

Assim, foram definidos como objetivos específicos para o estágio realizado na unidade de saúde famíliar:

- Promover a literacia em saúde nas pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2;
- Promover comportamentos de autogestão nas pessoas idosas com diabetes tipo 2;
- Divulgar e refletir acerca das atividades efetuadas ao longo do estágio.

Para a prestação de cuidados em contexto hospitalar foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Promover a literacia em saúde nas pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2;
- Promover comportamentos de autogestão nas pessoas idosas com diabetes tipo 2;

- Promover a uniformização dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com diabetes mellitus tipo 2;
- Divulgar e refletir acerca das atividades efetuadas em estágio;
- Promover a formação da equipa de enfermagem, no que diz respeito às intervenções de enfermagem para a capacitação da pessoa idosa na autogestão da diabetes mellitus tipo 2.

5. ATIVIDADES EXECUTADAS

Basear a nossa prática na mais recente evidência científica, irá aumentar a segurança dos cuidados prestados ao doente e melhorar as respostas à população em geral. No entanto, alterar comportamentos, mesmo tendo estes como meta a melhoria dos cuidados, é um desafio para os profissionais de saúde (Curtis, Fry, Shaban & Considine, 2016).

Este projeto permitiu-me identificar quais as intervenções de enfermagem descritas na literatura, que são eficazes na capacitação da pessoa idosa na autogestão da DM.

Assim, o primeiro estágio, foi realizado nos cuidados de saúde primários (CPS), local que detem o papel principal no diagnóstico precoce, no acompanhamento das pessoas com DM e no seu tratamento (DGS, 2019).

Para atingir os objetivos a que me propus neste local de estágio planeei as seguintes atividades:

- Reunião com a enfermeira orientadora para compreender o funcionamento da USF, o material disponível para a execução das atividades e conhecer a equipa multidisciplinar que presta funções nesta unidade;
- Consulta de normas e protocolos existentes na unidade;
- Acompanhar a enfermeira orientadora na prestação de cuidados à pessoa idosa com diabetes mellitus, seja em formato presencial, ou em contexto domiciliário;
- Desenvolver sessões de educação para a saúde sobre a fisiopatologia da doença, as complicações inerentes à mesma, prevenção, tratamento da diabetes tipo 2, alterações emocionais que podem ocorrer ao longo da evolução da doença, efetuadas individualmente durante as consultas de enfermagem;
- Elaborar folhetos informativos enquanto material didático para reforçar a informação transmitida durante as sessões de educação para a saúde;
- Identificação de barreiras (biológicas, sociais e económicas) que possam inibir a alteração de comportamentos que melhoram a autogestão da doença;

- Planear a introdução de comportamentos promotores de autogestão e esclarecer a forma os efetivar, tendo em conta o contexto social e económico em que a pessoa se encontra inserida;
- Inclusão do cuidador familiar/ cuidador informal na tomada de decisão;
- Elaborar e apresentar um estudo de caso;
- Partilhar e refletir com a equipa de enfermagem sobre as atividades realizadas e feedback das pessoas idosas, bem como oportunidades existentes para a melhoria dos cuidados.

Ao longo de uma trajetória de fragilidade ou doença, frequentemente a pessoa idosa necessita de cuidados diferenciados. No entanto, quando essa doença requer hospitalização, essa experiência pode ser stressante ou mesmo fragilizar ainda mais e pessoa idosa, podendo levar a readmissões hospitalares (Ludvigsen & Hoy, 2018).

Assim, o enfermeiro presente neste contexto acaba por ser uma presença importante no acompanhamento e monitorização da evolução do estado de fragilidade do doente. Para ir ao encontro dos objetivos elaborados, planeei as seguintes atividades:

- Reunião com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe do serviço, com o objetivos de informar acerca das metas a atingir para este estágio e os recursos materiais e humanos disponíveis para a execução do projeto;
- Consulta de protocolos e normas de orientação clínicas existentes em vigor no centro hospitalar;
- Desenvolver sessões de educação para a saúde sobre a fisiopatologia da doença, as complicações inerentes à mesma, prevenção e tratamento da diabetes tipo 2 e alterações emocionais que podem ocorrer ao longo deste período de fragilidade;
- Elaborar folhetos informativos enquanto material didático para reforçar a informação transmitida durante as sessões de educação para a saúde;
- Identificar barreiras (biológicas, sociais e económicas) que possam inibir a alteração de comportamentos que melhoram a autogestão da doença;

- Planear e explicar a forma como alterar comportamentos para que sejam promotores de autogestão e esclarecer a forma os efetivar, tendo em conta o contexto social e económico em que a pessoa se encontra inserida;
- Incluir o familiar e/ou o cuidador informal na tomada de decisão;
- Planear a transição de cuidados do contexto hospitalar para o contexto de cuidados de saúde primários;
- Elaborar um guia orientador que forneça à equipa de enfermagem a mais recente literatura acerca da temática, bem como sugestões de atividades que capacitem a pessoa idosa na autogestão da doença;
- Realizar uma sessão de formação para apresentação do projeto à equipa de enfermagem e para dar a conhecer a mais recente evidência científica sobre esta temática;
- Colaborar com a equipa de enfermagem aquando a aplicação das intervenções de enfermagem junto da pessoa idosa e avaliação das dificuldades sentidas;
- Elaborar e divulgar o estudo de caso a realizar;
- Partilha e reflexão com a equipa de enfermagem sobre as atividades realizadas e feedback das pessoas idosas, enquanto oportunidade de melhoria dos cuidados.

De forma a otimizar as minhas aprendizagens e o desenvolvimento das competências a que me propus com a implementação deste projeto, ficou delineado com a enfermeira chefe que para além de acompanhar a enfermeira orientadora na sua prestação de cuidados à pessoa idosa, que também iria colaborar na execução de algumas das responsabilidades da mesma como é o caso da realização de auditorias sobre o uso correto dos equipamentos de proteção individual e da lavagem correta das mãos e na elaboração de alguns itens do caderno de encargos.

No centro hospitalar existe um grupo coordenador local de controlo de infeção e de prevenção de resistência aos antimicrobianos. Este grupo é responsável pelo envio das auditorias a serem realizadas anualmente em cada serviço que são no âmbito das precauções básicas, do uso de equipamentos de proteção individual (EPI`S) e da lavagem das mãos. Todas estas áreas vão ao encontro do controlo de infeção importante para qualquer profissional de saúde.

O caderno de encargos é o conjunto de critérios que são emanados pelo gabinete da qualidade, existente no centro hospitalar, para cada um dos serviços.

Um elemento de cada serviço é responsável por dar resposta aos critérios obrigatórios emanados por este gabinete, indicando neste caderno de encargos se estão a ser cumpridos e quando necessário justificando os mesmos. Posteriormente, são feitas auditorias aos itens deste caderno de encargos que servirão de base para a acreditação do centro hospitalar

A enfermeira orientadora que me acompanhou neste estágio é a responsável pela substituição da enfermeira chefe, quando esta se ausenta. Desta forma, durante o período de 1 semana a enfermeira ausentou-se dos cuidados e assumiu este cargo. Desta forma, surge a oportunidade de adquirir alguns conhecimentos nesta área, como por exemplo a forma como se realiza a a gestão de material, gestão das camas, a gestão de conflitos e a gestão de recursos humanos.

Em ambos os contextos de estágio, fui bem acolhida, integrei-me na equipa de enfermagem e fui bem recebida pela restante equipa multidisciplinar. Mostrei-me disponível para a participação das atividades existentes nos serviços e para colaborar com a equipa de enfermagem, fomentando desta forma o meu espírito de aprendizagem.

5.1. DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A consulta de enfermagem é uma estratégia utilizada pelos enfermeiros que permite identificar diagnósticos (após uma detalhada colheita de dados) e onde são planeadas intervenções, implementadas e posteriormente avaliados os ganhos de saúde obtidos (Melo, 2021). Para a realização de uma consulta de enfermagem poderão ser consideradas as seguintes etapas: o plano prévio (que diz respeito à preparação da consulta); a introdução (onde existe o primeiro contacto com o utente); a atividade de diagnóstico (que corresponde à avaliação que é feita ao utente); o diagnóstico (elaboração do diagnóstico que deve ser partilhado com o utente); as intervenções (que são prescritas e aplicadas pelo enfermeiro); a avaliação dos resultados/negociação (aqui são apresentados os resultados obtidos das intervenções já efetuadas em consultas anteriores e onde são negociadas novas intervenções a realizar) (Melo, 2021).

Uma vez que as consultas de enfermagem são um ponto fulcral de transmissão de conhecimentos e avaliação do estado do doente, foram utilizados estes momentos para efetivar algumas das atividades a que me propus, como as sessões de educação para a saúde, a utilização de material didático, a elaboração de um plano de modificação de comportamentos promotores da saúde, o esclarecimento de dúvidas e mitos e a promoção do envolvimento familiar ou do cuidador informal. Em todas as consultas efetuadas foi pedido o consentimento verbal da pessoa e do seu familiar e/ou cuidador, para que fosse eu a realizar a consulta e não a sua enfermeira de família. Toda a intervenção de enfermagem teve como base o respeito pela pessoa, o profissionalismo necessário e o consentimento por parte da mesma em todas as etapas do processo. Isto vai ao encontro da competência comum do enfermeiro especialista presente no regulamento nº140/2019 de 6 de Fevereiro.

Devido ao número elevado de pessoas idosas com diabetes tipo 2 inscritos na USF, foram selecionados apenas 12 de forma a poder aplicar as intervenções de enfermagem descritas na literatura e a acompanhar em parte a sua evolução no que diz respeito à adoção de comportamentos de autogestão.

Devido à pandemia por Covid-19 e às restrições por esta imposta (enquanto medidas de prevenção da transmissão do vírus) não me foi possível realizar sessões de grupo com as pessoas idosas, algo descrito na literatura como sendo uma intervenção com resultados bastantes positivos quando abordamos a temática.

Tive a oportunidade de observar a enfermeira orientadora na prestação de cuidados aos pés das pessoas idosas com diabetes e posteriormente também eu realizá-los. Neste campo, foi efetuada a avaliação da escala do risco de desenvolver pé diabético, de fazer uma avaliação efetiva dos pés, realizar ensinos sobre cuidados a ter com os pés e realizar os testes de sensibilidade através do teste do monofilamento e do diapasão, seguindo desta forma a norma 003/2011 da DGS, que refere que o primeiro teste é utilizado para marcar o risco de ulceração e o segundo mais direcionado para verificação da sensibilidade. Também nesta fase foram usados as brochuras informativas atualizadas neste âmbito.

Surge também neste contexto de estágio a oportunidade de acompanhar a enfermeira orientadora nos cuidados de enfermagem prestados em contexto de

visita domiciliária. Tal acontecia quando existiam lugares suficientes na carrinha que nos transportava. Para entrar na casa das pessoas, a enfermeira não só apresentava-me como pedia o consentimento verbal para que eu pudesse entrar. Ao longo destas visitas foi me possível observar as seguintes intervenções de enfermagem: tratamento de feridas e de úlceras por pressão, apoio à pessoa idosa e seu cuidador informal/familiar, troca de sondas nasogástricas, ensinos sobre administração de alimentação por sonda nasogástrica e informação sobre recursos disponíveis na comunidade e como poderiam proceder a essa articulação. Desta forma a gestão dos cuidados de enfermagem vai ao encontro de uma das competências comuns do enfermeiro especialista presente no regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro. Maioritáriamente estas visitas consitutiram um momento de aprendizagem através da observação e de reflexão dos momentos experienciados.

Ao participar nas visitas domiciliárias compreendi que apesar do curto período de tempo que a enfermeira permanece no domicílio, é possível realizar uma avaliação do estado geral da pessoa idosa, das dificuldades que tem sentido de momento e se precisam de algum apoio por parte da equipa. Apesar de haver alternâncias dos enfermeiros que realizam estas visitas a informação era trasmitida através das notas efetuadas no S.Clinic, e se mesmo assim surgissem dúvidas as colegas comunicavam entre elas. A articulação existente na equipa de enfermagem também vai ao encontro de uma das competências comuns do enfermeiro especialista presente no regulameto nº 140/2019 de 6 de Fevereiro.

Uma destas visitas domiciliária foi realizada a uma pessoa idosa com diabetes tipo 2 e seu cônjuge/cuidador, onde me foi possível realizar uma avaliação dos fatores de risco de desenvolvimento de complicações da diabetes, da capacidade de autogestão do regime medicamentoso, da realização de um bom regime nutricional, das barreiras físicas existentes relativas à prática de atividade física, de avaliação de alguns conhecimentos sobre a diabetes e sobre os cuidados realizados aos pés. Este momento de aprendizagem foi documentado em formato de um estudo de caso.

Os aspetos avaliados na visita domiciliária são aqueles mais referenciados na literatura. Relativamente à autogestão do regime terapêutico foi essencial avaliar os

conhecimentos que a pessoa idosa tem sobre a medicação que efetua e a forma como realiza a sua administração. Segundo Melo (2021), existem 4 tipos de perfis de gestão do regime terapêutico: o responsável, o negligente, o independente e o formalmente guiado. As pessoas com o tipo de gestão do regime terapêutico responsável apresentam uma motivação intrínseca que facilita o desenvolvimento da autodeterminação e da perceção de autoeficácia e para além disso aceitam e solicitam intervenções que envolvem educar e ensinar. As pessoas com o tipo de gestão do regime terapêutico negligente recusam o tratamento aconselhado, faltam a consulta e a exames, não procuram informação e desconhecem parâmetros de autovigilância. As pessoas com o tipo de gestão do regime terapêutico independente associam a doença à fraqueza e à dependência que pode lesar a perceção sobre si próprio. As pessoas com o tipo de gestão do regime terapêutico formalmente guiado aceitam e esperam intervenções que os instrua e os treine para a realização de uma determinada tarefa, não desejando ir mais além que isso. (Melo, 2021)

Nesta minha permanência nos cuidados de saúde primários, em contacto com pessoas idosas com diabetes tipo 2, foi verificado que quando eram acompanhadas com regularidade, estas acabavam por apresentar alguns resultados positivos no que diz respeito à manutenção de comportamentos de autogestão.

Relativamente à alimentação de uma pessoas com DM, podemos referir que esta deve utilizar a alimentação como uma ferramenta essencial na manutenção de valores de glicemia, uma vez que nesta doença existem alterações do metabolismo dos nutrientes (sobretudo nos hidratos de carbono) que podem levar à hiperglicemia (Matos, Calado, Mendes, Pedrosa & Figueiredo, 2020). Boavida (2013), refere que a probabilidade de alguém alterar o seu estilo de vida e mantê-lo durante muito tempo é reduzida se estas alterações não tiverem significado para a pessoa ou não forem escolhidas por ela.

Um dos fatores de risco para o desenvolvimento da DM e por sua vez para o desenvolvimento precoce das suas complicações é a falta de atividade física (WHO, 2013). No entanto, ao desenvolver estratégias em conjunto com a pessoa idosa temos de ter em conta as alterações físicas decorrentes da idade ou de outras patologias, que as possam impedir de realizar grandes esforços físicos.

Uma lacuna que muitas pessoas idosas apresentavam era a realização de cuidados aos pés. Segundo a norma 003/2011 da DGS, devemos informar a pessoa com diabetes relativamente a cuidados de higiene e hidratação da pele, conhecimento dos agentes agressores, o uso de palmilhas ou suportes plantares, o uso de calçado adequado, a forma como devemos remover as calosidades e os sinais de alerta. De forma a facilitar a transmissão desta informação, foram atualizados 2 folhetos sobre esta temática, que existiam previamente nesta unidade e entregues à pessoa idosa e para reforçar a informação já transmitida pessoalmente.

Numa fase final deste estágio foi feita uma avaliação presencial e telefónica às pessoas com as quais contactei em contexto de consulta de enfermagem, de forma a avaliar as aprendizagens adquiras, os comportamentos alterados, as dificuldades sentidas e qual o plano futuro para a manutenção de uma boa autogestão da sua diabetes.

Após esta avaliação foi realizada um momento refletivo com a equipa de enfermagem, onde transmiti as dificuldades sentidas ao longo do meu percurso, as atividades realizadas junto das pessoas idosas, as principais dificuldades verbalizadas pela pessoa idosa e seu cuidador e material didático utilizado. Desta forma, foi possível verbalizar sugestões de atividades para a melhoria dos cuidados de enfermagem e melhoria do material didático a ser utilizado. A equipa de enfermagem ainda me sugeriu formas de otimizar o meu desempenho profissional, algo que estou grata.

5.2. DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES EM CONTEXTO HOSPITALAR

Ao longo deste estágio foi me possível acompanhar a enfermeira orientadora na prestação de cuidados e desta forma compreender o percurso da pessoa idosa com diabetes tipo 2 desde o momento em que é admitido no serviço até ao momento da sua alta clínica. Desta forma, prestei cuidados a pessoas idosas com diabetes tipo 2 que tinham por base patologias médicas e cirúrgicas, prestei cuidados a feridas simples e complexas, prestei cuidados de higiene e conforto, administração de terapêutica e preparação para a alta.

O cuidar, enquanto missão assumida maioritariamente pelos enfermeiros, apresenta-se como um processo complexo que engloba a prevenção, a reparação e manutenção das pessoas idosas, que tornam-se fundamentais na promoção da saúde e na presenvação da qualidade de vida (José & Gomes, 2021)

Numa fase inicial achei importante recolher junto das pessoas idosas com diabetes tipo 2, informação acerca de elementos (relativos à autogestão da sua doença) que sentiam mais dificuldades. Simultaneamente, recolhi junto da equipa de enfermagem, informação acerca dos pontos que consideravam mais importantes abordar acerca desta temática. Esta atividade permitiu-me compreender a visão da pessoa idosa e do enfermeiro e desta forma planear uma intervenção que orientasse a equipa para o acompanhamento destas pessoas ao longo do seu internamento.

Com os dados obtidos foram elaborados duas brochuras informativas, uma relativa a comportamentos facilitadores da autogestão da DM e outra sobre a administração de insulinoterapia. Senti a necessidade de elaborar a brochura sobre a insulinoterapia uma vez que de momento encontra-se preconizado no centro hospitalar que todo o doente diabético deverá realizar o seu controlo glicémico, através da administração de insulina, de forma a permitir um melhor controlo dos valores de glicemia. A necessidade de efetuar um controlo mais rigoroso deve-se ao facto de poderem estar presentes outras patologias ou medicamentos essenciais à melhoria do estado clínico da pessoa em questão. Por outro lado também surgiram situações em que a pessoa idosa inciava insulinoterapia no internamento e que iria manter em contexto de domicílio. Este documento torna-se então um suporte para a pessoa idosa e seus familiares e/ou cuidadores informais.

A pessoa com DM tipo 2 , no momento da admissão é questionada sobre a terapêutica que efetua, se tem cuidados com a alimentação, se apresenta feridas e se é efetuada uma avaliação da glicemia com regularidade. Posteriormente, é feita uma avaliação da dependência de cada indivíduo na realização de atividades de vida diárias (através da escala de Bhartel), do risco de queda (através da escala de Morse), do risco de desenvolver úlceras por pressão (através da escala de Braden), da dor e a avaliação da capacidade cognitiva para o desenvolvimento de competências.

Ao longo do internamento a equipa de enfermagem vai esclarecendo dúvidas que surgam à pessoa idosa e seus familiares acerca da sua diabetes e simultâneamente é incentivada a cumprir uma alimentação regrada e a ser autónomo na automonitorização da sua diabetes, quando a sua capacidade cognitiva assim o pertmite.

No momento da alta clínica se houver alteração terapêutica esta é enunciada pela equipa médica e caso esta seja insulinoterapia os enfermeiros realizam ensinos sobre cuidados a ter com a sua administração, o seu manuseamento, o seu armazenamento e sobre sinais de alerta. No entanto, uma lacuna encontrada foi a não referência na nota de alta de enfermagem sobre alterações existentes ao longo do internamento relacionada com a diabetes ou sobre a necessidade de manter a continuidade dos cuidados.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de realizar sessões educativas sobre a diabetes mellitus tipo 2 a pessoas idosas. Sabendo da complexidade das intervenções relativas à capacitação da pessoa idosa na autogestão da sua doença, achei pertinente elaborar um guião direcionado aos profissionais de saúde cuja sua principal função é servir como ferramenta de apoio aos mesmos aquando a sua intervenção junta da pessoa idosa. Neste guião, podemos encontrar um breve enquadramento teórico, o qual contém a mais recente literatura acerca da temática, que iria permitir aos enfermeiros não só recordar, como aos profissionais aprender algo novo sobre o tema. Optei por colocar uma sugestão de uma sessão de educação para a saúde, repartida em 5 sessões (ponderando um internamento médio de 5 dias), uma vez que facilita a compreensão da informação transmitida e permite que a pessoa idosa tenha tempo para esclarecer possíveis dúvidas existentes. As 5 sessões foram divididas da seguinte forma:

- 1.º sessão: Recolha de dados acerca dos conhecimentos sobre a doença, dificuldades sentidas até ao momento no que respeita a autogestão, crenças e valores que possam ser barreiras à autogestão, cuidados que têm com a alimentação e a prática de atividade física (pontos referidos como sendo os mais difíceis de gerir na recolha de dados efetuada no início do estágio);
- 2.º sessão: Entrega do folheto “Autogestão da Diabetes Mellitus tipo 2” e quando aplicável o folheto “Insulinoterapia na pessoa idosa com Diabetes Mellitus”

e explicar a sua funcionalidade, explicar a importância de compreender a sua doença, educar acerca da mesma e incentivar a presença de familiares e/ou cuidadores;

- 3.º sessão: Educar sobre cuidados a ter com a alimentação na DM tendo em conta os seus gostos e disponibilidade na aquisição de determinados alimentos e em parceria preencher o folheto com a sugestão de ementa para facilitar a sua compreensão.
- 4.º sessão: Educar acerca da importância da atividade física, preencher o folheto na área do planeamento semanal e esclarecer quaisquer dúvidas sobre o folheto e sobre o conteúdo abordado até ao momento;
- 5.º sessão: Esclarecimento de dúvidas, reforçar informação fornecida e dar ferramentas para a alta clínica.

A elaboração deste guião teve em conta o que Nola Pender preconizou com o seu modelo de promoção da saúde. Numa primeira fase ao identificarmos quais as barreiras físicas e psicológicas, ao identificarmos medos, crenças e valores presentes na pessoa idosa estamos a ir ao encontro de uma das componentes iniciais do modelo, que se designa por características e experiências do indivíduo que irá servir de base à modificação de um comportamento pré-existente para um comportamento promotor da saúde. Por sua vez, ao seguirmos as indicações fornecidas pelo guia podemos compreender a perceção que a pessoa idosa tem dos benefícios que irá ter a alteração de determinado comportamento para a sua saúde, indo desta forma ao encontro da segunda componente referida no modelo: componente do comportamento específico. Por fim, ao identificarmos o que efetivamente vai resultar a alteração que pretendemos estamos a ir ao encontro da terceira componente: resultado do comportamento.

Posteriormente, junto de uma pessoa idosa, tive a oportunidade de realizar sessões de educação para a saúde utilizando a sugestão presente no guião, podendo desta forma efetivar a sua pertinência e se a divisão das sessões eram realmente eficazes. Esta intervenção foi descrita em formato de estudo de caso.

A participação da família nestas atividade foi fundamental. No entanto, esta participação familiar acabou por ser restrita uma vez que estavam presentes limitações relacionadas com a pandemia. Foi possível compreender que a a junção

dos conhecimentos dos diversos profissionais de saúde, neste caso em particular, dos enfermeiros, que a presença e participação da pessoa idosa e do seu familiar e/ou cuidador informal é essencial para se dar início a um processo de elaboração de um plano integrado e individualizado de cuidados que visam a construção de uma relação terapêutica sólida (Cordeiro, Arco & Carvalho, 2021).

Ao longo deste processo foi necessário mobilizar conhecimentos que me permitiram desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, como por exemplo cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivênciar processos médicos e /ou cirúrgicos, decorrentes de doença aguda ou crónica. Para além disso, também tive de demonstrar que era capaz de responder de forma eficaz à complexidade dos processos médicos e/ou cirúrgicos vivenciados pela pessoa e sua família e/ou cuidadores, através da mobilização de conhecimentos e habilidades especializadas, atendendo assim a mais uma competência do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento nº 429/2018 de 16 Julho)

Numa fase seguinte, foi efetuada uma sessão formativa, repetida 3 vezes para que toda a equipa de enfermagem tivesse a oportunidade de assistir (Slides da formação presentes no apêndice I). A formação enquanto elemento de desenvolvimento profissional, deve estar presente ao logo da nossa vida, promovendo desta forma a excelência dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015). Esta formação, teve como objetivo dar a conhecer o meu projeto à equipa de enfermagem, dar a conhecer a mais recente literatura sobre esta temática, dar a conhecer o material didático elaborado neste estágio e informar que estaria à disposição de todos os profissionais. Foi também apresentado o estudo de caso, dando exemplos concretos de como aplicar na prática o que diz a literatura. Como sugestão final foi pedida a colaboração de toda a equipa para que junto da pessoa idosa dessem início a uma sessão educativa, utilizando o esquema das 5 sessões elaboradas no guião. Esta seria uma intervenção a ser incluída no plano de cuidados à pessoa idosa com diabetes tipo 2. No final, foi feita uma avaliação formal da formação por parte da equipa de enfermagem, bem como o preenchimento de folha de presença. A realização desta atividade permitiu que atingisse a competência de enfermeiro Mestre: Ser capazes de comunicar as suas conclusões,

os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei n.º74/2006).

Após a intervenção da equipa de enfermagem (tendo eu colaborado em todas as suas fases) foi realizada uma avaliação da intervenção. Nesta avaliação, a equipa de enfermagem, revelou que o guião realmente foi uma ferramenta que os apoiou e que se revelou importante. Para além disso, sentiram que os folhetos foram bem recebidos e apreciados pelas pessoas idosas. No entanto, sugeriram a elaboração de um instrumento de validação dos ensinos efetuados onde poderia estar presente a sessão efetuada e a data em que decorreu, que ficaria no processo do doente de forma a ser mais facilitador da continuidade dos cuidados. Este instrumento iria permitir que aquando a alta clínica, esta informação pudesse ser incluída na nota de alta, facilitando desta forma a continuidade dos cuidados em contexto de CSP. Também foi sugerido que esta informação pudesse ser colocada no ISBAR (ferramenta utilizada para transmissão de informação entre colegas nas passagens de turnos) de forma a que mais facilmente o colega que vai dar continuidade à intervenção fosse capaz de compreender em que ponto das sessões de promoção da saúde aquela pessoa se encontrava. A folha sugerida pela equipa foi elaborada.

Devido ao curto período de tempo que permaneci neste contexto de estágio não consegui realizar mais atividades, no entanto, trabalhando profissionalmente neste serviço, ficou prometido que iria englobar o grupo responsável pela diabetes de forma a promover a aprovação por parte do conselho de administração dos folhetos elaborados, para que estes fossem oficialmente utilizados na instituição. Para além disso, pretendo dar continuidade à formação dos profissionais de enfermagem sobre a temática, incentivando a uma participação ativa junto da pessoa idosa com diabetes tipo 2. Ficou também o incentivo de haver uma maior comunicação com os profissionais dos cuidados de saúde primários sobre a evolução da diabetes em período de internamento hospitalar, através da inclusão desta informação na nota de alta de enfermagem. No entanto, atrevo-me a projetar para o futuro, uma tentativa de estabelecimento de um contacto de maior proximidade entre o centro hospitalar e os cuidados de saúde primários para que seja possível fornecer maior apoio e melhores cuidados às pessoas idosas e seus familiares e/ou cuidadores informais.

6. AVALIAÇÃO DO PROJETO

Este projeto é baseado na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2. Numa fase inicial da implementação do projeto nos cuidados de saúde primários, tinha planeado outras atividades que envolveriam uma investigação primária, onde haveria a implementação de um questionário sobre conhecimentos acerca da diabetes (Diabetes Knowledge Questionnaire –DKQ-24), de forma a identificar as principais lacunas existente de literacia em saúde nesta área e posteriormente, após a análise dos resultados, planear intervenções individualizadas e direcionadas para as lacunas identificadas. O tempo decorrido até a aprovação da utilização desse questionário por parte da comissão de ética ultrapassou o período de estágio enviabilizando a aplicação deste questionário e fui então obrigada a realizar alterações das atividades planeadas até ao momento. Este foi o ponto fraco que mais impacto teve no meu projeto.

O facto de haver bastantes restrições (relacionadas com a pandemia) relativamente ao número de familiares e/ou cuidadores informais que poderiam estar junto da pessoa idosa, revelou enfraquecer a aplicação do meu projeto, uma vez que como se encontra descrito na literatura, o suporte familiar é de extrema importânica. O mesmo poderia dizer relativamente à impossibilidade de realizar sessões de grupo nos cuidados de saúde primários, devido às mesmas razões já enunciadas.

No entanto, um ponto bastante positivo, foi a colaboração por parte de ambas as equipas que me apoiaram em todas estas dificuldades e que colaboraram na execução das atividades quando necessário. A entrega e dedicação por parte das enfermeiras orientadoras também é um ponto a ressalvar neste percurso.

Um dos principais ganhos com a implementação de projetos deste nível é sem dúvida a possibilidade de melhoria dos cuidados de enfermagem enaltecendo a importância e a qualidade desta profissão. Consegui compreender que é possível melhorar os cuidados prestados à nossa população idosa apenas alterando a forma como encaramos esta população e apostando em métodos diferenciados, individualizados e centrados na pessoa em parceria com a sua família e/ou cuidador informal.

Da mesma forma, com a aplicação deste projeto foi me possível salientar algumas áreas onde poderei atuar num futuro próximo. Compreendi a importância dos cuidados de saúde primários junto da população idosa. Por outro lado, nos locais em que passei existe uma oportunidade de atuação no sentido de criar uma comunicação entre os profissionais dos cuidados de saúde primários e os dos cuidados hospitalares, visando sempre um acompanhamento mais próximo do cliente.

7. ANÁLISE DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Nos dias de hoje, os cuidados de enfermagem carecem de uma exigência técnica e científica, fazendo com que estes profissionais cada vez mais se diferenciem e se especializem em determinada área. É pressuposto que o enfermeiro especialista tenha um conjunto de competências comuns (que possam ser aplicáveis em todos os contextos) e específicas que regulem o seu estatuto (Regulamento nº140/1029 de 6 de fevereiro).

Todo o percurso formativo, que teve início numa vertente teórica e que posteriormente levou à realização dos dois estágios já referidos, e terminou com a realização deste relatório, permitiu desenvolver um processo de autoaprendizagem, de reflexão e de desenvolvimento profissional que será notório na prestação de cuidados de enfermagem (Direção-Geral do Ensino Superior [DGES], 2011).

Todo o meu percurso ao longo destes estágios baseou-se numa prestação de cuidados centrados na pessoa idosa, com o apoio do seu familiar e/ou cuidador informal, tendo em conta todas as dimensões que influenciam o cuidar (dimensão biológica, social, económica e cultural). Segundo José et al. (2021), é necessário uma parceria entre os enfermeiros e a pessoa idosa, sua família e seus cuidadores, para que estes sejam capazes de utilizar os seus próprios recursos e outros recursos externos de forma a gerirem e melhorarem a sua condição de saúde. Desta forma, as consultas de enfermagem, as sessões de educação para a saúde, os estudos de caso, permitiram-me cuidar da pessoa idosa atendendo às suas condições agudas e crónicas, atingindo desta forma a competência específica do enfermeiro especialista: Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica (presente no Regulamento nº429/2018 de 16 Julho).

As visitas domiciliárias que culminaram com a elaboração de um estudo de caso, bem como o estudo realizado em contexto hospitalar, permitiram-me conhecer um pouco do contexto social em que a pessoa idosa estava inserida. Com estas atividades compreendi que poderiam haver barreiras ambientais que pudessem estar a interferir com uma boa autogestão da doença. Para além disso, foi possível desenvolver estratégias que ultrapassassem essas barreiras e que culminaram com

a adoção de comportamentos de autogestão. Assim, foi me possível desenvolver outra das competências específicas do enfermeiro especialista: Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/ cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica (presente no Regulamento nº429/2018 de 16 Julho).

Estes estágios decorreram numa fase pandémica, onde o controlo de infeção e o uso correto de equipamentos de proteção individual (EPI´s) tornam-se de extrema importância. O uso contínuo de máscara torna-se imperativo para prevenção da disseminação do vírus na população. Em ambos os estágios foram tidas em contas estas precauções. Nos cuidados de saúde primários para além das máscaras obrigatórias, era também tido em conta o número de pessoas presentes na unidade e nos gabinetes, bem como o uso de EPI´s. Em contexto hospitalar, tínhamos de ter em conta o uso de máscaras, o uso correto de luvas e de EPI´s. As auditorias sobre controlo de infeção também foram importantes nesta área. Assim, foi colmatada a competência específica do enfermeiro especialista: Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica (presente no Regulamento nº429/2018 de 16 Julho).

Um dos pontos inerentes à prática de enfermagem é o cumprimento do código deontológico dos enfermeiros que está regulado pela Ordem dos Enfermeiros. Este código, descreve que na nossa profissão devemos ter em conta alguns princípios como o da defesa da liberdade e dignidade da pessoa, que devemos seguir valores como os da igualdade, da liberdade, da verdade e da justiça, do altruísmo e da solidariedade, da competência e aperfeiçoamento profissional. Para além disso encontra-se descrito que este deve cumprir os deveres deontológicos em geral, cumprir o dever com a comunidade, cumprir os valores humanos, cumprir o direito à vida e qualidade de vida, cumprir o direito ao cuidado, cumprir o dever de informação, de sigilo, do respeito pela intimidade, pelo doente terminal, da humanização dos cuidados e ser objeto de consciência. Para além disso devemos agir de acordo com a ética da profissão. Não só estes aspetos devem ser praticados pelo enfermeiro de cuidados gerais como pelo enfermeiro especialista, algo de prezo muito na minha prática de cuidados. Isto leva-me a

cumprir a o ponto do domínio das competências comuns do enfermeiro especialista presente no regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro.

O facto de direcionar a minha intervenção para a área da capacitação das pessoas idosas e incluir os seus familiares/cuidadores, de aconselhar tanto as pessoas idosas como os seus pares na prestação de cuidados, de me colocar como pessoa de referência na área da DM (referindo me neste ponto ao segundo contexto de estágio), o facto de ter colaborado no preenchimento do caderno de encargos, na realização da gestão dos recursos materiais e das auditorias realizadas, fez com que atingisse diversas competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, do domínio da gestão dos cuidados e do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais descritas no Regulamento 140/2019 de 6 de fevereiro.

O grau de Mestre é atribuído, segundo o Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março, àquele profissional que possui conhecimentos e capacidade que baseando-se nos conhecimentos do nível 1 os aprofunda, os desenvolve e permitem proceder a projetos de investigação. Para além disso, este grau académico é atribuído ao enfermeiro que sabe aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, que tem a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, que sabe comunicar as suas conclusões e que possuam competências que incentivem uma autoaprendizagem. Estas competências foram atingidas com a realização dos estudos de caso onde foram planeadas intervenções complexas e onde foram comunicados os resultados das mesmas. Também a sessão de formação, os momentos reflexivos e de partilha, a elaboração das brochuras informativas e toda esta intervenção, que me levou a efetuar uma pesquisa intensiva sobre a temática, permitiram-me desenvolver as competências de enfermeiro Mestre acima descritas.

CONCLUSÃO

A DM é a doença crónica cuja a sua incidência aumenta por todo o mundo, afetando consideravelmente a população idosa. Sendo uma doença que interfere na qualidade de vida da pessoa é necessário o desenvolvimento de estratégias que ajudem a população, razão pela qual estamos perante o grande desafio do século XXI. De forma a prevenir complicações provenientes da doença, a pessoa idosa necessita de introduzir no seu dia a dia restrições alimentares, a prática de exercício físico entre outras atividades de autocuidado.

Uma das principais estratégias utilizadas na capacitação da pessoa idosa para a autogestão da DM é o aumento da literacia em saúde, que segundo a literatura apresenta níveis baixos nesta faixa etária. Ao aumentar a literacia em saúde pretendemos que a pessoa idosa aumente os seus conhecimentos acerca da doença, que passe a reconhecer os sinais e sintomas de alarme, que passe a ser capaz de controlar a sua glicemia de forma autónoma e de ser capaz de adotar comportamentos que previnam o surgimento de complicações da doença.

Através deste projeto e seguindo os pressupostos descritos pela teórica Nola Pender, foi possível comprovar a importância destas estratégias de intervenção quando a meta é a capacitação da pessoa idosa. Numa fase inicial foi necessário identificar as principais dificuldades na capacitação da pessoa idosa, que se prendiam essencialmente com a baixa literacia em saúde, que iria afetar a adesão de comportamentos, como por exemplo a alteração do regime alimentar e da prática de atividade física.

Enquanto futura enfermeira mestre e especialista tive a oportunidade de elaborar todo um plano de intervenção e delinear estratégias que me permitiram alterar de forma positiva a vida das pessoas e que deram a entender a importância de ver a pessoa de uma forma holística, ou seja, vê-la para além da sua componente física e abordar também a componente espiritual, cultural, socioeconómica e familiar.

Promover alterações no estilo de vida das pessoas é algo muito complexo e muito desafiador para o profissional de saúde. Para que tal intervenção seja um sucesso é necessário conhecer as particularidades de cada um (como crenças,

mitos, barreiras existentes, entre outras) e delinear estratégias flexíveis e contínuas para que se adaptem a qualquer situação.

É importante referir que um percurso desta complexidade traz alguns desafios e algumas limitações. Uma das limitações que existiu foi o tempo que estive em cada local de estágio, que me levou a ter de ajustar/adaptar as atividades planeadas para os mesmos. Este aspeto levou a que não fosse possível avaliar a longo prazo os resultados de uma intervenção contínua, levando a que apenas fosse possível uma única avaliação. O número reduzido de pessoas idosas que participaram nestas atividades levou a uma generalização dos resultados obtidos. No entanto, os obstáculos encontrados ao longo deste percurso permitiram um desenvolvimento pessoal fundamental para o meu futuro.

Após este percurso possa afirmar que tenho uma visão mais crítica dos cuidados que presto à pessoa idosa, tendo uma visão mais holística e compreendo a necessidade de prestar cuidados individualizados e centrados na pessoa. Fui analisando as minhas aprendizagens de refletindo a forma como as poderei introduzir na minha prática de cuidados.

O facto de ainda estarmos perante algumas limitações impostas pela pandemia, vieram trazer novos desafios à nossa vida profissional, tendo de adaptar a forma como cuidamos do outro e aprender a usar novas tecnologias para manter a excelência do cuidar. O medo decorrente destes meses de pandemia, colocaram a pessoa idosa como o grande foco da prevenção da disseminação do vírus. No entanto, estas pessoas ficaram mais isoladas e sem grande apoio. É urgente que começemos a incentivar esta população a regressar aos cuidados de saúde e a procurar apoio nos profissionais.

Devemos cuidar das pessoas idosas da mesma forma e com o mesmo cuidado e atenção que cuidariamos de um familiar nosso ou como gostariamos de ser cuidados. Se mantivessemos este foco, estariamos perante uma sociedade mais feliz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aikens, J.E., Rosland, A-M. & Piette, J.D. (2014). Improvements in illness self-management and psychological distress associated with telemonotoring support for adults with diabetes. *Primary Care Diabetes,* 9(2), 127-134. https://doi.org/10.1016/j.pcd.2014.06.003

Al-Qahtani, A.M. (2020). Frequency and factors associated with inadequate self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus in Najran, Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal,* 41(9), 955-964. https://doi.org/10.15537/smj.2020.9.25339

American Diabetes Association (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care,* 37(1), 81-90. http://doi.org/10.2337/dc14-s081;

Arney, J.B., Odom, E., Brown, C., Jones, L., Kamdar, N., Kiefer, L., Hundt, N., Gordon, H.S., Naik, A.D. & Woodard, L.D. (2020). The value of peer support for self-management of diabetes among veterans in the empowering patients in chronic care intervention. *Diabetic Medicine,* 37, 805-813. https://doi.org/10.1111/dme.14220

Baraz, S., Zarea, K. & Shahbazian, H.(2017). Impact of the self-care education program on quality of life in patients with type II diabetes. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews,* 11, 1871- 4021. http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2017.07.043;

Bartlam, B., Rathod, T., Rowlands, G. & Protheroe, J. (2016). Lay health trainers supporting self-management amongst those with low health literacy and diabetes: Lessons from a mixed methods pilot, feasibility study. *Journal of Diabetes Research,* 2016, 1-10. https://dx.doi.org/10.1155/2016/4723636

Boavida, J. (2013). Educação do doente terapêutico no tratamento da diabetes. *Revista Portuguesa de Cardiologia,* 32(1), 32-34. https://www.revportcardiol.org/pt-pdf-S0870255113700453

Brunton, S. (2018). A sobrecarga existente sobre os doentes com diabetes mellitus tipo 2 e a importância do tratamento semanal com agonistas do recetor dos GLP-1. *Postgraduate Medicine,* 47(6), 6-12.

Chen, H. & Hsieh, P. (2021). Applying the Pender´s Health Promotion Model to identify the factors related to older adults participation in community-based health promotion activities. *International Journal of Environment Research and Public Health,* 18(9985), 1-17. https://doi.org/10.3390/ijerph18199985

Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). Combater a desigualdade: Da evidência à ação. *Ordem dos Enfermeiros.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-português_vfinal_correto.pdf

Cordeiro, R., Arco, H.R. & Carvalho (2021). Trabalho interdisciplinar no cuidado à pessoa idosa, família e/ou cuidador informal In Almeida, M.L.F., Tavares, J.P.A. & Ferreira, J.S.S. (Coord.). (2021). Competências em enfermagem gerontogeriátrica: Uma exigência para a qualidade do cuidado. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Coimbra, Portugal: Unidade de investigação em ciências da saúde: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Curtis, K., Fry, M., Shaban, R.Z. & Considine, J. (2016). Translating research findings to clinical nursing practice. *Journal of Clinical Nursing,* 26, 862-872. https://doi.org/10.1111/jocp.13586

Decreto-Lei nº 74/2006 (2006). Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, 1º Série (Nº60 de 24 de Março de 2006), 2242-2257. ELI: https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387

Decreto-Lei nº 63/2016 (2016). Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República,* 1ª Série (Nº 176 de 13 Setembro de 2016), 3159-3191. ELI: https://files.dre.pt/1s/2016/09/17600/0315903191.pdf

Direção-Geral do Ensino Superior (2011). O quadro de qualificações do ensino superior em Portugal. ELI: https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referencicao_ensino_superior_portugal_qq-eees_0.pdf

Direção-Geral da Saúde (s.d.). *A Promoção da Saúde – A Carta de Ottawa.* Direção-Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-ottawa-pdf1.aspx

Direção-Geral da Saúde (2011). Norma nº 003/2011, de 21/01/2011 – Organização de cuidados, prevenção e tratamento do pé diabético. 1-5. https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes/orientacao-da-direccao-geral-da-saude-n-0032011-de-21012011-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2015 – Proposta do grupo de trabalho interministerial*. https://www.anmp.pt/wp-content/uploads/2020/03/198a.pdf

Direção-Geral da Saúde (2018). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019 – 2021 – Portugal*. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde (2019). *Programa nacional para a diabetes: Desafios e estratégias 2019.* https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1184293-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2blCAAAAAAABAArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA

Direção-Geral da Saúde (2019). *Manual de boas práticas literacia em saúde – Capacitação dos profissionais de saúde*. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243

Elrayah-Eliadarous, H.A., Ostenson, C., Eltom, M., Johansson, P., Sparring, V. & Wahlstrom, R. (2017). Economic and social impact of diabetes mellitus in a low-income country: A case-control study in Sudan. *Journal of Diabetes,* 9, 1082-1090. https://doi.org/10.1111/1753-0407.12540

Fonseca, M. (2021). As competências dos profissionais de saúde ao serviço do envelhecimento saudável: O uso da técnica teach-back como promotor de literacia em saúde. *JIM,* 2(2), 80-95. https://doi.org/10.29073/jim.v2i2.422

Galvão, A. & Gomes, M. (2021). Aplicabilidade de modelos teóricos de enfermagem na promoção do autocuidado e da literacia em saúde. In Galvão, A. (Coord.), Literacia em Saúde e Autocuidados – Evidências que projetam a prática clínica (pp.74-86). Algés: Euromédice

Gómez-Pimienta, E., González-Castro, T.B., Fresan, A., Juárez-Rojop, I.E., Martínez-Lopez, M.C., Barjau-Madrigal, H.A., Ramírez-González, I.R., Martínez-Villasenor, E., Rodríguez-Sánchez, E.,Villar-Soto, M., López-Narváez, M.L., Tovilla-Zárate, C.A. & Genis-Mendoza, A.D. (2019). Decreased quality of life in individuals with type 2 diabetes mellitus is associated with emotional distress. *International Journal of Environment Research and Public Health,* 16, 1-9. https://doi.org/10.3390/ijerph16152652

Hill, N.L., Bhargava, S., Brown, M.J., Kim, H., Bhang, I., Mullin, K., Phillips, K. & Mogle, J. (2021). Cognitive complaints in age-related chronic conditions: A systematic review. *PLoS ONE,* 16(7), 1-19. https://doi.org/10.137/journal.pone.0253795

Ho, A.Y., Berggren, I. & Dahlborg-Lyckhage, E. (2010). Diabetes empowerment related to Pender´s Health Promotion Model: A meta-synthesis. *Nursing and Health Sciencs,*12, 259-267. https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00517.x

Husal, R., Adolfsson, E., Leksell, J. & Nordgren, L. (2021). Diabetes care provided by national standards can improve patient´s self-management skills: A qualitative study of how people with type 2 diabetes perceive primary diabetes care. *Health Expect,* 24, 1000-1008. https://doi.org/10.1111/hex.13247

International Diabetes Federation (2021). *IDF diabetes atlas – Ninth edition 2021*. International Diabetes Federation. https://diabetesatlas.org

Instituto Nacional de Estatística (2020). Projeções de população residente 2018-2080. *Destaque,* 1-2. www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=426127543&att_display=n&att_download=y

José, H. & Gomes, I. (2021). Teorias e/ou modelos de enfermagem no desenvolvimento do cuidado gerontogeriátrico. In Almeida, M.L.F., Tavares, J.P.A. & Ferreira, J.S.S. (Coord.). (2021). Competências em enfermagem gerontogeriátrica: Uma exigência para a qualidade do cuidado. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Coimbra, Portugal: Unidade de investigação em ciências da saúde: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Kim, S. & Utz, S. (2019). Effectiveness of a social media-based, health literacy-sensitive diabetes self-management intervention: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Scholarship,* 51(6), 661-669. https://doi.org/10.1111/jnu.12521

Kjellsdotter, A., Berglund, M., Jebens, E., Kvick, J. & Andersson, S. (2020). To take charge of one´s life – group-based education for patients with type 2 diabetes in primary care – a lifeworld approach. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being,* 15, 1-10. https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1726856

Lee, A.A., Piette, J.D., Heisler, M. & Rosland, A-M. (2018). Diabetes distress and glycemic control: The buffering effect of autonomy support from important family members and friends. *Diabetes Care,* 41, 1157-1163. https://doi.org/10.2337/dc17-2396

Ludvigsen, M.S. & Hoy, B. (2018). Patient involvement interventions for older adults in transitional care between hospital and primary care: a scoping review protocol. *Joanna Briggs Institute database system review implement repository,* 16(4), 871-884. https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003421

Luzardo, A.R., Júnior, N.F., Medeiros, M., Wolkers, P.C. & Santos, S.M. (2018). Repercussões da hospitalização por queda de idosos: Cuidado e prevenção em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem,*71(2), 816-822. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0069

Maekle-Reid, M., Ploeg, J., Fraser, K., Fisher, K., Bartholomew, A., Griffith, L., Miklavcic, J., Gafni, A., Thabane, L. & Upshur, R. (2018). Community program improves quality of life and self-management in older adults with diabetes mellitus and comorbidity. *Journal of the American Geriatrics Society,* 66(2), 263-273. https://doi.org/10.1111/jgs.15173

Matos, A., Calado, M., Mendes, M., Pedrosa, S. & Figueiredo, M. (2020). Educação para a saúde aos idosos com diabetes Mellitus: Um scoping review. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém,* 8(1), 293-309. https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/19901/15125

Melo, P. (2021). *Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários – Guia de decisão clínica*. Lisboa: LIDEL

Mendes, M., Rosa, M., Figueiredo, M.C. & Pereira, I. (2021). Literacia em saúde dos idosos sobre diabetes mellitus: Uma scoping review. *Revista da UI_IPSantarém,* 9(1), 94-108. https://revistas.rcaap.pt/uiips/ISSN:2182-9608

Meneilly, G.S., Knip, A., Miller, D.B., Sherifali, D., Tessier, D. & Zahedi, A.(2018). Diabetes in older people. *Canadian Journal of Diabetes,* 42, S283-S295. https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.10.021

Morais, C., Soares, V. & Barbiéri, C. (2021). Promoção da literacia de pessoas com diabetes e famílias: um desafio à enfermagem familiar. In Galvão, A.(Coord.), Literacia em Saúde e Autocuidados – evidências que protejam a prática clínica (pp.133-143). Algés: Euromédice

Olímpia, J., Araújo, J., Pitombeira, D., Enders, B., Sonenberg, A. & Vitor, A. (2018). Prática avançada de enfermagem: Uma análise conceitual. *Acta Paulista de Enfermagem,* 31(6), 674-680*.* http://dx.doi.org/10.1590/19820194201800092

Oliveira, G., Almeida, A., Girão, A. & Freitas, C. (2016). Intervenções de enfermagem para promoção do autocuidado de pessoas com diabetes tipo 2: Revisão integrativa. *Revista Eletrónica de Enfermagem,* 18, 1-12. http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.38691

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Organization for Economic Co-operation and Development (2021). Health at a glance 2021: OECD indicators*.* Organization for Economic Co-operation and Development. https://read.oecd.org/10.1787/ae3016b9-en?format=pdf

Organização Mundial da Saúde (2002). Cuidados inovadores para condições crônicas – componentes estruturais de ação: Relatório mundial. Organização Mundial da Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42500/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf;jsessionid=7D6C6714DEF501657C90C27E9F36EF48?sequence=2

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2011). Health promotion in nursing practice. Boston: Pearson Education

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2006). Health promotion in nursing practice. New Jersey: Pearson Prentice Hall. https://doi.org/10.7748/ns.5.23.37.s49

Powers, M.A., Bardsley, J.K., Cypress, M., Funnell, M.M., Harms, D., Hess-Fischl, A., Hooks, B., Isaacs, D., Mandel, E.D., Maryniuk, M.D., Norton, A., Rinker, J., Siminerio, L.M. & Uelmen, S. (2020). Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: A consensus report of the American Diabetes Association of diabetes care & education specialists, the academy of nutrition and dietetics, the American academy of family physicians, the American academy of PAs, the American association of nurse practitioners and the American pharmacists association. *Diabetes Care,* 43, 1636-1649. https://doi.org/10.2337/dci20-0023

Regulamento nº 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. *Diário da República,* 2º Série (Nº 135 de 16 julho de 2018), 19359-19370. ELI: https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115698616/details/normal?|=1

Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República,* 2º Série (Nº26 de 6 de fevereiro de 2019), 4744-4750. ELI: https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?|1

Ruivo, A., Antunes, A., Lopes, J., Leal, P. & Deodato, S. (2010). Metodologia de projecto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos, 15, 1-38.*

Salci, M.A., Meirelles, B.H. & Silva, D.M. (2018). Um olhar para a prevenção das complicações cronicas do diabetes sob as lentes da complexidade. *Texto contexto em Enfermagem,* 27(1), 1-8. http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018002370016

Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2019). Diabetes: Factos e números – O ano de 2016, 2017 e 2018 – Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. https://www.spd.pt/images/uploads/20210304-200808/DF&N-2019_Final.pdf

Sousa, M., Vilar, A., Sousa, C. & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: Dos modelos aos programas de intervenção. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Coord.). Autocuidado: Um foco central da enfermagem-versão provisória (pp.15-26). Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://i-d.esenf.pt/wp-content/uploads/2021/11/AUTOCUIDADO-UM-FOCO-CENTRAL-PARA-A-ENFERMAGEM_Versão_provisoria.pdf

Souza, J.G., Farfel, J.M., Jaluul, O., Queiroz, M.S. & Nery, M. (2020). Association between health literacy and glycemic control in elderly patients with type 2 diabetes and modifying effect of social support. *Einstein,* 18, 1-9. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5572

Surucu, H. & Besen, D. (2018). Predictors of empowerment in individuals with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Transcultural Nursing,* 29(6), 506-513. https://doi.org/10.1177/1043659617750259;

Tabasi, H.K., Madarshahuian, F., Nikoo, M.K., Hassanabadi, M. & Mahmoudirad, G. (2014). Impact of family support improvement behaviors on anti diabetic medication adherence and cognition in type 2 diabetic patients. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders,* 13 (113), 1-6. http://www.jdmdonline.com/13/1/113

Tanqueiro, M. (2013). A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência,* 3(9), 151-160. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239968002.

Thongduang, K., Booncheing, W., Chautrakarn, S. & Ong-Artborirak, P. (2022). The influence of family caregiver knowledge and behavior on elderly diabetic patients quality of life in Northern Thailand. *International Journal of Environment Research and Public Health,* 19, 1-14. https://doi.org/10.3390/ijerph191610216

Tunsuchart, K., Lerttrakarnnon, P., Srithanaviboonchai, K., Likhitsathian, S. & Skulphan, S. (2020). Type 2 diabetes mellitus related distress in Thailand. *International Journal of Environment Research and Public Health,* 17, 1-10. https://doi.org/10.3390/ijerph17072329

Watts, S.A., Stevenson, C. & Adams, M. (2017). Improving health literacy in patients with diabetes. *Nursing,* 47(1), 25-31. https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000510739.60928.a9

World Health Organization (2013). *Health literacy: The solid facts.* World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf

World Health Organization (2020). *The global strategy and action plan on ageing and health 2016-2020: Towards a world in which everyone can live a long and healthy life.* World Health Organization. https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1

World Health Organization (2021). Diabetes. World Health Organization. http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

World Health Organization (2022). *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision.* World Health Organization. https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1440452/retrieve

APÊNDICES

Apêndice I – Slides apresentados na sessão de formação

12º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Saúde no Idoso

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A CAPACITAÇÃO DA PESSOA IDOSA NA GESTÃO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Aluna: Ana Isabel Luis Negrão

Enfª Orientadora: Helena Balona

Docente: Sónia Ferrão

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Janeiro de 2022

SUMÁRIO

1. Apresentação do projeto;
2. Enquadramento teórico;
2.1. Envelhecimento;
2.2. Diabetes mellitus – prevalência e incidência;
2.3. Diabetes mellitus
3. Autogestão na Diabetes Mellitus tipo 2;
4. Papel do enfermeiro na capacitação da pessoa idosa para a autogestão da diabetes mellitus tipo 2;
5. Estudo de caso
6. Referências bibliográficas

1. APRESENTAÇÃO DO PROJETO

Título:

“ Intervenções de Enfermagem para a capacitação da pessoa idosa para a gestão da diabetes mellitus tipo 2”

Objetivo:

- Identificar quais as intervenções de enfermagem na capacitação da pessoa idosa para a gestão da diabetes tipo 2
- Promover na pessoa idosa a mudança de comportamentos, através do aumento da literacia em saúde, que previnam o surgimento de complicações da DM2

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

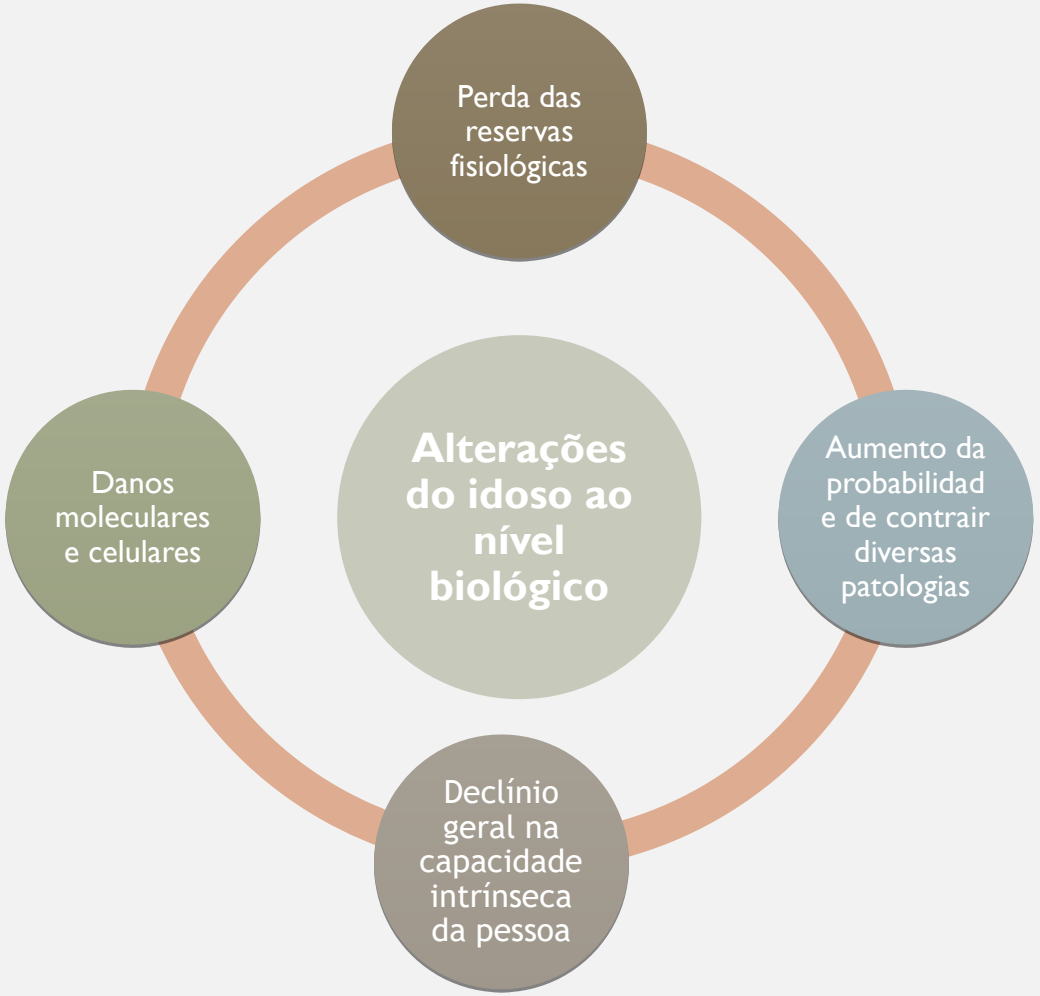
"O envelhecimento não é um processo homogêneo. Cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspetos estruturais (classe, gênero e etnia) a eles relacionados, como saúde, educação e condições económicas." (Minayo & Coimbra, 2002)

Envelhecimento ativo:

Processo de otimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança cujo principal objetivo é aumentar a qualidade de vida nesta faixa etária

(OMS, 2015)

2.1 O ENVELHECIMENTO



Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*

2.2. DIABETES MELLITUS – PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA

463 Milhões de pessoas com diabetes

- 2019 – 463 milhões
- 2030 – 578 milhões
- 2045 – 700 milhões

A diabetes pode ser considerado como um problema de saúde emergente

Em 2019 a diabetes foi responsável por 10% das despesas globais na saúde

Em 2017, em Portugal 12,2% das admissões em contexto hospitalar deveu-se a doente com diabetes mellitus, seja como diagnóstico principal ou secundário

International Diabetes Federation (2019). Diabetes Atlas

2.3. DIABETES MELLITUS

A diabetes mellitus é uma doença crónica que pertence ao grupo das doenças metabólicas e é caracterizada pela presença de elevados níveis de glucose no sangue resultante de defeitos existentes na secreção da insulina, na sua ação ou em ambos

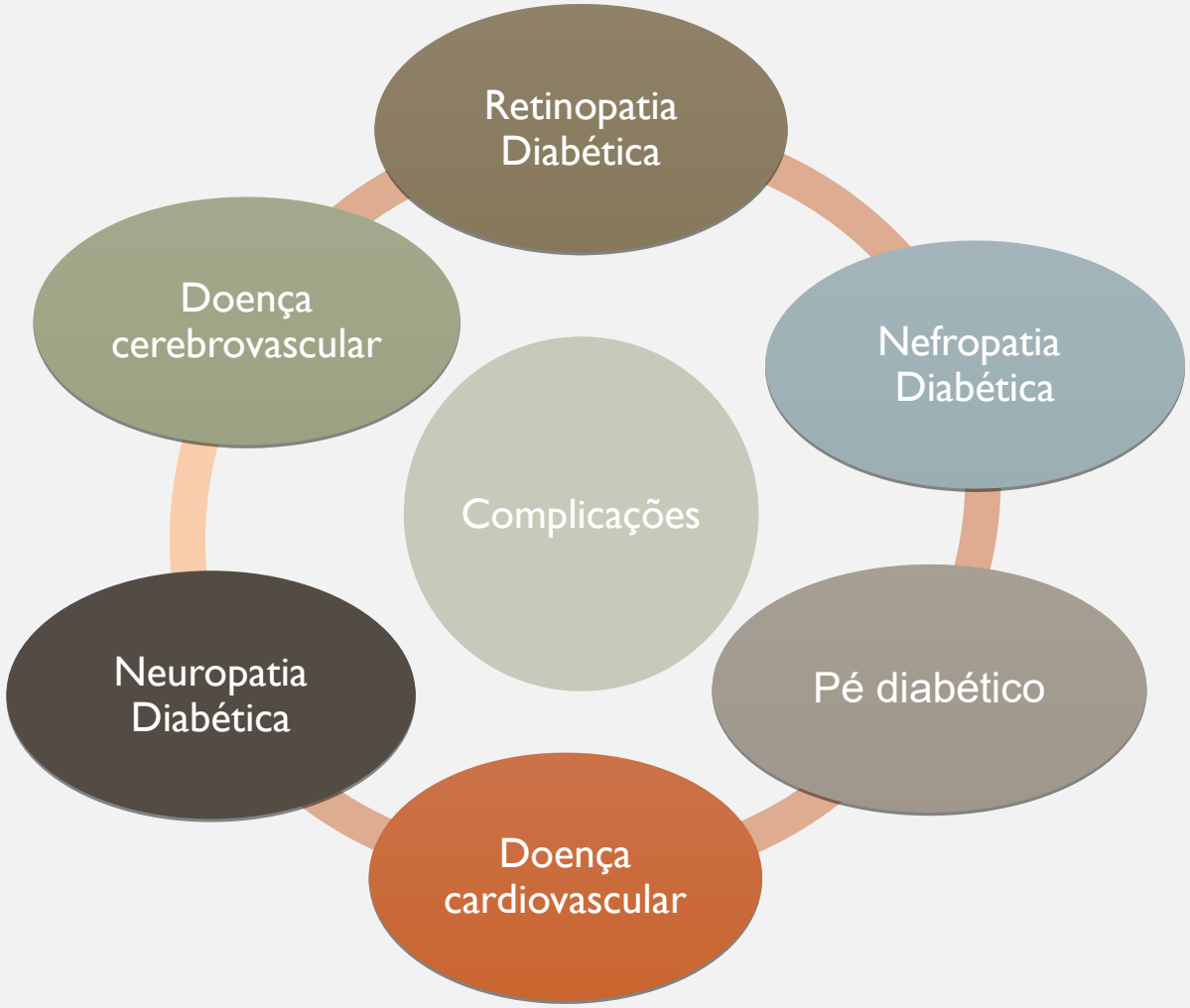
A diabetes tipo 2 é a mais prevalente nos idosos e ocorre quando o corpo não é capaz de utilizar de forma adequada a insulina (resistência à insulina) e/ou há um progressiva redução na sua produção

Fatores de risco

- História familiar de diabetes
- Excesso de peso
- Alimentação pouco saudável
- Sedentarismo
- Idade
- Hipertensão arterial

International Diabetes Federation (2019). Diabetes Atlas

2.3. DIABETES MELLITUS



International Diabetes Federation (2019). Diabetes Atlas

3. AUTOGESTÃO DA DM 2

Empoderamento:
"Processo através do qual as pessoas obtêm maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a saúde"

(Morais, Soares & Barbiéri, 2021)

Literacia em saúde:
"Conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação de forma a promover e manter uma boa saúde" (Morais, Soares & Barbiéri, 2021)

Autogestão:
"Competência e um processo que as pessoas utilizam numa tentativa consciente de alcançarem o controle da sua doença, em vez de serem controlados por ela" (Galvão & Janeiro, 2013)

4. PAPEL DO ENFERMEIRO NA CAPACITAÇÃO DA PESSOA IDOSA PARA A AUTOGESTÃO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2

O profissional de saúde deve compreender a forma como cada um enfrenta a doença ao:

- Entender o que é relevante para a pessoa tendo em conta as suas perceções
- Considerar, perante um diagnóstico, as representações que a pessoa constrói face à doença
- Entender que a pessoa pode escolher sobre se adere ou não ao regime medicamentoso e sobre os seus cuidados de saúde

DiGS (2019). Manual de boas práticas em literacia em saúde: capacitação dos profissionais de saúde.

4. PAPEL DO ENFERMEIRO NA CAPACITAÇÃO DA PESSOA IDOSA PARA A AUTOGESTÃO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2

O profissional deve :

- Perceber e respeitar as características únicas e as crenças da pessoa;
- Avaliar as perceções de cada pessoa, que influenciarão o seu comportamento:

COMO FAZÊ-LO? – <u>proporcionando um espaço e momento que permitam:</u>

1. Expor dúvidas, medos e expectativas
2. Expor preocupações
3. Aceitar sem juízos de valor
4. Responder cordialmente

DiGS (2019). Manual de boas práticas em literacia em saúde: capacitação dos profissionais de saúde.

4. PAPEL DO ENFERMEIRO NA CAPACITAÇÃO DA PESSOA IDOSA PARA A AUTOGESTÃO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2

COMUNICAÇÃO – Papel fundamental pois pode afetar a adesão às propostas, aos aconselhamentos e à mudança de comportamentos

O profissional de saúde deve:

- Ter uma linguagem acessível, assertiva, clara e positiva
- Ter um grande envolvimento
- Ter uma relação terapêutica
- Ter controlo sobre a mensagem
- Disponibilizar informação simples, confiável e fidedigna
- Ser uma fonte

DiGS (2019). Manual de boas práticas em literacia em saúde: capacitação dos profissionais de saúde.

4. PAPEL DO ENFERMEIRO NA CAPACITAÇÃO DA PESSOA IDOSA PARA A AUTOGESTÃO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2

OBSTÁCULOS À LITERACIA EM SAÚDE

- Falta de interesse ou motivação
- Dificuldades cognitivas
- Difícil acesso à informação
- Determinantes culturais, biológicos, psicológicos
- Informações contraditórias
- Falta de empatia entre interlocutores

DiGS (2019). Manual de boas práticas em literacia em saúde: capacitação dos profissionais de saúde.

5. ESTUDO DE CASO

Senhora M.O.

Diagnosticada com DM 2 há 1 ano

Fatores de risco: HTA, Excesso de peso, sedentarismo, alimentação desadequada

Má gestão do regime terapêutico

Entender crenças, valores, medos, dúvidas

Vontade de mudar

Diabetes Mellitus

Alimentação, atividade física, automonitorização

Negociar metas a atingir

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direcção-Geral da Saúde (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017 – 2025.
- Direcção-Geral da Saúde. (2019). Manual de boas práticas em literacia em saúde: capacitação dos profissionais de saúde. Direcção-Geral da Saúde;
- Galvão, M.T., Janeiro, J.M. (2013). O autocuidado em enfermagem: a autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revista Mineira de Enfermagem,* 17(1), 225-230;
- International Diabetes Federation (2019). IDF Diabetes Atlas – Ninth edition.
- Minayo, M.C., Coimbra, C. E.(2002). Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Fiocruz – Brasil
- Morais, C., Soares, V. , Barbiéri, C. (2021). Promoção da literacia de pessoas com diabetes e famílias: um desafio à enfermagem familiar. Em Galvão, A. Literacia em saúde e autocuidados – evidências que projetam a prática clínica. Euromédice;
- Organização Mundial da Saúde (2015) Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde;