

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Comunitária

Relatório de Estágio

**Promoção do autocuidado a pessoas idosas com diabetes tipo
2, inscritas numa consulta de enfermagem numa Unidade de
Saúde Familiar: um projeto de intervenção**

Ana Isabel Gomes Pinto

Lisboa

2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Comunitária

Relatório de Estágio

Promoção do autocuidado a pessoas idosas com diabetes tipo 2, inscritas numa consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar: um projeto de intervenção


Ana Isabel Gomes Pinto

Orientador: Prof. Dr.^a Maria Adriana Henriques

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Adriana Henriques, os meus sinceros agradecimentos, pela sua orientação, dedicação, disponibilidade, generosidade, compreensão e motivação.

A toda a equipa do projeto VASelfCare, pela oportunidade de participar neste projeto.

À Sr.^a Enfermeira Maria Rita Guimarães, da USF Santo Condestável, pela sua dedicação, apoio e confiança e a toda a Equipa da USF, Santo Condestável, pela colaboração neste projeto.

À Sr.^a Enfermeira Rosa Santos e a todos os meus colegas do hospital pela sua compreensão, motivação e flexibilidade de horários.

Ao Sr. Enfermeiro Francisco Miguel, meu amigo, pelo seu apoio, confiança, incentivo e compreensão.

A todas as minhas colegas de especialidade, pela partilha, apoio e interajuda.

À Ana Raquel Santos, minha companheira neste projeto, pelo apoio, motivação, trabalho de equipa, cumplicidade e amizade ao longo deste percurso.

Aos meus Pais, José Pinto e Maria Gomes Pinto, por me incentivarem a investir na minha formação, pelo seu apoio e amor incondicional, são a minha fonte de inspiração e de admiração.

Ao meu marido, Tiago Mamede, pelo seu amor, paciência, incentivo, por estar sempre ao meu lado.

À minha irmã, Susana Pinto, pelo seu apoio, encorajamento e disponibilidade. És um exemplo para mim! À minha sobrinha, Diana, e ao meu cunhado, José Carvalho, pelo incentivo e motivação durante este percurso.

À Diana Sousa e Liliana Marques pela amizade, compreensão e motivação.

A todos os meus amigos e familiares que sempre me apoiaram neste projeto.

A todos os utentes que colaboraram neste projeto.

Muito Obrigada!

Dedico este projeto a todas as pessoas com diabetes e em especial ao André Gomes, meu primo.

RESUMO

Contexto: de acordo com evidência científica, a prevalência da Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM 2) e as suas complicações, na população em geral, mas também na população idosa, são na atualidade um problema de saúde pública. Garantir que a pessoa idosa com DM 2, mantenha a melhor qualidade de vida e bem-estar possível, é um dos focos da ação da enfermagem, de modo a ajudar as pessoas para uma adequada gestão da doença. Perante as orientações da melhor evidência importa que a pessoa adquira competências de autogestão da doença, adotando estilos de vida saudáveis, mantendo uma alimentação saudável e atividade física regular, mas também adequada gestão da medicação e outras co-morbilidades.

Perante estas preocupações, no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária desenvolveu-se o projeto de intervenção, que aqui relatamos, realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF) Santo Condestável, em Lisboa.

Objetivo: promover o autocuidado com a alimentação, atividade física e medicação em pessoas idosas com DM 2, inscritos na consulta de enfermagem, numa Unidade de Saúde Familiar.

Metodologia: o planeamento em saúde foi a metodologia utilizada. Realizou o diagnóstico de saúde a 45 utentes, com idade igual e superior a 65 anos, com o diagnóstico de DM 2, inscritos na consulta de enfermagem, na USF e que se disponibilizaram para participar. Nesta fase avaliaram-se os dados antropométricos, inquiriu-se sobre características sociodemográficas, grau de dependência, atividades do autocuidado com a diabetes, adesão e crenças dos medicamentos e de gestão da medicação e literacia em saúde. Identificaram-se e priorizaram-se problemas, definiram-se objetivos, estratégias e intervenções em função das necessidades das pessoas idosas inquiridas e da realidade do contexto. As intervenções tiveram como objetivo a educação e suporte na autogestão da doença. Realizaram-se intervenções educativas e de suporte individual e em grupo, durante a consulta de enfermagem, em visita domiciliária e em sessão de educação para a saúde. Foram elaborados vários materiais de suporte e complementaridade à informação, que foram disponibilizados às pessoas idosas, e dos quais destacamos o “Livro de Registo de Medicamentos”.

Resultados: este projeto contribuiu para a capacitação e promoção do autocuidado da população idosa, na gestão da DM 2. Os objetivos foram atingidos face à participação e satisfação dos utentes e perante a adesão às sessões de educação individual e em grupo. Na perspetiva de projeto educativo ele permitiu desenvolver competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Palavras-chave: Pessoa Idosa; Diabetes. Mellitus Tipo 2; Autocuidado; Alimentação; Atividade física; Medicação; Literacia em Saúde.

ABSTRACT

Background: according to scientific evidence, the prevalence of Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) and its complications in the general population, but also in the elderly population, are currently a public health problem. To ensure that the elderly person with T2DM maintains the best quality of life and well-being possible, is one of the main goals of nursing, in order to help people to manage the disease properly. Given the best evidence guidelines, it is important that the person acquires self-management skills of the disease, adopting healthy lifestyles, maintaining a healthy diet, regular physical activity and also an adequate management of medication and other comorbidities

In view of these concerns and according to the Master's in Nursing specializing in Community Nursing scope, the project of intervention was developed, which we report here, carried out at the Family Health Unit (USF) Santo Condestável, in Lisbon.

Aim: to promote self-care with nutrition, physical activity and medication in elderly people with T2DM, enrolled in the nursing consultation, in a Family Health Unit.

Methodology: health planning was the methodology used. Health diagnosis of 45 patients, aged 65 years and over, diagnosed with T2DM, were carried out, enrolled in the nursing consultation at the USF. In this phase, the anthropometric data were evaluated, sociodemographic characteristics, degree of dependence, activities of self-care with diabetes, adherence and beliefs of the medicines and medication management and health literacy were inquired. Problems were identified and prioritized, objectives, strategies and interventions were defined according to the elderly respondents needs and the context reality. The interventions were aimed at education and support in self-management of the disease. Individual and group educational and support interventions were carried out during the nursing consult, during a home visit and during a health education session.

To support and complement the information given, several flyers were made and distributed to the elderly people, of which we highlight the "Medicine Book of Registration".

Results: this project has contributed to the training and promotion of elderly people self-care in T2DM management. The objectives were achieved according to

user's participation and satisfaction and in view of the number of users joining individual and group educational sessions.

From an educational project perspective, it allowed the development of Master and Specialist Nursing in Community Nursing and Public Health skills.

Keywords: Elderly person; Type 2 Diabetes Mellitus; Self-care; Nutrition; Physical activity; Medication; Health Literacy.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

% - Percentagem

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ADO – Antidiabético Oral

AVD´s – Atividades de Vida Diárias

APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

DM – Diabetes *Mellitus*

DM 2 – Diabetes *Mellitus* Tipo 2

DRUGS – *Cross-cultural Validation of the Drug Regimen Unassisted Grading Scale*

EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

EpS – Educação para a Saúde

HbA1C – Hemoglobina Glicada

HC- Hidratos de Carbono

HLS – *Health Literacy Survey*

IDF – *International Diabetes Federation*

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

MNSE – *Mini Mental State Examination*

NVS – *Newest Vital Sign*

N – Números

OECD – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

USF – Unidade de Saúde familiar

VASelfCare – *Virtual Assistent SelfCare*

VS - *Versus*

WHO- *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
1.1 O Envelhecimento e as Doenças Crónicas	14
1.2. A Pessoa Idosa com Diabetes Mellitus Tipo 2	16
1.2.1 A importância da Literacia em saúde na gestão da Diabetes	19
1.3 Teoria do autocuidado da <i>Dorothea Orem</i> e o Cuidado Centrado na Pessoa de <i>McCormack & McCance</i>	22
2. METODOLOGIA.....	25
2.1 Diagnóstico de situação	25
2.1.1 Contextualização do local de intervenção	26
2.1.2 População alvo e Amostra	27
2.1.3 Procedimentos e instrumentos de colheita de dados.....	27
2.1.4 Caracterização da Amostra.....	29
2.1.4.1 Caracterização Sociodemográfica	30
2.1.4.2 Caracterização relativa aos dados antropométricos	31
2.1.4.3 Caracterização relativa ao grau de dependência.....	31
2.1.4.3 Caracterização relativa ao nível de Literacia em saúde	32
2.1.4.4 Caracterização relativa ao Autocuidado com a Diabetes	33
2.1.4.5 Caracterização relativa à Adesão, Crenças da Medicação e DRUGS-PT	36
2.2 Determinação de Prioridades.....	37
2.3 Projeto de intervenção comunitária na USF Santo Condestável “Crie o Seu Bem-estar, Cuidando de Si”	39
2.4 Análise e Reflexão Crítica do Projeto de Intervenção Implementado	45
3. QUESTÕES ÉTICAS	50
4. IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	51

5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	54
CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	
ANEXO I - Diploma e Certificado de participação no Curso de Educação Terapêutica (APDP) e no Workshop VASelfCare	
ANEXO II - Comissão Nacional de Proteção de Dados	
ANEXO III - Comissão de Ética para a Saúde	
ANEXO IV - Consentimento Informado, Esclarecido e Livre	
ANEXO V - Informação ao Participante	
APÊNDICES	
APÊNDICE I - Cronograma	
APÊNDICE II – Protocolo Scoping	
APÊNDICE III– Estatística	
APÊNDICE IV- Diapositivos da Sessão de EpS “Gestão do Regime Terapêutico na DM 2: Cuidados a ter com os medicamentos”	
APÊNDICE V- Folhetos Informativos: “A Família e a Diabetes” e “Técnica de Administração de Insulina”	
APÊNDICE VI- “Livro de Registo de Medicação”	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra.....	30
Tabela 2 - Caracterização da amostra relativa ao grau de dependência.....	32
Tabela 3 - Priorização dos problemas segundo a Grelha de Análise	37
Tabela 4 – Diagnósticos de Enfermagem segundo Modelo Teórico de Dorothea Orem	38
Tabela 5 - Diagnósticos de Enfermagem de acordo com a taxonomia CIPE®.....	38
Tabela 6 – Estratégias e atividades realizadas para a concretização dos objetivos.	42

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Caracterização relativa ao nível de literacia em saúde (HLS-EU-PT)	32
Gráfico 2 - Caracterização da amostra pela Escala NVS.....	33
Gráfico 3 - Caracterização da amostra relativamente ao consumo de pão às principais refeições, almoço e jantar, nos últimos 7 dias.....	34
Gráfico 4 - Caracterização da amostra relativamente ao consumo de doces, nos últimos 7 dias.....	34
Gráfico 5 - Caracterização da amostra relativamente à prática e atividade física. ...	34
Gráfico 6 - Caracterização da amostra relativamente à realização de exercício físico.	35
Gráfico 7 - Avaliação da satisfação da sessão de EpS “Gestão do Regime Terapêutico na DM 2:cuidados a ter com os medicamentos”	49

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio, realizado no âmbito do 9º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretende descrever o desenvolvimento e concretização de um projeto, realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF), Santo Condestável, no período de 25 de Setembro de 2018 a 8 de Fevereiro de 2019 (APÊNDICE I), sob a supervisão clínica da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Maria Rita Guimarães.

A promoção do autocuidado com a alimentação, atividade física e medicação foi o tema escolhido para este projeto, dirigido a utentes idosos com Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM 2), inscritos numa USF.

A escolha deste tema deve-se ao facto de ser um problema de saúde pública, atual e prioritário, que necessita da atenção e intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente dos Enfermeiros.

A prevalência de DM 2 tem vindo a aumentar continuamente na atualidade na população em geral e na população idosa, chega a um quarto da população idosa. A morte prematura, as complicações decorrentes da doença e o impacto que tem na vida diária, qualidade de vida e bem-estar, nesta população, é preocupante, exigindo a atenção de toda a sociedade (WHO, 2016a).

A evidência científica tem mostrado que a manutenção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente em relação à alimentação, à atividade física, adequada gestão da medicação (quando esta é necessária) e gestão de outras co-morbilidades é determinante na qualidade de vida e bem-estar, e na mortalidade prematura das pessoas com DM 2.

Para sistematizar a evidência definimos um protocolo de revisão *scoping*, com a seguinte pergunta de partida: *“Quais as intervenções no autocuidado, na pessoa idosa com diabetes na comunidade: alimentação, atividade física e medicação?”* (APÊNDICE II).

A revisão da literatura evidenciou que a promoção dos estilos de vida saudáveis é essencial na gestão adequada da DM 2, respeitando e preservando a autonomia e o autocuidado de pessoas idosas com DM 2. Aumentar a literacia em saúde,

capacitando a população, parece permitir às pessoas uma adequada gestão da doença, como a diabetes, promovendo o autocuidado de pessoas idosas com DM 2.

Com a finalidade de aumentar a literacia em saúde e, assim, capacitar as pessoas para a adequada gestão da doença, realizei um Projeto de intervenção à população idosa com DM 2, na promoção da gestão adequada da diabetes, no autocuidado com a alimentação, atividade física e gestão da medicação, seguindo a metodologia do planeamento em saúde.

Os objetivos do projeto realizado foram: promover a gestão adequada da DM 2, promover o autocuidado, com alimentação, atividade física e medicação; capacitar esta população à adoção de estilos de vida saudáveis; promover a literacia em saúde e evitar complicações associadas à diabetes.

Os cuidados de enfermagem foram baseados na teoria do Défice de Autocuidado (Orem, 2001) e no Cuidado Centrado na Pessoa (McCormack & McCance, 2015).

Simultaneamente ao desenvolvimento deste projeto de intervenção, tive a oportunidade de integrar o projeto *Virtual Assistant SelfCare* (VASelfCare).

O projeto VASelfCare é um projeto de investigação e desenvolvimento tecnológico, que consiste no desenvolvimento e teste de viabilidade de um assistente virtual para ajudar o autocuidado das pessoas mais velhas com DM 2, por iniciativa de ação multidisciplinar, de enfermagem, farmácia, desporto e computação. O principal objetivo é usar as novas tecnologias, como o Tablet (através de um agente relacional na forma de uma figura humana virtual) para ajudar as pessoas idosas com DM 2 a controlar a sua doença e a cumprir os planos de tratamento e de cuidados. (VASelfCare - Diabetes Research, 2018)

Considerando a mais-valia que poderia trazer a participação num projeto alargado que correspondia à finalidade do meu projeto individual, integrei-o e foi possível o desenvolvimento do projeto de intervenção com pessoas idosas que contribuisse para o processo de capacitação e de literacia em saúde, dessas pessoas.

Este relatório apresenta-se organizado em cinco capítulos: Fundamentação teórica; Metodologia, Questões éticas; Implicações e recomendações para a prática de enfermagem; Desenvolvimento de competências de mestre e especialista em enfermagem comunitária.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 O Envelhecimento e as Doenças Crónicas

O envelhecimento é um processo natural do ciclo de vida, que se caracteriza pelo aparecimento progressivo de alterações biológicas, psicológicas e sociais (WHO, 2015).

Actualmente, a população Mundial está a envelhecer devido ao aumento da longevidade e à descida da natalidade. O índice demográfico do envelhecimento alterou-se e a esperança média de vida aumentou em todo o mundo, sobretudo, nos países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento. Este fenómeno com início no do século XX e grande impacto no XXI, tende a agravar-se. Prevê-se que em 2050, a população idosa atingirá os 2000 milhões de pessoas, não podendo estes números ser ignorados face aos desafios e implicações económicas e socioculturais que terão para o indivíduo, família e comunidade (Fundo da População das Nações Unidas, UNFPA, 2012).

Esta mudança do perfil demográfico da população mundial deve-se a vários fatores, como o desenvolvimento das ciências e tecnologias médico-sanitárias, a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, o bem-estar económico e estilos de vida saudáveis, que têm contribuído para o aumento da longevidade da população em todas as regiões do mundo e para o aumento da esperança média de vida (OECD, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), todo o indivíduo tem o direito a desejar uma vida longa e saudável (WHO, 2018). No plano estratégico para o envelhecimento saudável (WHO, 2017), aumentar a esperança média de vida com qualidade, autonomia e independência é uma das prioridades, grande objetivo da atualidade (WHO, 2017).

Neste sentido, a sociedade deve investir em estratégias e planos de ação que possam corresponder às prioridades para o envelhecimento saudável, desenvolver medidas preventivas e de Literacia em Saúde, para além da tradicional Educação para Saúde (EpS), para que a pessoa com mais idade supere algumas capacidades ou limitações inerentes à idade (OECD, 2017) .

De acordo com a OMS, a sociedade deve criar ambientes e oportunidades propícios a uma vida longa e saudável que reforce a valorização da dignidade humana. Por isso, apela a todos os países do mundo a reajustarem as suas políticas económico-sociais e de saúde à nova realidade demográfica (WHO, 2018).

Em Portugal, o aumento da esperança média de vida tem acompanhado as tendências mundiais e europeias sendo de 80,78 anos para o total da população, apresentando-se mais elevada do que a média da União Europeia (INE, 2018a). Igualmente, o número de pessoas idosas continua a aumentar, prevendo-se que o número de idosos passará de 2,2 milhões, em 2017, para 2,8 milhões, em 2080 (INE, 2018b).

O aumento do envelhecimento da população portuguesa traz novos desafios à sociedade e, em particular, ao sistema de saúde. As alterações do perfil demográfico e epidemiológico obriga o sistema de saúde português a adequar os serviços de saúde e a prestação de cuidados à nova realidade de uma sociedade envelhecida mas que não desiste do seu bem-estar e de viver com dignidade, apesar das fragilidades que acompanham as pessoas com idade avançada (Ministério da Saúde, 2018).

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 2014, 89% das pessoas com 65 ou mais anos referiram que tinham uma ou mais doenças crónicas e só 11% referiram que não tinham qualquer doença (INE/INSA, 2014). Os resultados deste inquérito mostraram que as doenças crónicas aumentam proporcionalmente com a idade. Na faixa etária dos 15-44 anos, 38% têm pelo menos uma doença crónica, na faixa etária dos 45-64anos, 68% admitem ter pelo menos uma doença crónica e na faixa etária, 65 ou mais anos, 89% dizem ter uma doença crónica (INE/INSA, 2014).

As doenças crónicas tornaram-se um desafio para as políticas de saúde e para o desenvolvimento da sociedade, porque sendo uma doença que acompanha o indivíduo ao longo da sua vida, muitas vezes de forma evolutiva, associada a complicações que geram incapacidade, co-morbilidades e alguns casos morte, exige intervenções simultaneamente integradas e individualizadas (OECD, 2017).

Uma sociedade ativa e produtiva requer estar atento ao estado de saúde da população mais envelhecida, mais vulnerável às doenças crónicas, à perda de qualidade de vida e bem-estar. Para isso, é fundamental promover o autocuidado, uma boa gestão das suas doenças e a adoção de comportamentos saudáveis para

evitar ou diminuir os fatores de risco responsáveis pelo aparecimento de multimorbilidades, morte ou perda da qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2018).

1.2. A Pessoa Idosa com Diabetes Mellitus Tipo 2

A Diabetes *Mellitus* (DM) é um problema de saúde pública dada a sua prevalência no mundo (IDF, 2017).

De acordo com o *International Diabetes Federation* (IDF) Diabetes ATLAS, em 2017, haviam 425 milhões de pessoas com DM no mundo e estima-se que em 2045 haja um aumento de 48%, que corresponde a 629 milhões de pessoas com DM. No que diz respeito à população idosa (acima dos 65 anos de idade) com DM, em 2017, existiam 123 milhões e estima-se que em 2045 vão existir 253 milhões (IDF, 2017).

Em 2015 a “prevalência de Diabetes na população residente em Portugal com idades entre os 20- 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,3%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses tem Diabetes” (Observatório Nacional da Diabetes, 2016, p. 8).

A população idosa é a população com maior prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, nomeadamente Diabetes *Mellitus*. Actualmente é uma das doenças com maior prevalência em Portugal e na população idosa, uma vez que, “...mais de um quarto das pessoas na faixa etária 60-79 anos tem Diabetes”. (Observatório Nacional da Diabetes, 2016, p. 8).

A DM é uma doença crónica e progressiva que se caracteriza por níveis elevados de glicose no sangue, em que o pâncreas não produz insulina ou não a produz em quantidade suficiente ou há resistência à insulina para metabolizar a glicose. O descontrolo dos níveis de glicemia gera consequências graves para a saúde e bem-estar do indivíduo a curto e a longo prazo (IDF, 2017).

As complicações da DM podem ocorrer a curto e longo prazo e são responsáveis por morte prematura e multimorbilidades, como doenças cardiovasculares, nefropatia, retinopatia, neuropatia e amputação traduzindo-se, muitas vezes, na perda de autonomia e interferindo no autocuidado da população, principalmente na população idosa, com DM 2 (WHO, 2016a). Esta doença tem um grande impacto na vida diária das pessoas quer a nível físico, psicológico, social e económico (WHO, 2016a).

A DM 2 é a tipologia de diabetes mais comum e mais prevalente nos adultos e pessoas mais velhas, no entanto começam a surgir em crianças e adolescentes com obesidade, inatividade física e má alimentação (IDF, 2017).

Sendo a DM 2 uma doença fortemente associada a estilos de vida que condicionam o aparecimento de fatores de risco da doença, nomeadamente a obesidade, o sedentarismo, uma alimentação não saudável e o tabagismo que pode ser evitada (prevenção primária), mas também quando a pessoa já tem DM 2 é fundamental que evite o aparecimento de complicações e possa viver com mais qualidade de vida e bem-estar e evitar morte prematura (prevenção secundária) (IDF, 2017). É por isso fundamental motivar a pessoa com DM 2 para uma gestão adequada da doença. Para isso, é primordial que adote estilos de vida saudáveis no que se refere à alimentação, à atividade física, bem assim como, adequada gestão da medicação, quando esta for necessária (WHO, 2016a).

Em contexto de Cuidados de Saúde Primários, as equipas multidisciplinares, que integram a Enfermagem, têm um papel preponderante no cuidado destas pessoas, uma vez que devem promover a saúde e prevenir o aparecimento de multimorbilidades associadas a esta doença (IDF, 2017).

A alimentação e atividade física são fatores determinantes para o equilíbrio energético e controlo do peso. Segundo as recomendações da OMS, a alimentação saudável, que engloba a redução de ingestão de açúcares, restrição no consumo de sal, evitar o consumo de gorduras saturadas, incentivar o consumo de frutas, legumes e verduras, é uma das medidas fundamentais para o controlo de peso e para o controlo dos valores de glicémia. A mudança de hábitos alimentares, constitui-se como uma intervenção de saúde pública, pois não é apenas um problema individual mas de toda a sociedade (WHO, 2016a).

Atendendo às orientações decorrentes da evidência científica, a orientação alimentar para as pessoas idosas com DM 2 tem como objetivos: atingir e manter os níveis de glicemia normalizados; reduzir o risco de doenças cardiovasculares; respeitar as necessidades nutricionais de cada indivíduo tendo em conta as suas preferências pessoais e culturais e prevenir as complicações que advém da DM 2 (American Diabetes Association, 2019a) (American Diabetes Association, 2019b).

Manter adequada atividade física é outro estilo de vida fundamental para a gestão da saúde e bem-estar da pessoa com DM 2. Incentivar a atividade física, como

o caminhar e sair à rua parecem pequenos atos, mas são deveras importantes para o controlo da glicemia, para melhorar a aptidão cardiorrespiratória e muscular, reduzir o risco de doenças crónicas e de declínio cognitivo (WHO, 2010).

Segundo a OMS, a população idosa deve realizar pelo menos 150 minutos de atividade física, ao longo da semana, adequada à condição física e psicológica de cada pessoa (WHO, 2010). As pessoas idosas com algumas limitações na mobilidade devem realizar atividade física para melhorar o equilíbrio e evitar as quedas (WHO, 2010). A atividade física é pois fundamental na diminuição da massa gorda, no aumento da massa muscular e no modo como contribui para reduzir os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, muitas vezes associadas à DM 2 (César, 2011).

Se, no entanto, a alimentação saudável e atividade física não forem suficientes para o controle da glicemia será necessário o recurso à medicação (IDF, 2017).

A gestão da medicação é essencial de modo a que, com qualidade e segurança, se consigam níveis de eficácia adequados às necessidades de cada pessoa, que dela necessita. Na população idosa, os cuidados com a gestão da medicação tomam contornos específicos face à resposta farmacocinética e farmacodinâmica própria decorrente das alterações do processo de envelhecimento, da doença e ou co-morbilidades. Nos idosos, a prevalência da polimedicação, isto é, a toma simultânea de 4 ou mais medicamentos, é muito elevada (Henriques, 2011).

A prescrição de vários tipos de medicamentos, aos idosos com DM 2, para controlar a glicémia, pressão arterial, colesterol e outras morbilidades, podem afetar negativamente a qualidade de vida da pessoa idosa e a capacidade para o autocuidado e autogestão da doença (Kennedy, 2017).

O regime terapêutico medicamentoso na DM 2 consiste na toma de Antidiabéticos Orais (ADO), ou de ADO e insulinoaterapia (em casos que o ADO não é suficiente) ou, em alguns casos, apenas com insulinoaterapia (Crandall, 2008). Desta forma, exige um autocuidado com a medicação, alimentação e atividade física de forma regular e diária, assim como uma vigilância de saúde periódica (American Diabetes Association, 2019a).

Neste sentido, a alimentação saudável, a atividade física e a medicação são os três pilares fundamentais para a gestão da DM 2.

Qualquer um destes pilares envolve mudança ou manutenção de comportamento ao longo da vida, que exigem conhecimentos, oportunidades e motivação por parte das pessoas que precisam de ser ajudadas através de ações de educação e suporte.

A adesão e manutenção do comportamento de adesão ao regime terapêutico só é possível através da educação terapêutica, em que a equipa multidisciplinar tem um papel primordial, mas que a pessoa idosa com DM 2 é a mais relevante e tem de ser envolvida no seu plano de cuidados e de tratamento. Isto só é possível aumentando a literacia em saúde nesta população, através de EpS (Boavida, 2011).

Na perspetiva de enfermagem o cuidado centrado na pessoa e a capacitação para o autocuidado são o foco da intervenção.

1.2.1 A importância da Literacia em saúde na gestão da Diabetes

Literacia em saúde é um conceito que surgiu na década de 1970 e adquiriu uma crescente importância em saúde pública e nos cuidados de saúde, à medida que se verificava que havia dificuldade em ler, entender e interpretar informação relacionada com a saúde, na sociedade moderna (Sørensen, et al., 2012).

A literacia em saúde, de acordo com WHO Regional Office for Europe, consiste na aquisição de competências pessoais e sociais, que determinam a capacidade dos indivíduos em terem acesso à informação, para a compreender e a usar, de maneira a prevenir a doença e a promover a saúde (2013).

Segundo Nutbeam, a literacia em saúde distingue-se em três níveis: literacia funcional/básica, literacia comunicativa/interativa e literacia crítica. A literacia funcional/básica refere-se a competências básicas, para ler e escrever para situações da vida quotidiana; literacia comunicativa/interativa diz respeito a competências cognitivas e sociais que podem ser usadas para participar nas atividades do dia-a-dia, para recolher informação das diferentes formas de comunicação para aplicar em novas situações; e literacia crítica consiste em competências cognitivas e sociais que devem ser aplicadas para analisar criticamente a informação e usá-la para exercer um maior controlo sobre os acontecimentos da sua vida (Nutbeam D. , 1998).

Desta forma, a literacia em saúde consiste na capacitação das pessoas para terem acesso às informações de saúde, para usá-las com confiança e eficiência nas tomadas de decisão para melhorar a sua saúde (Nutbeam D. , 1998).

Sørensen et al. em 2012, definem “a literacia em saúde, ligada à literacia, englobando o conhecimento individual de cada pessoa, a sua motivação e competências no acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação em saúde, que lhe permite, no dia-a-dia, fazer julgamento crítico e tomar decisões relacionadas com a saúde, prevenção da doença e promoção da saúde para a manutenção ou melhoria da qualidade de vida, ao longo da vida” (2012, p. 3).

Estudos realizados sobre literacia em saúde na Europa mostram que existe uma baixa literacia em saúde. Em 2014, em Portugal, cerca de 61% da população apresentava um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, situando-se acima da média de 9 países europeus, em 49,2% (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016).

A declaração de Shanghai de 2016 reconhece a literacia em saúde como um determinante crítico de saúde e que, por isso precisa de ser promovida. Neste sentido, é necessário a implementação e monitorização de estratégias nacionais e intersectoriais para aumentar o controlo dos cidadãos sobre sua própria saúde e seus determinantes, aproveitando o potencial da tecnologia digital. Deve ainda haver opção de escolhas saudáveis no mercado, por meio de políticas de preços, informações explícitas e rotulagem clara (WHO, 2016b).

O excesso de informação sobre a saúde divulgada pelos meios de comunicação social e redes digitais, muitas vezes sem qualquer credibilidade, e os sistemas de saúde, cada vez mais complexos, dificultam as escolhas das pessoas que querem decidir sobre a sua saúde e manter um estilo de vida saudável (Silva, Jólluskin, & Carneiro, 2017).

A falta de preparação das pessoas, para aceder, entender, avaliar e usar informação sobre a saúde, e a sociedade de consumo agressivo e concorrencial, em que vivemos, tornam difícil para as pessoas, mesmo para aquelas que têm uma boa escolaridade, tomar decisões adequadas para prevenir comportamentos de risco para a sua saúde, mantendo um estilo de vida e o meio envolvente saudáveis (WHO Regional Office for Europe, 2013).

Neste sentido, os profissionais de saúde devem investir na promoção da literacia em saúde, capacitando os pacientes e promovendo o autocuidado, uma vez que se vai refletir na gestão da doença e em qualidade de vida. Esta só é possível através da EpS e ações de suporte tendo como objetivo a promoção da saúde e a

prevenção da doença. No caso de já ter a doença, evitar as complicações da mesma (WHO Regional Office for Europe, 2013).

Alguns países europeus como a Inglaterra, Dinamarca ou Suíça, implementaram programas de autogestão de doenças crónicas sustentadas na literacia em saúde, na promoção do autocuidado e na gestão da sua doença, envolvendo a Pessoa com doença crónica no seu plano de cuidados (WHO Regional Office for Europe, 2013). Também Portugal definiu e apresentou o programa de «Literacia em saúde e integração de cuidados» que passou a integrar os Programas de «Educação para a saúde, literacia e autocuidados» e de «Prevenção e gestão da doença crónica» (Despacho n.º 6429/2017) e tem o próprio “Programa Nacional para a Diabetes” (Programa Nacional para a Diabetes, 2017).

Segundo WHO *Regional Office for Europe*, Pessoas com diabetes que têm literacia limitada, conseguem bons resultados com a EpS individualizada e personalizada, sobretudo, quando estão em contato direto com um profissional de saúde que os ajuda a conhecer e a melhorar o seu autocuidado. O comportamento da autogestão melhora se a pessoa com diabetes compreender os programas para gestão da diabetes e as suas intervenções ajustarem o objetivo e a ação ao autocuidado (WHO Regional Office for Europe, 2013).

Segundo a WHO, a EpS “consiste na criação consciente de oportunidades para aprendizagem, envolvendo algumas formas de comunicação destinadas a melhorar a literacia em saúde, incluindo o conhecimento e desenvolvimento de competências para vida, que conduzam à saúde individual e comunitária.” (Who, 1998, p. 4).

A EpS consiste num processo interativo em que respeitando a liberdade do indivíduo o incita a pensar e decidir perante situações e momentos da sua vida individual e coletiva, a ter uma participação ativa, na comunidade em que está inserido, com responsabilidade na determinação da sua própria saúde (Carvalho & Carvalho, 2006).

Sendo a DM 2, uma doença crónica, que exige um regime terapêutico complexo, que implica mudança de comportamentos, estilos de vida saudáveis, é essencial investir na literacia em saúde, pois esta permite a gestão da diabetes, permite aceder aos sistemas de saúde e optar pelas escolhas mais adequadas à sua saúde. Isto é, a pessoa com DM 2, tendo informação e compreendendo-a está mais

habilitada a tomar decisões, sobre a sua saúde, de forma consciente e aderir e manter o regime terapêutico (Boavida, 2011).

A literacia em saúde, conceito mais lato do que EpS, se atingir níveis mais elevados, permitirá a cada pessoa maior capacidade para assumir e se responsabilizar pela sua própria saúde e gerir adequadamente a sua doença (Sørensen, et al., 2012).

1.3 Teoria do autocuidado da *Dorothea Orem* e o Cuidado Centrado na Pessoa de *McCormack & McCance*

O objetivo de garantir uma gestão adequada da DM 2 por parte da população idosa é de manter a sua capacidade para o autocuidado de forma consciente, autónoma, intencional e deliberada para preservar a sua saúde e bem-estar, como salienta a Teoria do Autocuidado da *Orem* (Orem, 2001).

Esta teoria defende que os cuidados básicos são fundamentais para ajudar o ser humano, considerando-o como um todo, único e dinâmico, a viver feliz mais tempo e com qualidade de vida. Esta mesma teoria considera a enfermagem como a arte de ajudar a pessoa incapacitada ou dar apoio para que a pessoa aprenda a fazer o seu autocuidado para conservar a saúde e a vida (Orem, 2001).

A teoria do Autocuidado de *Dorothea Orem* é constituída por três teorias que se relacionam entre si: teoria do autocuidado, teoria do défice de autocuidado e teoria dos sistemas de enfermagem (Orem, 2001).

Pela Teoria do autocuidado pode-se perceber se a pessoa beneficia com cuidados de enfermagem por se encontrar limitada ou condicionada na sua atividade de autocuidado ou na resposta à exigência terapêutica (Orem, 2001).

Se a pessoa idosa apresentar limitações ou incapacidades para realizar o autocuidado, o enfermeiro deve identificar as necessidades da pessoa idosa com DM 2 e pelo défice do autocuidado podemos compreender o papel da pessoa no mesmo e definir as intervenções de enfermagem mais adequadas para a ajudar no seu autocuidado, respeitando as suas capacidades autónomas (Orem, 2001).

Perante esta situação, o enfermeiro deve intervir com a finalidade de auxiliar as pessoas que apresentam limitações de autocuidado, como refere a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001).

Na prática de enfermagem, a autora diferencia o sistema totalmente compensatório, do sistema parcialmente compensatório e o apoio-educativo. No sistema totalmente compensatório, a pessoa tem alguma patologia ou incapacidade que o limita no autocuidado exigindo cuidados de enfermagem na sua totalidade; no sistema parcialmente compensatório, o enfermeiro ajuda o utente a realizar aquilo que não consegue por si só; e por último, no apoio educativo, o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado embora seja necessário EpS, ensinamentos e supervisão de atividades (Orem, 2001).

As intervenções realizadas com o objetivo da promoção do autocuidado na alimentação, atividade física e medicação por parte das pessoas idosas com DM 2, assenta no referencial teórico do Déficit de Autocuidado de *Dorothea Orem* (Orem, 2001).

Neste caso, o agente de cuidados é a pessoa idosa com DM 2 que deve ser envolvida no plano de cuidados e tratamentos, pois a sua participação no autocuidado é fundamental para o controlo da diabetes, para evitar as complicações que advêm da mesma, para manter a autonomia e qualidade de vida. Por outro lado, a interação da pessoa com DM 2 com o enfermeiro é importante, pois o enfermeiro deve promover a adesão e manutenção do comportamento de adesão ao regime terapêutico. Tratando-se de doenças crónicas e mais concretamente de diabetes é fulcral que o profissional de saúde capacite as pessoas idosas com DM 2, que dê ferramentas para estas gerirem a sua doença, de forma autónoma e consciente.

Por outro lado, o enfermeiro deve ter em consideração o cuidado centrado na pessoa, isto é, ao centrar os cuidados na pessoa e não na doença, o enfermeiro deve integrar a pessoa na prática de cuidados, enfatizar a sua capacitação, consultando e envolvendo a pessoa nas decisões sobre o seu cuidado e tratamento (The Health Foundation, 2016).

Uma vez que, o cuidado centrado na pessoa permite que as pessoas tenham um papel mais ativo e colaborativo na gestão da sua saúde e seus cuidados, as pessoas com doenças crónicas que são apoiadas pelo enfermeiro na sua própria gestão de cuidados têm melhores resultados clínicos porque aumenta a probabilidade de cumprirem os planos de tratamento e medicação (The Health Foundation, 2016).

O enfermeiro deve ter em conta a singularidade da pessoa que cuida, respeitar os seus valores e preferências, dar a informação necessária, com clareza e em termos

apropriados, promover a autonomia e respeitar a tomada de decisão do cliente (Suhonen, Välimäki, & Leino-Kilpi, 2008).

Neste sentido, o cuidado centrado na pessoa requer que o enfermeiro seja profissionalmente competente, tenha capacidade para estabelecer relações interpessoais e deve clarificar as suas crenças e valores para não interferir na prática de cuidados. O enfermeiro deve estabelecer uma relação empática e de confiança, ter capacidade de comunicação com o cliente e compartilhar com ele qualquer tomada de decisão que diga respeito ao tratamento ou gestão da sua doença (McCormack, et al., 2015).

Em suma, o enfermeiro sustentado na Teoria do Défice de Autocuidado e no Cuidado Centrado na Pessoa reúne as condições necessárias para promover uma adequada gestão do regime terapêutico, à população idosa com diabetes.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo, descreve-se o procedimento metodológico para a concretização de um projeto de intervenção, planeado entre março e julho de 2018, e que teve início de implementação entre 25 de Setembro de 2018 e 8 de Fevereiro de 2019, na USF Santo Condestável, em Lisboa.

O método de planeamento em saúde foi a metodologia utilizada para a elaboração deste projeto, que engloba as etapas: diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e avaliação (Tavares, 1990).

O planeamento em saúde é definido, por Imperatori & Giraldes, em 1986 como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos afixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socio-económicos” (1986, p. 6). Este deve ser um processo dinâmico e contínuo (Imperatori & Giraldes, 1986).

2.1 Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação é a primeira etapa do planeamento de saúde. Este consiste em identificar e caraterizar os principais problemas de saúde e fatores condicionantes da população, e determinar as necessidades da mesma. De acordo com Tavares, um problema de saúde consiste num “estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela coletividade” enquanto, a necessidade “representa o necessário para remediar o problema identificado” (Tavares, 1990, p. 51).

Relativamente ao projeto de intervenção realizado, procurou-se com o diagnóstico de situação identificar os principais problemas e necessidades das pessoas idosas com DM 2, inscritos na consulta de enfermagem, na USF Santo Condestável, na gestão da doença e saúde e bem-estar.

Descreve-se, de modo breve, a fase de diagnóstico de situação apresentando-se a contextualização da USF, a população e amostra alvo, as técnicas e

procedimentos de colheita de dados e os resultados que permitem caracterizar a amostra alvo, definir os problemas e necessidade destes utentes.

2.1.1 Contextualização do local de intervenção

O Projeto de intervenção comunitária foi realizado na USF Santo Condestável, que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Ocidental e Oeiras e que está classificada como USF Modelo B1, desde 1 outubro de 2016 (USF Santo Condestável, 2017).

Esta USF situa-se na Freguesia Santo Condestável, Conselho e Distrito de Lisboa. A Equipa Multidisciplinar, desta USF, é constituída por 7 enfermeiros, 8 médicos e 6 secretários clínicos, ainda conta com a presença diária de 2 seguranças e uma Sr.^a Auxiliar (USF Santo Condestável, 2017). Esta USF tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários personalizados e de qualidade, assim como a sua acessibilidade, à população da sua área geográfica. Os valores por que se regem respondem à missão e visão do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras que consistem na “acessibilidade, equidade, qualidade, satisfação, competência, ética e criação de valor” (ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, 2016, p. 11).

Esta USF disponibiliza serviços de saúde, como consultas médicas e de enfermagem de variadas especialidades, como, consultas de saúde no adulto, consultas de vigilância a doenças crónicas, especificamente de Diabetes *Mellitus* e Hipertensão arterial, de saúde infantil e juvenil, planeamento familiar, saúde materna, vacinação, sala de tratamentos e consultas domiciliárias.

A USF Santo Condestável tem 13917 utentes inscritos, entre os quais, 1071 têm menos de 6 anos, 8994 são utentes entre 7 a 64 anos de idade, 1618 tem entre 65 a 74 anos e 2234 utentes tem idade superior a 75 anos de idade, verificando-se que a população idosa é muito significativa em relação à população abrangida por esta USF (SNS, 2018).

Da população idosa inscrita nesta USF, 1365 são utentes do sexo masculino e 2487 são utentes do sexo feminino (SNS, 2018).

Relativamente ao índice de dependência, de acordo com os dados do Serviço Nacional de Saúde (SNS), pode-se constatar que esta é superior na população idosa com 48.14 % (SNS, 2018).

O contexto do projeto de intervenção, que se propôs desenvolver, enquadrou-se na Consulta de Enfermagem à Pessoa Idosa com Diabetes *Mellitus*, de uma lista de utentes de uma enfermeira de família e médico de família.

Atualmente existem 1034 utentes inscritos com o diagnóstico de diabetes e 728 utentes são idosos. Deste modo, torna-se pertinente abordar a temática da gestão da diabetes por parte da população idosa. A intervenção nesta área é essencial para permitir que esta população viva o mais tempo possível mas com qualidade, evitando as consequências desta patologia e a morte prematura.

2.1.2 População alvo e Amostra

A população alvo deste projeto de intervenção corresponde à população com idade igual ou superior a 65 anos, com o diagnóstico de DM 2, inscritos na consulta de Enfermagem, da lista de utentes da enfermeira de família, Enfermeira Orientadora, na USF de Santo Condestável, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras (n= 107).

A amostra corresponde aos utentes, com os critérios referidos anteriormente, que compareceram na consulta de enfermagem na USF ou em contexto domiciliário, no período de outubro a dezembro de 2018 e aceitaram participar. Considerou-se não integrar no projeto os utentes, que apresentassem défice cognitivo, que não soubessem ler e /ou escrever português e, concomitantemente, não tivessem cuidador presente no momento de consulta.

Durante este processo realizaram-se 45 entrevistas, 40 na USF Santo Condestável e 5 em contexto domiciliário, obtendo uma amostra de 45 utentes (n=45), que corresponde a 42,1% da população-alvo.

2.1.3 Procedimentos e instrumentos de colheita de dados

Para a concretização do diagnóstico de situação foi necessário a aplicação dos instrumentos de colheita de dados, aos utentes com mais de 65 anos de idade, com diagnóstico de DM 2, inscritos na consulta de enfermagem da Enfermeira Orientadora, da USF Santo Condestável. A aplicação destes instrumentos realizou-se em contexto de consulta, através de autopreenchimento dos instrumentos de colheita de dados ou entrevista, para aplicação dos instrumentos de colheita de dados, com duração de média de 40 minutos. No caso de não se poder realizar a entrevista na consulta foi realizada no domicílio dos utentes, quando estes assim o desejaram.

Durante a entrevista, realizou-se a colheita dos dados sociodemográficos, avaliou-se os dados antropométricos, como o peso, altura, perímetro abdominal, perímetro de anca e Índice de Massa Corporal (IMC) e se aplicaram 9 instrumentos de colheita de dados: Escala de crenças acerca dos Medicamentos (Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ-PT)); Escala de Adesão à Medicação (Medication Adherence Report Scale (MARS-PT)); Escala de Barthel; Escala de Lawton & Brody; Escala Mini Mental State Examination (MMSE-PT); Escala de Atividades de Auto-cuidado com a Diabetes; Questionário Europeu de Literacia em Saúde (European Health Literacy Survey (HILS-EU-PT)); Questionário Newest Vital Sign (NVS-PT) e Drug Regimen Unassisted Grading Scale-PT (DRUGS). Todos os instrumentos aplicados fazem parte do projeto VASelfCare.

No que diz respeito à caracterização da população idosa quanto ao grau de dependência nas atividades de vida, aplicámos as escalas de Barthel e Lawton & Brody. A escala de Barthel avalia o nível de dependência do utente idoso para realização de atividades básicas de vida, como higiene pessoal, tomar banho, vestir-se, alimentar-se, transferência da cama para a cadeira, subir e descer escadas, deambular, controlo de esfíncteres e uso de sanitários (Araújo F. , Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007). A escala de Lawton & Brody avalia o nível de dependência da pessoa idosa no que se refere às atividades instrumentais, nomeadamente, uso de telefone, fazer compras, preparação de refeições, tarefas domésticas, gestão de medicação e dinheiro e uso de meios de transportes (Araújo F. , Ribeiro, Oliveira, Pinto, & Martins , 2008).

Tendo como objetivo identificar as necessidades da população idosa na gestão da DM 2, aplicou-se a Escala de Atividades de Auto-cuidado com a Diabetes. Esta escala integra questões relativas ao autocuidado com esta doença, nos últimos 7 dias e é constituída por 6 dimensões, designadamente: alimentação geral; alimentação específica; atividade física; monitorização da glicemia; cuidados com os pés e medicamentos, e, ainda, hábitos tabágicos (Bastos, Severo, & Lopes, 2007).

Para avaliar a Literacia em Saúde, aplicou-se o Questionário Europeu de Literacia em Saúde, para a população de Portugal, o HLS-EU-PT. Este instrumento de avaliação integra 47 questões, distribuídos por 3 domínios: cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença e 4 níveis de processamento de

informação, acesso, compreensão, avaliação e utilização, fundamentais na tomada de decisão (Saboga-Nunes & Sorensen, 2013).

No domínio da literacia em saúde aplicou-se também a escala *Newest Vital Sign*, que dá informação sobre uma estimativa global das aptidões em literacia da saúde funcional. Esta escala consiste na leitura e interpretação de um rótulo de um alimento (Martins & Andrade, 2014).

As Escalas de Adesão à Medicação (Pereira, Pedras, & Machado, 2012) e de Crenças acerca dos medicamentos (Salgado, et al., 2013) são instrumentos que permitem perceber, respetivamente, a adesão e as crenças relativos à medicação. A escala *DRUGS-PT* permite avaliar a capacidade de gestão da medicação por parte do idoso baseando-se em 4 tarefas: identificação, acesso, dose e período do dia, respetivo a cada medicamento presente na medicação atual do utente. Esta escala integra dois registos: um que apresenta um calendário, onde o utente indica o horário de administração de cada medicamento que realiza e outro registo, onde se encontra uma grelha em que de acordo com as 4 tarefas, se coloca se é capaz ou incapaz de as realizar para cada medicamento (Advinha, et al., 2016).

Com este instrumento, para além de se conseguir realizar uma avaliação de cada tarefa relativa à medicação, também se consegue realizar uma apreciação geral através do score final. Este score final é realizado através do cálculo de uma fórmula, da qual resulta uma percentagem, em que 100% é o resultado máximo que corresponde ao conhecimento máximo por parte do utente de toda medicação que realiza, tendo em conta as 4 tarefas (identificação, acesso, dose e período do dia) e 0 % corresponde ao desconhecimento total da medicação.

Deste modo, a aplicação dos instrumentos de colheita de dados, permitiu identificar os principais problemas da população idosa com DM 2, inscrita na consulta de Enfermagem, da USF Santo Condestável, na gestão da sua doença.

2.1.4 Caracterização da Amostra

A caracterização da amostra foi realizada através da análise descritiva dos dados e interpretação dos resultados, no programa de tratamento estatístico SPSS, Versão 25 e EXCEL.

2.1.4.1 Caracterização Sociodemográfica

A amostra é constituída por 45 utentes (n=45), com idades compreendidas entre os 66 e 90 anos de idade em que a média de idade, em anos é de 77,3. Cerca de metade da amostra (53,3%) é do sexo feminino e 46,7 % do sexo masculino.

A maioria dos participantes (66,7%) são casados ou vivem em união de facto, 20% são viúvos, 11,1 % divorciados ou separados e 2,2% são solteiros.

Nesta amostra, 77,8% das pessoas idosas vivem com outras pessoas, quer sejam conjugues, companheiros/as, filhos ou netos e 22,2% vivem sozinhos.

Como apresentado na tabela 1, no que diz respeito às habilitações literárias, 48,9% dos participantes têm o 1º ou 2º ciclo do ensino básico; 29% não frequentou a escola/educação pré-escolar (sabe ler e escrever); 11,1 % frequentou o ensino secundário (até ao 12º ano); 4,4 % frequentou 3º ciclo do ensino básico; 2,2 % têm grau de bacharelato ou licenciatura ou nível equivalente e 4,4% tem doutoramento ou nível equivalente.

Tabela 1 - Caracterização da amostra

Caracterização da amostra	Participantes N = 45	Percentagem %
Sexo		
Masculino	21	46,7
Feminino	24	53,3
Estado Civil		
Solteiro	1	2,2
Casado /União de facto	30	66,7
Divorciado / Separado	5	11,1
Viúvo	9	20,0
Habilitações Literárias		
Não frequência escolar/Educação pré-escolar (sabe ler/escrever)	13	29,0
1.º ou 2.º ciclos do ensino básico (até ao 6.º ano)	22	48,9
3.º Ciclo do ensino básico (até ao 9.º ano)	2	4,4
Ensino secundário (até ao 12.º ano)	5	11,1
Bacharelato ou licenciatura ou nível equivalente	1	2,2
Doutoramento ou nível equivalente	2	4,4
Vive Sozinho?		
Sim	10	22,2
Não	35	77,8

Nesta amostra, o diagnóstico da DM 2 foi realizado em média à 9,4 anos. O tempo mínimo de diagnóstico é de 2 anos. Estes participantes apresentam uma média de valor de Hemoglobina Glicada (HbA1C) de 6,69 %.

Estes participantes são polimedicados, com uma média de 6 medicamentos dia. Relativamente à medicação para a DM 2, 77,8% da amostra tem prescrito exclusivamente ADO, 6,7% exclusivamente insulino terapia, 13,3% tem prescrito ambos (ADO e insulina) e 2,2% não realiza nenhum medicamento para DM 2 seguindo apenas a indicação de alimentação saudável e atividade física. Dos participantes, 73,3% são responsáveis por gerir autonomamente a sua medicação e 26,7% são dependentes do cuidador para esta atividade.

A escala Mini-Mental State Examination permitiu verificar que 91,1% dos participantes não apresentam défice cognitivo, contudo, 8,9%, que corresponde a 4 participantes, apresentavam ligeiro défice cognitivo. Estes utentes apresentavam-se acompanhados pelo cuidador, no momento da entrevista.

2.1.4.2 Caracterização relativa aos dados antropométricos

A avaliação dos dados antropométricos realizou-se sempre no mesmo gabinete quando realizado na USF e pela mesma pessoa. As medições de peso e altura foram realizadas na mesma balança digital e as medições de perímetro abdominal e de anca sempre com a mesma fita métrica.

Os dados antropométricos correspondentes ao peso e altura, dos 5 utentes em que foi realizada consulta em contexto domiciliário, foram considerados os valores da última avaliação na USF. De uma participante não havia registo nem condições para avaliação no domicílio.

Determinou-se o IMC, cuja média é a 29,2 e a média do perímetro abdominal de 100,6 cm. Estes valores correspondem a excesso de peso (DGS, 2005).

2.1.4.3 Caracterização relativa ao grau de dependência

Segundo a escala de Barthel, a maioria dos participantes são independentes na realização das atividades de vida diárias (AVD's), com 93,34 %, 1 utente (2,22 %) apresenta dependência ligeira e 2 utentes (4,44 %) dependência moderada (Tabela 2).

No que diz respeito à escala de avaliação do grau de dependência de atividades instrumentais, Lawton & Brody, também a maioria dos utentes que participaram no estudo são independentes, correspondendo a 57,78%. 2 utentes (4.44%) da amostra apresentam dependência total, não conseguindo realizar nenhuma atividade de vida

instrumental e 37,78% apresenta algum tipo de dependência (Tabela 2). Salientam-se da análise dois itens desta escala, a preparação das refeições e a gestão da medicação. Na preparação das refeições, 80% dos participantes organizam, preparam e servem as refeições sozinhos e adequadamente *versus* (vs) 20 % que apresentam alguma dependência nesta tarefa. Na gestão da medicação 73,3 % da amostra refere que é capaz de tomar a medicação à hora e dose correta vs 26,7 % que necessita de alguma ajuda na gestão da medicação ou não é capaz de tomar a medicação.

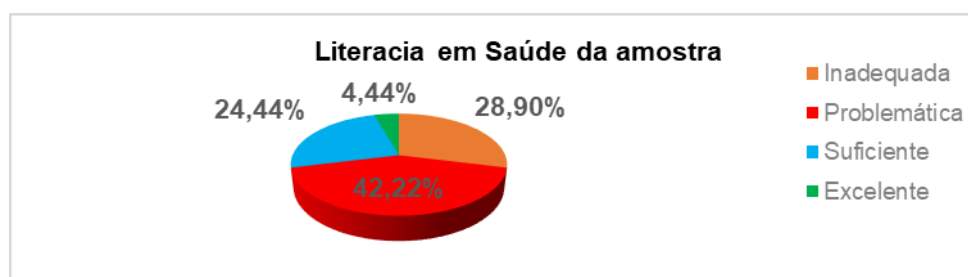
Tabela 2 - Caracterização da amostra relativa ao grau de dependência

	Participantes (N=45)	Percentagem %
Índice de Barthel		
Dependência grave	0	0,00
Dependência moderada	2	4,44
Dependência ligeira	1	2,22
Independência	42	93,34
Índice de Lawton & Brody		
Dependência total	2	4,44
Dependência grave	3	6,67
Dependência moderada	6	13,33
Dependência ligeira	8	17,78
Independência total	26	57,78

2.1.4.3 Caracterização relativa ao nível de Literacia em saúde

O nível de literacia em saúde foi avaliado através da aplicação do questionário Europeu de Literacia em Saúde para Portugal - HLS-EU-PT. Com a aplicação desta escala identificaram-se 28,90% dos utentes com literacia em saúde inadequada, 42,22% problemática, 24,44 % suficiente e 4,44 % excelente (Gráfico 1).

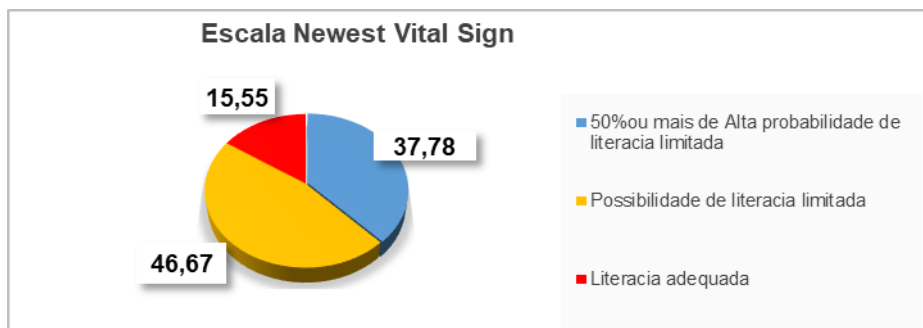
Gráfico 1 - Caracterização relativa ao nível de literacia em saúde (HLS-EU-PT)



Como complemento do questionário HLS-EU-PT aplicou-se a escala *Newest Vital Sign* (NVS), em que 37,78% da amostra apresenta 50% ou mais de alta

probabilidade de literacia limitada; 46,67% apresenta possibilidade de literacia limitada e 15,55 % de literacia adequada (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Caracterização da amostra pela Escala NVS



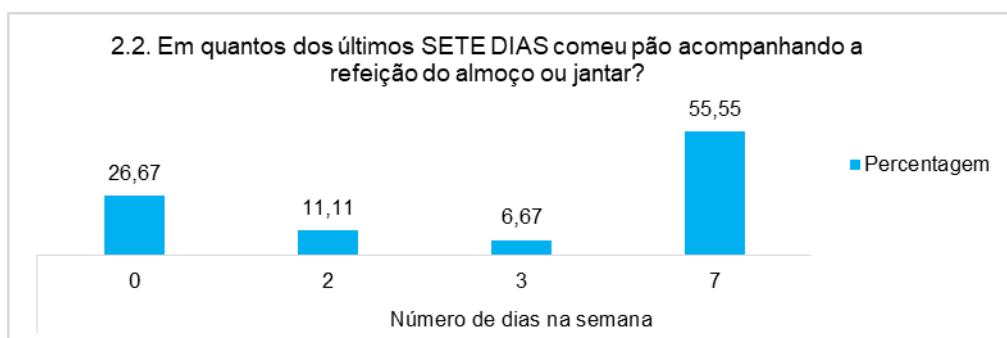
2.1.4.4 Caracterização relativa ao Autocuidado com a Diabetes

A Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes traduzida e adaptada para a versão e realidade portuguesa permitiu perceber como estes utentes aderem ao regime terapêutico da diabetes, tendo em conta as 6 dimensões e a avaliação de hábitos tabágicos (APÊNDICE III).

Relativamente à primeira dimensão, “Alimentação geral”, constatou-se que a amostra apresenta uma média de 5,1 dias em que seguiu uma alimentação saudável e uma média de 6 dias em que se alimentou de cinco ou mais peças de fruta e/ou vegetais. No entanto, 95,56 % da amostra referiu não seguir nenhum plano alimentar, recomendado por profissional de saúde, no último mês.

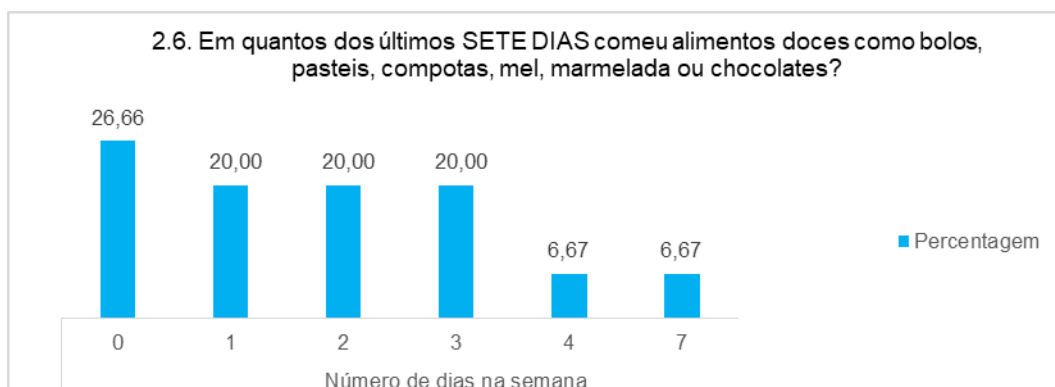
Na alimentação específica, verificou-se que 28,89% da amostra não ingeriu carnes vermelhas em nenhum dia; 26,67 % ingeriu apenas num dia; 15,56% ingeriu em 2 dias e o restante ingeriu entre 3, 4 e 7 dias. No que diz respeito à ingestão de bebidas alcoólicas (mais que um copo) nas principais refeições, a maioria dos participantes refere que não consumiu em nenhum dia, correspondendo a 84,45% da amostra, assim como, no consumo de bebidas alcoólicas fora das refeições, em que 93,34 % também refere que não consumiu, em nenhum dia. Na questão que menciona a mistura de acompanhamentos da refeição, 77,78% da amostra não a realiza, e 22,22 % realiza entre 2 a 7 dias. Nesta dimensão, destaca-se ainda a ingestão de pão nas principais refeições, almoço e jantar, em que 55,55% refere que ingeriu pão ao almoço e jantar nos últimos 7 dias (gráfico 3).

Gráfico 3 - Caracterização da amostra relativamente ao consumo de pão às principais refeições, almoço e jantar, nos últimos 7 dias.



No consumo de alimentos doces, 26,66% dos participantes menciona que não consomem em nenhum dia; os restantes participantes referem que ingerem alimentos doces distribuídos entre 1 e 7 dias (Gráfico 4)

Gráfico 4 - Caracterização da amostra relativamente ao consumo de doces, nos últimos 7 dias.



Na atividade física, 35,56% dos utentes referem que não praticaram atividade física durante 30 minutos em nenhum dia e 80 % da amostra não participou numa sessão de exercício físico específico, em nenhum dia (Gráfico 5 e 6).

Gráfico 5 - Caracterização da amostra relativamente à prática e atividade física.

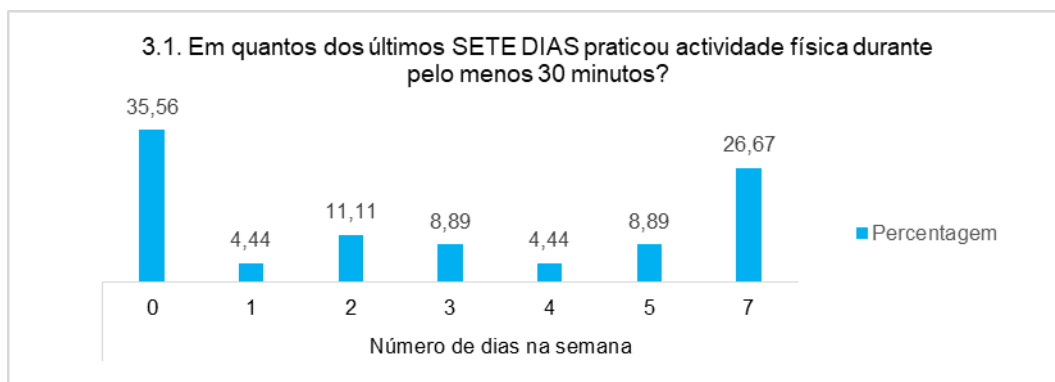
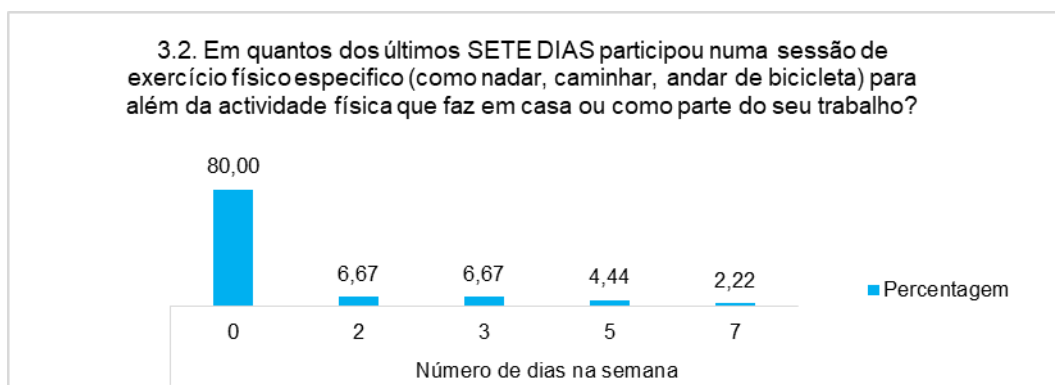


Gráfico 6 - Caracterização da amostra relativamente à realização de exercício físico.



A monitorização da glicemia capilar é a quarta dimensão da escala. Nesta dimensão verificou-se que a média de dias recomendados pelo profissional de saúde para avaliação de glicemia capilar é de 1,98 e a média de dias que os participantes avaliavam era superior (2,58). No entanto, estudos atuais desaconselham a auto monitorização da glicemia nos utentes com DM 2, como refere o Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos médicos, pois refere não trazer benefícios para os utentes e para gestão da sua doença (salvo algumas exceções) (2018).

Na quinta dimensão, “Cuidados com os pés”, realizando a média das respostas às três questões que fazem parte desta dimensão, conclui-se que 46,7% dos participantes referem ter cuidados com os pés, nos 7 dias.

Na dimensão da medicação, é de salientar que 95,56% dos participantes tomou a medicação para a diabetes, nos 7 dias. Relativamente ao tratamento com insulino terapia, 80% da amostra refere que não realiza em nenhum dia vs 20% que refere realizar nos 7 dias da semana, pois está recomendado pelo seu médico. No que diz respeito à toma de comprimidos da diabetes, 88,89% da amostra refere que toma, nos 7 dias; 2,22% em 6 dias e 8,89% refere que não toma comprimidos para a DM, em nenhum dia.

Na avaliação de hábitos tabágicos constatou-se que 93,34 % da amostra não fumou nos últimos 7 dias, sendo que, 57,78 % refere que nunca fumou; 35,56 % refere que há mais de dois anos atrás que não fuma.

2.1.4.5 Caracterização relativa à Adesão, Crenças da Medicação e DRUGS-PT

Na escala de adesão à medicação a maioria dos participantes referem que tomam a medicação de forma correta, respeitando a dose e período de administração. Contudo 15,56% da amostra refere que se esquece de tomar a medicação algumas vezes; 2,22% frequentemente; 13,33% raramente e 68,89% nunca se esquece.

Na escala de crenças acerca dos medicamentos podemos verificar que apesar da maioria da amostra reconhecer a importância da medicação na sua saúde e que, sem a mesma, ficaria muito doente, manifesta alguns medos e receios relativamente à medicação. Exemplo disso é a preocupação com o facto de ter de tomar a medicação (33,33%); preocupação com os efeitos a longo prazo dos medicamentos, que corresponde a 46,66% da amostra (que refere essa preocupação); o facto de os participantes considerarem que a medicação é um mistério para os próprios (24,44%) e, ainda, manifestarem preocupação de ficarem dependentes da medicação, correspondente a 43,18% da amostra.

Na escala DRUGS-PT avaliamos a gestão da medicação por parte dos utentes, tendo em conta a identificação do medicamento, o acesso, a dose e o período do dia, de acordo com o autorrelato de cada utente. Para esta escala solicitávamos aos utentes que trouxessem o saco da medicação, todavia, apenas um utente trouxe, os restantes ou traziam os invólucros das caixas dos medicamentos ou se recordavam na altura.

Com a aplicação desta escala observou-se que 17,8% da amostra não identifica nenhum dos seus medicamentos, 51,1% não identifica alguma da sua medicação ou o acesso, a dose e o período do dia da medicação que realiza. Por outro lado, 31,1% da amostra tem conhecimento da medicação que realiza, tendo em conta os 4 itens referidos anteriormente.

Deste modo, após a caracterização da amostra constatou-se os seguintes problemas:

- Literacia em saúde inadequada (28,90%) e problemática (42,22%) - HLS-EU-PT;
- 50% ou mais de alta probabilidade de literacia limitada (37,78%) e possibilidade de literacia limitada (46,67%) NVS;
- Não adesão à atividade física;
- Excesso de consumo de Hidratos de Carbono (HC) às principais refeições;
- Perímetro abdominal e IMC acima da média recomendada;

- Manutenção do comportamento de adesão ao regime medicamentoso;
- Polimedicação (média de 6 medicamentos);
- Crenças e receios relativos à medicação, na medida em que manifestam preocupação com o facto de ter de tomar medicação, com os efeitos a longo prazo dos medicamentos e receios de ficarem dependentes da medicação;
- Gestão não adequada da medicação (68,9%).

2.2 Determinação de Prioridades

Segundo Tavares, a determinação de prioridades é a segunda etapa do planeamento em saúde. Esta consiste na comparação e hierarquização de problemas através da definição de critérios. (Tavares, 1990)

A grelha de análise foi a técnica utilizada para a determinação de prioridades, que tem por base os seguintes critérios: (1) importância do problema; (2) relação entre o problema e o fator de risco; (3) capacidade técnica de resolver o problema e (4) exequibilidade do projeto ou da intervenção”. (Tavares, 1990, p. 88) Esta técnica pressupõe a classificação de (+) ou (-), aos critérios acima referidos, de forma sequencial, numa grelha de análise. Consoante a pontuação final determina-se a prioridade dos problemas, sabendo que quanto menor for o valor total obtido, maior é a prioridade.

Na tabela 3 estão descritos os problemas prioritários de acordo Grelha de Análise.

Tabela 3 - Priorização dos problemas segundo a Grelha de Análise

	(1)	(2)	(3)	(4)	Total
Não adesão à atividade física	+	+	-	-	4
Manutenção do comportamento de adesão ao regime medicamentoso associado a:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ LS inadequada e problemática; ▪ Polimedicação; ▪ Presença de crenças e receios relativos à medicação, nomeadamente, preocupação em tomar medicação, preocupação com os efeitos a longo prazo da medicação e, ainda, receio de dependência da mesma. ▪ Gestão não adequada da medicação. 	+	+	+	+	1
Perímetro abdominal e IMC acima da média recomendada	+	+	+	-	2
Excesso de consumo de HC às principais refeições.					

Após a aplicação da grelha de análise constatou-se que a prioridade incide na **adesão e manutenção** do comportamento de adesão ao **regime terapêutico**: na manutenção do comportamento de adesão ao regime medicamentoso; à adesão ao regime dietético e atividade física.

Deste modo, definiram-se os seguintes diagnósticos de enfermagem segundo a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, de *Dorothea Orem* (Tabela 4).

Tabela 4 – Diagnósticos de Enfermagem segundo Modelo Teórico de *Dorothea Orem*

Défice de autocuidado na dimensão da atividade física
▪ Não adesão à atividade física
Risco de défice de autocuidado na adesão ao regime medicamentoso
▪ Baixa literacia em saúde
▪ Crenças e receios relativos aos medicamentos
▪ Gestão não adequada da terapêutica
Défice de autocuidado na dimensão do regime dietético
▪ Condição física: IMC e Perímetro abdominal elevado
▪ Excesso de HC

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), Versão 2015, elaboraram-se os diagnósticos de saúde, descritos na tabela 5. (Ordem dos Enfermeiros, 2016)

Tabela 5 - Diagnósticos de Enfermagem de acordo com a taxonomia CIPE®

Capacidade de gestão do regime de atividade física comprometido relacionado com:
▪ 35,56% da amostra não pratica atividade física durante 30 minutos
▪ 80,0 % da amostra não realiza sessão de exercício físico específico
Manutenção da adesão ao regime terapêutico medicamentoso relacionado com:
▪ 28,9 % Literacia em saúde inadequada e 42,22% problemática
▪ 37,78% Alta probabilidade (50% ou mais) de literacia limitada e 46,67% de possibilidade de literacia limitada
▪ 33,33% Manifestaram preocupação com o facto de ter de tomar a medicação
▪ 46,66% Manifestaram preocupação com os efeitos a longo prazo dos medicamentos
▪ 24,44% Consideraram que a medicação é um mistério
▪ 43,18% Manifestaram preocupação em ficar dependentes da medicação
▪ 68,9% Não identifica pelo menos um parâmetro da sua medicação (nome, acesso, dose ou período do dia)
Capacidade de gestão do regime dietético comprometido relacionado com:
▪ Média de IMC de 29,2
▪ Média de perímetro de abdominal de 100,64 cm
▪ 55,55% da amostra ingere pão ao almoço e jantar nos 7 dias

2.3 Projeto de intervenção comunitária na USF Santo Condestável “Crie o Seu Bem-estar, Cuidando de Si”

Após a determinação de prioridades prossegue-se a terceira etapa do planeamento em saúde, designadamente a fixação de objetivos. O delineamento dos objetivos pretende direcionar o projeto ao encontro dos resultados pretendidos para a população alvo (Tavares, 1990).

Neste sentido, este projeto de intervenção comunitária tem como **finalidade** capacitar os utentes com mais de 65 anos, com DM 2, para a gestão adequada do regime terapêutico da diabetes: alimentação, atividade física e medicação.

Como **objetivo geral** foi definido a promoção do autocuidado a pessoas idosas com DM 2, com o regime terapêutico: alimentação, atividade física e medicação, promovendo uma gestão adequada da doença.

Deste modo, foram definidos os seguintes **objetivos específicos**:

- Sensibilizar a população idosa com DM 2 para importância da adesão e manutenção do comportamento de adesão ao regime terapêutico;
- Incentivar a prática da atividade física;
- Aumentar o conhecimento sobre o regime medicamentoso na DM 2;
- Incentivar a manutenção do comportamento de adesão ao regime terapêutico medicamentoso;
- Desenvolver e utilizar estratégias para capacitar os utentes com a gestão do regime medicamentoso:
 - Informar os utentes idosos com os cuidados a ter com os medicamentos; e indicações que devem respeitar;
 - Auxiliar na identificação da medicação, tendo em conta o nome comercial, princípio ativo, dose e validade;
 - Realizar documento facilitador para o utente idoso, nomeadamente, “Livro de Registo de Medicação” e folhetos informativos;
- Incentivar a adesão e manutenção do comportamento de adesão ao regime dietético.

Na sequência da apresentação dos objetivos propostos, definem-se de seguida os objetivos das atividades a desenvolver, designadamente, Objetivos **operacionais**:

- Que pelo menos 50% da amostra receba informação da gestão adequada do regime terapêutico relativo à diabetes, quer seja em contexto de consulta de Enfermagem, na USF ou no domicílio;
- Que pelo menos 20% dos idosos com DM 2 (amostra) declarem vontade de aumentar a sua atividade física;
- Que pelo menos 20% dos idosos com DM 2 (da amostra) estejam presentes na sessão de EpS “Gestão do Regime Terapêutico na DM 2: Cuidados a ter com os Medicamentos”;
- Que pelo menos 50% dos idosos com DM 2, que estejam presentes na sessão de EpS, recebam informação dos cuidados a ter com os medicamentos;
- Que pelo menos 50% dos utentes, que estiveram presentes na sessão, identifiquem os certos da medicação;
- Que pelo menos 50% dos idosos com DM 2 estejam satisfeitos com a sessão de EpS “Gestão do Regime Terapêutico na DM 2: Cuidados a ter com os Medicamentos”;
- Que pelo menos 20% da amostra mostre vontade em mudar o seu regime alimentar, adira à alimentação saudável.

As estratégias propostas, para concretização dos objetivos delineados, consistem em formas de atuação, técnicas específicas para atingir os objetivos preconizados, inclusive, a superação de constrangimentos que podem surgir no desenvolvimento do projeto (Imperatori & Giraldes, 1986).

A EpS é a estratégia crucial para atingir o objetivo proposto, designadamente, a promoção do autocuidado com o regime terapêutico, nas pessoas idosas com DM 2, inscritos na consulta de enfermagem, da USF Santo Condestável. A EpS consiste na criação de oportunidades para a aprendizagem, que envolve a comunicação e tem como objetivo melhorar a literacia em saúde, isto é, desenvolver conhecimento e competências que permitam o utente decidir conscientemente sobre a sua saúde e que promova a saúde individual e comunitária (Nutbeam, 1998).

A promoção do autocuidado com o regime terapêutico por parte dos utentes idosos com diabetes implica a execução de um plano complexo de cuidados, mudanças de comportamento e adoção de estilos de vida saudáveis (Boavida, 2011).

Neste sentido, a educação terapêutica é essencial na gestão da diabetes, uma vez que, capacita os utentes, dá ferramentas para saberem lidar com a sua doença,

preserva a sua autonomia e permite o controlo otimizado desta patologia (Boavida, 2011).

Deste modo, é necessário a transmissão de conhecimentos sobre esta temática mas também o reforço pelas atitudes adequadas, como manutenção dos comportamentos de adesão ao regime terapêutico. A motivação deve estar sempre presente na interação com o utente com diabetes, pois é preponderante na adesão e manutenção do comportamento de adesão ao regime terapêutico (Boavida, 2011).

Sendo o local de estágio uma USF, que preconiza cuidados personalizados e individualizados ao utente e sua família, definiu-se como estratégia apostar na EpS individual, nomeadamente nas consultas de vigilância de enfermagem na USF e em contexto domiciliário, e, ainda, em grupo, com a sessão de EpS e os folhetos informativos, pois deste modo conseguia-se ter acesso ao maior número de pessoas.

O tema “gestão adequada do regime terapêutico: alimentação, atividade física e medicação” esteve sempre presente nas consultas de enfermagem e na sessão de EpS.

Neste sentido, prossegue-se, na tabela 6, com a descrição das estratégias e atividades realizadas para a concretização dos objetivos.

Tabela 6 – Estratégias e atividades realizadas para a concretização dos objetivos

Estratégia	Atividades
1 - Desenvolvimento de competências relativas à educação terapêutica na DM 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Curso de educação terapêutica na diabetes, pela APDP (no dia 26 e 27 de Novembro de 2018) (ANEXO I); ▪ Workshop “Suporte no Autocuidado a Pessoas mais velhas com DM 2” pelo VASelfCare (no dia 21 de Janeiro de 2019) (ANEXO I), ambos para complementar e aperfeiçoar as minhas competências no que concerne à educação terapêutica para utentes com DM 2;
2 - Realização de Consultas de Enfermagem de vigilância na USF e em contexto domiciliário	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Convocações por via telefone a todos os utentes com DM inscritos na consulta de enfermagem da Enfermeira Orientadora; ▪ Entrega de folhetos informativos tendo em conta as necessidades individualizadas de cada utente; ▪ Deslocação ao domicílio dos utentes que não se podem deslocar à USF; ▪ Sessões de EpS Individual sobre alimentação, atividade física e medicação.
3 - Sessão de EpS “Gestão do Regime Terapêutico na Diabetes Mellitus 2: Cuidados a ter com os Medicamentos”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisa bibliográfica; ▪ Realizar diapositivos para apresentação (APÊNDICE IV); ▪ Programar data, horário e local para sessão tendo em conta a dinâmica de funcionamento da USF Santo Condestável; ▪ Elaborar plano da sessão de EpS; ▪ Elaborar folheto de divulgação da sessão de EpS “Gestão do Regime Terapêutico na Diabetes Mellitus 2: Cuidados a ter com os Medicamentos” para ser afixado na USF; ▪ Convidar os utentes presencialmente e telefonicamente; ▪ Realizar ficha de satisfação; ▪ Realizar lanche saudável no final da sessão de EpS; ▪ Entrega de receitas saudáveis para os utentes com DM 2. (disponibilizado pela USF)
4 - Realização dos folhetos informativos “A família e a Diabetes” e “Técnica de Administração de Insulina”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisa bibliográfica; ▪ Reunião de equipa, com outros profissionais médicos e enfermeiros, no que diz respeito ao primeiro folheto; ▪ Produção fotográfica para ilustrar folheto informativo; ▪ Solicitar autorização ao Conselho Científico e Coordenadora da USF Santo Condestável para distribuir os respetivos folhetos; ▪ Entrega de folheto “A família e a Diabetes” individualmente, na sala de espera, no dia Mundial da Diabetes (dia 24 de Novembro) e em consulta de enfermagem, aos utentes com diabetes e seus familiares (APÊNDICE V); ▪ Entrega do folheto “Técnica de administração de insulina” em consulta de forma individualizada e personalizada.
5 - Realização de “Livro de Registo de Medicação”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisa bibliográfica; ▪ Elaborar o “Livro de Registo de Medicação” (APÊNDICE VI); ▪ Solicitar autorização ao Conselho Científico e Coordenadora da USF Santo Condestável para a implementação do Livro de registo de Medicação; ▪ Solicitar a colaboração da Equipa de Enfermagem.

O contacto inicial nas entrevistas, a empatia estabelecida com os utentes, o contributo da Enfermeira Orientadora, assim como a divulgação do projeto foram fatores facilitadores para o projeto de intervenção.

Deste modo, com a definição de objetivos em relação aos problemas, que se consideraram prioritários, e a seleção de estratégias que permitiram atingir esses objetivos, possibilitou prosseguir para a fase de preparação de execução, para atingir as metas estabelecidas e responder às necessidades identificadas inicialmente (Tavares, 1990).

No sentido de avaliar as atividades realizadas, para atingir as metas estabelecidas, recorreu-se aos indicadores de processo. Segundo Giraldes, indicador é uma relação entre uma “atividade desenvolvida ou resultado esperado e uma população em risco” (Imperator & Giraldes, 1986, p. 43).

Na tabela 7, apresentam-se os **Indicadores de Processo** realizados para avaliar as atividades desenvolvidas.

Tabela 7 - Indicadores de processo

Nome	Indicador	Meta	Resultado
% Pessoas Idosas com DM 2			
Presentes na Consulta de Enfermagem	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Utentes que compareceram à consulta de enfermagem de vigilância da DM (60)}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes convocados (75)}} \times 100$	60%	80%
Consultas domiciliárias realizadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas domiciliárias realizadas (5)}}{\text{N}^\circ \text{ total de consultas domiciliárias agendadas (5)}} \times 100$	50%	100%
Receberam informação sobre a gestão do regime terapêutico: alimentação, atividade física e medicação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Utentes que receberam informação sobre o regime terapêutico (65)}}{\text{N}^\circ \text{ de Utentes que compareceram à consulta de enfermagem de vigilância da DM na USF e no domicílio (60+5)}} \times 100$	50%	100%
Presentes na sessão de EpS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Utentes presentes na sessão de EpS (14)}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes idosos da amostra inicial (45)}} \times 100$	20%	31,11%
Receberam informação dos Cuidados a ter com os Medicamentos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Utentes que receberam informação sobre os cuidados a ter com os medicamentos (14)}}{\text{N}^\circ \text{ de Utentes presentes na sessão de EpS (14)}} \times 100$	50%	100%
Identifiquem os certos da medicação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Utentes que identifiquem os “certos” da medicação (14)}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes presentes na sessão de EpS (14)}} \times 100$	50%	100%
Satisfeitas com a sessão de EpS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Utentes que referiram satisfação com a sessão de EpS (14)}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes presentes na sessão de EpS (14)}} \times 100$	50%	100%

Os **Indicadores de Resultado** pretendem “medir a alteração verificada num problema de saúde”, permitindo constatar se os objetivos propostos foram atingidos (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 44).

Quando se trata de mudança de comportamentos, não se consegue avaliar a mesma num curto período de tempo. Tendo em conta o período de tempo disponibilizado para o projeto e de realização da intervenção, não foi possível medir os resultados. No entanto, mencionamos, de seguida, na tabela 8, os indicadores de resultado se tivesse sido possível a sua concretização.

Tabela 8 - Indicadores de Resultado

Nome: % Pessoas Idosas com DM 2	Indicador	Meta
Aderiram à atividade física	$\frac{\% \text{ Utentes que realizam atividade física pelo menos 30 minutos, 5 dias por semana}}{\text{N}^\circ \text{ total de Utentes presentes na consulta de enfermagem, na USF e no domicílio}} \times 100$	10%
Mantiveram comportamento de adesão ao regime medicamentoso	$\frac{\% \text{ Utentes que mantêm comportamento de adesão ao regime medicamentoso}}{\text{N}^\circ \text{ total de Utentes presentes na consulta de enfermagem, na USF e no domicílio}} \times 100$	30%
Aderiram a um regime alimentar saudável	$\frac{\% \text{ Utentes Idosas com DM 2 que não ingerem pão às refeições (almoço e jantar) nos 7 dias}}{\text{N}^\circ \text{ total de Utentes que realizaram consulta de enfermagem na USF e no domicílio}} \times 100$	20%

2.4 Análise e Reflexão Crítica do Projeto de Intervenção Implementado

O projeto de intervenção “Crie o Seu Bem-estar, Cuidando de Si” resultou do diagnóstico de situação realizado, em que se identificaram alguns problemas relacionados com a gestão do regime terapêutico na DM 2, designadamente: a manutenção do comportamento de adesão à medicação, a adesão ao regime dietético adequado e adesão à atividade física.

A literacia em saúde inadequada e problemática associada à polimedicação que os utentes apresentam, a crenças e receios que manifestam com a medicação e a não identificação da medicação ou o acesso, a dose e o período do dia que a realizam, podem encaminhar para o não cumprimento da terapêutica.

Sendo a DM uma doença crónica, que exige medicação diária e contínua ao longo da vida, para o seu controlo, e perante os problemas referidos acima foi de extrema importância intervir, porque tão importante é a adesão como a manutenção do comportamento de adesão ao regime medicamentoso.

A par disso, a adesão ao regime dietético, associado a um IMC compatível com pré-obesidade e perímetro abdominal aumentado, segundo a Direção-Geral de Saúde (DGS) (2005), associado a risco aumentado de complicações metabólicas juntamente com o excesso de HC consumidos nas principais refeições, e a não adesão à atividade física também se revelaram prioridades a intervir.

O projeto foi definido com a finalidade de promover o autocuidado do regime terapêutico: alimentação, atividade física e medicação, dirigido aos utentes idosos com DM 2.

A concretização do projeto implicou estratégias e ações para atingir os objetivos do mesmo. Com o intuito de avaliar os objetivos delineados, as atividades realizadas no projeto, definiram-se indicadores.

Segundo Imperatori, “ avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir” (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 127).

Deste modo, tendo em conta os indicadores relacionados com a receção de informação relativa à gestão adequada do regime terapêutico na DM 2: alimentação, atividade física e medicação por parte dos utentes idosos com DM 2 foi realizado EpS individual e em grupo.

A EpS individual e personalizada teve uma função preponderante na transmissão de informação adequada às necessidades e características de cada utente. Nas consultas realizadas, na USF ou em contexto domiciliário, constou-se que os utentes sentiam necessidade de expor os seus problemas e dúvidas relativos à diabetes.

A Eps individual realizou-se em contexto de consulta de enfermagem, na USF e em domicílio, para isso, os utentes foram convocadas via telefone. Estabelecendo-se uma meta de 60% e atingiu-se uma meta de 80% de utentes presentes nas consultas. Em contexto domiciliário realizámos 5 consultas (os únicos utentes idosos com DM 2 que necessitam de visitação domiciliária, da lista da Enfermeira Orientadora) que foram as convocadas, atingindo uma meta de 100%.

Relativamente à receção de informação sobre a temática da gestão do regime terapêutico, atingiu-se uma meta 100% de acordo com os utentes que estiveram presentes nas consultas, na USF e em contexto domiciliário.

Foram realizados dois folhetos informativos: “A família e a Diabetes” no dia mundial da Diabetes e outro “Técnica de administração de insulina”.

O primeiro folheto, “A Família e a Diabetes”, foi realizado em equipa (enfermeiros e médicos), em que se abordou a gestão da diabetes, a alimentação saudável, a atividade física, a adesão à medicação e a importância do papel da família na gestão desta doença (APÊNDICE V).

No segundo folheto, explica-se a técnica de administração de insulina, uma vez que alguns utentes com DM 2 realizam insulino-terapia e apresentavam algumas dúvidas nessa técnica, apesar de alguns utentes já realizarem insulina há muitos anos (APÊNDICE V).

O fato dos folhetos informativos terem sido entregues pessoalmente, permitiu que os utentes e seus familiares (quando os acompanhavam) interagissem com o Enfermeiro para esclarecimento de dúvidas sobre a temática.

Em contexto da EpS em grupo, realizou-se uma sessão de EpS “Gestão do Regime Terapêutico na DM 2: Cuidados a ter com os Medicamentos” (Apêndice IV) em que a meta de presença dos utentes foi superada, com 31,11%. Apesar de alguns constrangimentos como questões logísticas e climatéricas, os utentes convocados (16) para a sessão aderiram à mesma (adesão de 14 utentes). O facto de já ter havido um primeiro contacto com os utentes na consulta de enfermagem, ajudou a estabelecer uma relação empática o que facilitou este processo, para além disso o contacto telefónico a convidar os utentes e a relembrar da sessão também foi essencial.

A sessão foi muito participativa, os utentes esclareceram as suas dúvidas, partilharam experiências o que enriqueceu a sessão de EpS. Nela abordámos a gestão do regime terapêutico: alimentação saudável, atividade física e a adesão e manutenção do comportamento da adesão ao regime medicamentoso. Relativamente à alimentação saudável foram dadas recomendações para adoção de uma alimentação saudável, entre as quais, se abordou o excesso de HC (pão) nas principais refeições; foram dadas receitas alternativas para uma alimentação saudável para o utente com diabetes. O incentivo à atividade física também esteve presente e

foi reforçada a sua importância para a saúde. Por fim, abordámos os cuidados a ter com os medicamentos e foi entregue o “Livro de registo da medicação” (APÊNDICE VI). No final da sessão, realizou-se um lanche saudável que foi recebido pelos utentes com agrado.

A temática “Os cuidados a ter com os medicamentos” também foi abordada na sessão de EpS, em que se alcançou uma meta de 100% de utentes que receberam esta informação.

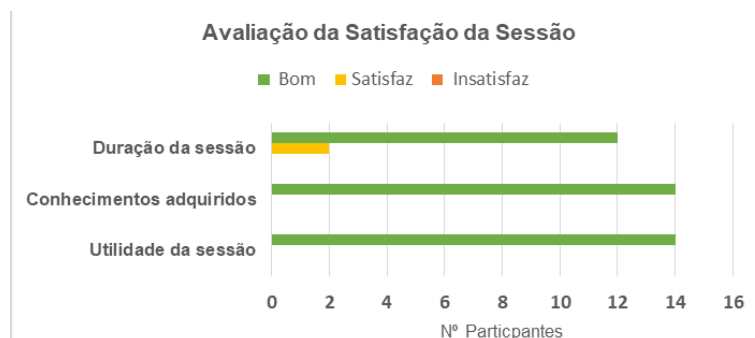
A polimedicação foi um dos problemas identificados no diagnóstico de situação, e é um dos fatores responsáveis pela não adesão à medicação, por erros terapêuticos e gestão inadequada da mesma (Henriques, 2011). Foi proposto que os utentes idosos com diabetes identificassem os “certos” da medicação, para isso na sessão de EpS foi realizado um exercício onde inicialmente foram explicados os “certos” da medicação e posteriormente identificaram-se três medicamentos. Esta meta foi atingida com 100%.

Com o objetivo de promover uma gestão adequada da medicação foi elaborado o livro de registo de medicação, o qual os utentes receberam com satisfação. Este “Livro de registo de medicação” consiste num documento em que os utentes deveriam ter sempre consigo, sempre que se dirigissem a unidades de saúde, uma vez que lá se encontra a informação relativa aos medicamentos que realizam, tendo em conta o nome comercial, o princípio ativo, a dose e o período do dia. Deste modo, este documento facilita a gestão da medicação e evita erros de terapêutica.

Esta sessão permitiu contribuir para o processo de capacitação desta população, na gestão do regime terapêutico, sensibilizando para a importância da mesma, a sua adesão e manutenção, promovendo a literacia em saúde.

No que diz respeito à satisfação dos utentes, relativos à sessão de EpS, foi positivo, uma vez que se estabeleceu uma meta de 50% e obteve-se 100%, como se pode verificar no Gráfico 7

Gráfico 7 - Avaliação da satisfação da sessão de EpS “Gestão do Regime Terapêutico na DM 2: cuidados a ter com os medicamentos”



A realização deste estágio e projeto foi importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, principalmente em contexto da comunidade, uma vez que a minha experiência tem sido em contexto hospitalar.

Deste modo, este estágio permitiu-me a aquisição de conhecimentos em várias áreas, nomeadamente sobre os cuidados de saúde primários. Realizando este estágio numa USF, foram desempenhadas diversas funções de enfermeira especialista, designadamente: Vacinação, Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Saúde de Adultos, Consultas de Enfermagem de utentes com DM e com HTA, tratamento de feridas, administração de injetáveis e Visitação domiciliária.

Para a realização do estágio foi preponderante conhecer a dinâmica da USF, o plano de ação da mesma e adaptar-me à equipa multidisciplinar da USF, em que está incluída a Equipa de Enfermagem.

O momento das entrevistas foi importante, não só como instrumento de diagnóstico da saúde, mas também para estabelecer um primeiro contacto com os utentes e muitas vezes com as suas famílias. A maioria mostrou interesse e disponibilidade em participar no projeto.

Esta fase de diagnóstico demorou mais tempo do que eu previa, pois estava dependente da disponibilidade dos utentes e da gestão da minha atividade laboral (no hospital) o que conseqüentemente implicou um reajuste no cronograma. O fator tempo é sempre algo stressante neste tipo de projeto. Por outro lado, a diversidade de instrumentos na colheita de dados aplicados exigiu disponibilidade de tempo, significativa para o utente, e capacidade de adaptação permanente em cada entrevista por parte do entrevistador. A par disso, a minha inexperiência na realização destes projetos exigiu de mim um esforço acrescido na procura da concretização dos objetivos a que me propus.

3. QUESTÕES ÉTICAS

A elaboração de um projeto de intervenção exige que as questões éticas sejam respeitadas, salvaguardando a privacidade e os direitos das pessoas que participam no estudo, sendo necessário o pedido das devidas autorizações à Comissão de Ética, como, a Comissão Nacional de Proteção de Dados, Comissão de Ética para a Saúde e o Consentimento Informado.

Ao integrar o Projeto VASelfCare (Virtual Assistent SelfCare) na realização do estudo transversal, uma vez que a USF, integra o projeto, todas as autorizações de instrumentos por parte dos autores, direção do ACES e aprovação pela comissão de ética estavam concretizadas (<http://vaselfcare.rd.ciencias.ulisboa.pt/>). Os dados colhidos no âmbito deste estudo, serviram de base ao diagnóstico de situação para o projeto individual. Foi apenas requerida a autorização para implementação e avaliação deste projeto na USF Santo Condestável, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Todas as autorizações foram concedidas, nomeadamente a Comissão Nacional de Proteção de Dados (ANEXO II), Comissão de Ética para a Saúde para ARSLVT (ANEXO III) e o Consentimento Informado (ANEXO IV). Assim como, as autorizações para aplicação dos 9 instrumentos de colheita de dados: Escala de Crenças acerca dos Medicamentos (Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ-PT)), Escala de Adesão à Medicação (Medication Adherence Report Scale (MARS-PT)), Escala de Barthel, Escala de Lawton & Brody, Escala Mini-Mental State Examination (MMSE-PT), Escala de Atividades de Auto-cuidado com a diabetes, Questionário Europeu de Literacia em Saúde (European health literacy Survey (HILS-EU-PT)), Questionário Newest Vital Sign (NVS-PT) e escala DRUGS-PT, aos autores das escalas. Todos os instrumentos aplicados fazem parte do projeto VASelfCare.

A todos os participantes foi entregue um folheto informativo “Informação ao Participante” no qual constava uma breve explicação e esclarecimento sobre o estudo e o objetivo do estudo em questão (ANEXO V). Para além disso, também foram informados do caráter gratuito e voluntário da participação e que se garantia o anonimato dos participantes. Os mesmos se consentissem, assinavam o consentimento informado, assinado por ambos, o participante e o investigador.

Deste modo, foram cumpridos todos os procedimentos éticos.

4. IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A elevada incidência da diabetes, o aumento de morte prematura e as complicações diagnosticadas tardiamente como consequência desta doença crónica, devido a comportamentos de risco, requer de todos, mas, em particular, dos profissionais de saúde uma intensificação da luta contra a diabetes através da EpS (Programa Nacional para a Diabetes, 2017).

A promoção da saúde, segundo a Teoria cognitiva social, implica a modificação de comportamentos relacionados com a saúde, através de programas autorregulados em que os comportamentos são automonitorizados, em conformidade com as metas a atingir, incentivos auto-motivadores e apoios sociais para sustentar práticas saudáveis (Bandura, *The Primacy of Self-Regulation in Health Promotion*, 2005).

Segundo a Teoria cognitiva social de Bandura, a mudança de comportamento ocorre por observação e modelagem. Na aquisição de comportamentos por modelagem, o auto – reforço (recompensa ou punição) e auto - eficácia são determinantes para que o indivíduo modifique comportamentos, determinados pelas situações e circunstâncias pessoais, sociais e ambientais, direcionados para o desenvolvimento e funcionamento de uma vida saudável (Bandura, *Human Agency in Social Cognitive Theory*, 1989).

A crença na eficácia pessoal afeta a motivação, os processos cognitivos e padrões de comportamentos, porque a pessoa está aberta à mudança se estiver consciente dessa necessidade e tiver confiança nas suas capacidades para lidar com novas situações que influenciam as suas vidas (Bandura, 1998). Nesta perspetiva, as mudanças comportamentais duradouras e eficazes só são possíveis se o indivíduo, como agente de mudança, fizer uma autogestão pro-ativa dos incentivos motivacionais, para alcançar um objetivo, realizar um desejo ou satisfazer uma necessidade (Bandura, 2005).

De acordo com o modelo COM-B, a mudança de comportamento consiste em três componentes inter-relacionados: Capacidade: a pessoa tem aptidões físicas e psicológicas para realizar a tarefa; Oportunidade: a pessoa tem o ambiente físico e social para exercer a tarefa e Motivação: refere-se aos processos cognitivos e emocionais, reflexivos e automáticos que potenciam e produzem qualquer

comportamento. A motivação é essencial no processo de mudança de comportamento. Ela determina a ação e como devemos fazê-la (Michie & West, 2012).

Segundo Prochaska e Diclemente (1982) o processo de mudança de comportamento envolve estágios motivacionais, nomeadamente: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída. Deste modo, compreendemos que é tão importante a adesão a um comportamento saudável como a sua manutenção (Prochaska & Diclemente, 1982).

A mudança de comportamentos é difícil e morosa, mas cabe aos profissionais de saúde combater essa resistência à mudança através de estratégias e instrumentos que informem e promovam a saúde e o bem-estar.

O enfermeiro precisa de entender o que leva a pessoa com diabetes a resistir à mudança, no que diz respeito a hábitos alimentares, ao sedentarismo ou aderência à medicação, para a poder ajudar e apoiar na mudança de atitudes e comportamentos, mostrando – lhes os benefícios da mudança para sua vida e bem-estar. Mas não basta ter consciência da necessidade de mudança é preciso ter incentivos pessoais e sociais para que a pessoa se sinta motivada e capaz de operar essa mudança, adotando comportamentos e hábitos saudáveis (Tomlim & Asimakopoulou, 2014).

O cuidado centrado na pessoa e a promoção do autocuidado leva os enfermeiros a procurarem que todos os utentes adiram individualmente a adequado programa de gestão da doença e ao respetivo regime terapêutico, de modo a identificar e monitorizar situações de risco e promover programas de literacia em saúde, utilizando a sua competência educativa para a saúde, de forma que as pessoas com diabetes fiquem capacitadas para aderirem a uma dieta e atividade física adequadas, e mantenham a adesão ao regime medicamentoso.

Consideramos, pois, que todos os projetos que tenham como objetivo promover a saúde, intervir ao nível da prevenção primária, no controlo de fatores de risco e/ou a nível da prevenção secundária, na gestão adequada da doença, controlando níveis de glicemia e aparecimento de complicações, através da promoção da gestão do regime terapêutico e autocuidado, são importantes e muito úteis para combater esta pandemia da diabetes.

Com este propósito, realizou-se o projeto “Crie o Seu Bem-estar, Cuidado de Si” na USF Santo Condestável que teve como objetivo a promoção do autocuidado de utentes idosos com DM 2. Este projeto sensibilizou todos os intervenientes sobre a

temática abordada e foram elaborados instrumentos, nomeadamente folhetos informativos e “Livro de Registo de Medicação”, que continuam a estar disponíveis para utilização dos profissionais de saúde para com os utentes com diabetes.

Tenciono continuar a colaborar com o projeto VASelfCare e publicar um artigo sobre os dados recolhidos durante a aplicação dos questionários.

No meu contexto profissional (serviço de Medicina) investi na Literacia em saúde e na EpS a utentes com DM 2, no sentido de promover a gestão adequada do regime terapêutico. Pretendendo melhorar e ajudar os utentes com diabetes a realizarem a gestão adequada do seu regime terapêutico, após o levantamento das necessidades dos utentes e com base na evidência científica, propus à equipa elaborar um documento com as temáticas que devem ser abordadas pelos enfermeiros, na promoção do autocuidado, com alimentação, atividade física e gestão da medicação.

5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

O curso de mestrado e especialidade em Enfermagem Comunitária permitiu-me desenvolver competências de mestre e de especialista, adquirir novos conhecimentos e atualizar novos saberes.

O novo paradigma de ensino introduzido pelo processo de Bolonha assenta “num modelo baseado no desenvolvimento de competências, onde se incluem as de natureza genérica – instrumentais, interpessoais e sistémicas – quer as de natureza específica associada à área de formação, e onde a componente experimental e de projeto desempenham um papel importante” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006, p. 2243).

O conceito de competências refere-se a “ uma combinação integrada de conhecimentos, habilidades e atitudes conducentes a uma atuação adequada e oportuna em diferentes contextos” (Irigoin & Vargas, 2002, p. 14).

De acordo com os descritores de Dublin, neste percurso académico desenvolvi conhecimentos que apliquei, de forma consciente e responsável tanto na resolução de problemas identificados, em contextos alargados e multidisciplinares, como nas tomadas de decisão, tendo sempre presente as questões éticas. Na minha prática e no sentido de resolver problemas, aprofundi a capacidade de análise reflexiva e crítica, e a capacidade de comunicação com todos os intervenientes, sejam especialistas ou não, para mostrar o raciocínio lógico e argumentativo que me levou a determinada conclusão (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

A aquisição de competências de auto-aprendizagem também foi importante neste processo de aprendizagem. O progresso científico e tecnológico exigiu uma atualização constante de saberes e de métodos. A investigação, apoiada em evidência científica, resulta da curiosidade em compreender e resolver problemas que surgem da atividade profissional de um modo fundamentado. Ter noção que o processo de aprendizagem decorre ao longo de toda a vida, mas que este deve ser realizado de um modo autónomo e orientado, pois o conhecimento é algo que está sempre em constante mudança, atualização e inovação (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

Neste meu percurso académico tive a oportunidade de participar no Projeto VASelfCare que foi importante para a minha formação e desenvolvimento de competências de investigação. A participação neste projeto permitiu-me trabalhar em equipa e constatar a importância do contributo de cada membro da equipa multidisciplinar. Uma vez que a contribuição de saberes, de conhecimentos e de experiências, de diversas áreas é essencial para solucionar ou controlar algum problema, nas pessoas com esta doença.

O Enfermeiro especialista é definido como “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Ministério da Saúde, 1996, p. 2).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) e de Saúde Pública tem um papel relevante na promoção da saúde através da EpS (Ordem dos enfermeiros, 2010).

Segundo as competências do EEEC e de Saúde Pública, este deve estabelecer a avaliação do estado de saúde da comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde, contribuir para o processo de capacitação da comunidade e cooperar na vigilância epidemiológica (Ordem dos enfermeiros, 2010).

Neste sentido, prossegue-se com a descrição das competências desenvolvidas.

A 1ª competência do EEEC e de Saúde Pública consiste em estabelecer “com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (Ordem dos enfermeiros, 2010, p. 3). Neste sentido foi realizado o projeto “Crie o Seu Bem-estar, Cuidando de Si” seguindo essa mesma metodologia. A elaboração do diagnóstico de situação permitiu-me definir o perfil de saúde da amostra e identificar os principais problemas e necessidades da amostra e simultaneamente desenvolver competências de investigação. Desta forma, determinei prioridades, defini objetivos, delinee as estratégias para intervir.

A 2ª competência do EEEC e de Saúde Pública é “Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidade” (Ordem dos enfermeiros, 2010, p. 4). A aquisição desta competência concretizou-se com o meu desempenho de funções de

Enfermeira, na USF Santo Condestável, nas diversas valências: Saúde no Adulto, Saúde no Idoso, Saúde Materna, Saúde Infantil, Planeamento em Saúde, Vacinação, nos tratamentos de feridas e administração de injetáveis, Consultas de Enfermagem a Utentes com HTA e Diabetes, e visitas domiciliárias, em que a EpS foi essencial. O fato de ter realizado o meu estágio numa USF permitiu-me também desenvolver outro tipo de competências relacionadas com a intervenção do Enfermeiro com a família. Perceber o contexto familiar em que se insere o utente, fazer a avaliação das famílias é importante para que o Enfermeiro possa intervir na prestação de cuidados de enfermagem à família no seu todo, capacitando todos os elementos da família para que promovam a saúde e previnam a doença, ao longo do ciclo vital.

Para além disso, a intervenção prioritária tendo em conta o meu projeto dirigiu-se a utentes idosos com DM 2 na capacitação dos mesmos, na gestão do regime terapêutico desta doença, promovendo o autocuidado e contribuindo para o aumento de literacia em saúde.

No que diz respeito, à 3ª competência do EEEC e de Saúde Pública, “integra a coordenação dos programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (Ordem dos enfermeiros, 2010, p. 4), esta também foi adquirida. Na medida em que, o projeto de intervenção realizado está de acordo com o Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020 (2015), com o Programa Nacional para a Diabetes (2017) e, ainda, com o programa “Literacia em saúde e integração de cuidados” que integra os programas de “Educação para a saúde, literacia e autocuidados” e “Prevenção e gestão da doença crónica” (2017), uma vez que tem como objetivo a capacitação e o aumento de literacia em saúde nos Utentes.

A aquisição da 4ª competência de EEEC e de Saúde Pública, “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Ordem dos enfermeiros, 2010, p. 5) concretizou-se com a fase de recolha dados, em que através da aplicação e da análise dos vários instrumentos de colheita de dados, permitiram-me caracterizar os 45 utentes idosos com DM 2.

Ao EEEC e de Saúde Pública, por inerência da sua formação teórico- prática, compete, através da EpS, fazer o acompanhamento das pessoas idosas com DM, avaliar o seu estado de saúde de acordo com a metodologia do planeamento de saúde, promover o autocuidado, aconselhar estilos de vida saudáveis, como a atividade

física, alimentação saudável e a gestão do regime terapêutico (Ordem dos enfermeiros, 2010).

Nas suas intervenções, o enfermeiro comunitário deve tomar em consideração os princípios de dignidade e respeito, oferecer um cuidado coordenado e personalizado, porque cada pessoa é única com a sua experiência de vida, e ajudar a pessoa a reconhecer e a desenvolver as próprias aptidões e competências para ter uma vida independente (The Health Foundation, 2016).

A consciencialização e a capacitação da população idosa com DM 2 na importância dos estilos de vida saudáveis e na gestão da diabetes, através do autocuidado, foi o grande objetivo deste projeto de intervenção. O enfermeiro tem um papel crucial neste processo, pois só depois de realizar o diagnóstico de situação, se identificaram as necessidades da população idosa com DM 2 na comunidade e se pôde planear e intervir, tendo por base a Teoria do défice de Autocuidado de Enfermagem e o Cuidado Centrado na Pessoa, promovendo o bem-estar, a gestão adequada da doença e prevenindo as multimorbilidades, preservando a autonomia, a independência, o autocuidado e a dignidade da pessoa idosa.

Foi este o propósito do meu projeto de intervenção.

CONCLUSÃO

A DM 2 tem uma elevada prevalência na população idosa e está associada ao índice elevado de mortalidade, multimorbilidades do idoso e outras complicações sociais e económicas que de alguma maneira interferem com a vida rotineira da pessoa e com seu bem-estar.

A evidência científica tem demonstrado que o aumento da prevalência desta doença é condicionado por determinantes comportamentais individuais e sociais e que o estilo de vida condiciona a manutenção de fatores de risco como os hábitos alimentares inadequados, o excesso de peso e o sedentarismo.

A não adesão à atividade física e a não adesão ao regime dietético, na população idosa com DM 2, continua a ser um grande desafio para os profissionais de saúde, como se constatou com a realização do projeto de intervenção “Crie o Ceu Bem-estar, Cuidando de Si”.

A manutenção do comportamento de adesão ao regime medicamentoso também se mostra ser um problema para esta população, nesta faixa etária. Uma vez que estamos a falar de uma doença crónica (diabetes), que exige um plano de cuidados complexo e que deverá acompanhar o utente, ao longo da sua vida. No entanto, verificou-se que a presença de crenças e mitos relativos à medicação, assim como a polimedicação, a gestão inadequada dos medicamentos associadas a uma baixa literacia são obstáculos que o Enfermeiro pela sua intervenção deve ajudar a pessoa idosa a ultrapassar.

A evidência científica e este projeto mostram que continua a ser fundamental a promoção do autocuidado para a alimentação, atividade física e medicação das pessoas idosas com diabetes.

As intervenções educativas e de suporte são intervenções para as quais os Enfermeiros são competentes e que junto das pessoas idosas previnem ou ajudam o utente a lidar com esta doença crónica, através do planeamento e procedimentos adequados a cada indivíduo.

Ao EEEC e de Saúde Pública compete promover e desenvolver o autocuidado junto dos doentes, sempre respeitando a individualidade, a autonomia e a capacidade de decisão de cada pessoa com diabetes e aconselhar para estilos de vida saudáveis.

Enquanto EEEC e de Saúde Pública identificaram-se os problemas e necessidades da população idosa com DM 2, inscritas na Consulta de enfermagem, na USF, realizando o diagnóstico de situação, prosseguindo-se, posteriormente, com as outras etapas do planeamento em saúde. Deste modo, desenvolveu-se o projeto de intervenção “Crie o Seu Bem-estar, Cuidando de Si” que permitiu a promoção do autocuidado com a alimentação, atividade física e medicação a Pessoas Idosas com DM 2, apoiado na Teoria do Autocuidado e no Cuidado Centrado na Pessoa, contribuindo para o processo de capacitação e literacia em saúde que são determinantes para a promoção do autocuidado de Pessoas idosas com diabetes. Deste modo, foram desenvolvidas competências de EEEC e de Saúde Pública.

O Projeto VASelfCare foi um desafio e uma experiência muito enriquecedora, que exigiu esforço e investimento pessoal, mas que também me proporcionou aprendizagens e recursos para aplicar no meu projeto de intervenção. Este projeto foi importante a nível pessoal e profissional, porque despertou em mim o gosto por trabalhos de investigação e deste modo, também contribuir para desenvolver conhecimento na área de enfermagem e contribuir para a promoção da saúde e prevenção da doença, pensando sempre no bem-estar da Pessoa.

A DM 2 exige de todos um grande esforço no seu controlo, do próprio doente, da sua família, dos profissionais de saúde e da sociedade.

Com este propósito, a sociedade e os profissionais de saúde devem continuar a investir em medidas e projetos para combater este problema de saúde pública que tanto afeta ou pode vir a afetar as Pessoas.

O Envelhecimento Saudável é o desafio da atualidade, deveremos proporcionar condições à população idosa para que viva com dignidade e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACES Lisboa Ocidental e Oeiras. (2016). *Manual de Acolhimento - ACES LX Ocidental e Oeiras*. Lisboa: ACES LX Ocidental e Oeiras. Acedido 24-03-2019.

Disponível em https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/2929/Manual_de_Acolhimento_ACES_LxOeiras_30-05.pdf.

Advinha, A., Henriques, M., Guerreiro, M. P., Nunes, C., Lopes, M. J., & Oliveira-Martins, S. (2016). Cross-cultural validation of the Drug Regimen Unassisted Grading Scale (DRUGS) to assess community-dwelling elderly's ability to manage medication. *European Geriatric Medicine*, 7(5), pp. 424-29.

American Diabetes Association. (January de 2019a). 12. Older Adults: Standards of Medical Care in Diabetes - 2019. *Diabetes Care*, 42 (Suppl. 1), pp. S139 - S147. DOI:<https://doi.org/10.2337/dc19s012>.

American Diabetes Association. (January de 2019b). 5. Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes - 2019. *Diabetes Care*, 42 (Suppl. 1), pp. S46 - S60. DOI:<https://doi.org/10.2337/dc19-S005>.

Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (Julho/Dezembro de 2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública - Qualidade de vida*, 25, Nº 2, pp. 59-66.

Araújo, F., Ribeiro, J. P., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton & Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 217-220). Lisboa: ISPA.

Bandura, A. (Setembro de 1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 44 Nº 9, pp. 1175-1184. Acedido em 05-05-2018. Disponível em: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1989AP.pdf>.

Bandura, A. (1998). Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory. *Psychology and Health*, 13, pp. 623-649. Acedido em 05-05-2018. Disponível em: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1998PH.pdf>.

Bandura, A. (2005). The Primacy of Self-Regulation in Health Promotion. *Applied Psychology: an International Review*, 54 (2), pp. 245-254. Acedido em 05-05-2018. Disponível em: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2005AP.pdf>.

Bastos, F., Severo, M., & Lopes, C. (2007). Propriedades Psicométricas da Escala de Autocuidado com a Diabetes Traduzida e Adaptada. *Acta Médica Portuguesa* 2007, pp. 11-20.

Boavida, J. M. (2011). Educação terapêutica do doente com diabetes mellitus. Em J. S. Nunes, *Diabetes uma abordagem global* (pp. 173-178). Miraflores: Euromédice, Edições Médicas, Lda.

- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.
- César, R. (2011). Papel do exercício físico na terapêutica da diabetes mellitus. Em J. S. Nunes, *DIABETES uma abordagem global - 2ª Edição* (pp. 49-54). Miraflores: Euromédice, Edições Médicas, Lda. Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos. (20 de Setembro de 2018). Automonitorização da glicemia capilar em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) não insulino-tratada. *Choosing Wisely Portugal*. Ordem dos Médicos. Acedido 24-04-2019. Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Medicina-Geral-e-Familiar-4.pdf>.
- Crandall, J. P. (2008). Diabetes Tipo 2: Considerações Geriátricas. Em B. J. Goldstein, & D. Müller-Wieland, *Diabetes Tipo 2 - Princípios e Prática* (2ª ed., pp. 491-500). Miraflores: Euromédice, Edições médica, Lda.
- Despacho n.º 6429/2017. (s.d.). *Diário da República n.º 142/2017 Série II de 2017-07-25*, 15406 - 15406.
- DGS. (2005). *Programa Nacional De Combate À Obesidade*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido 05-03-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-combate-a-obesidade.aspx>.
- Fundo da População das Nações Unidas, UNFPA. (2012). *Envelhecimento No século XXI: celebração e Desafio*. New York, USA: UNPA, Fundo da população das Nações Unidas e Help Age International. Acedido em 25-05-2018. Disponível em: www.unfpa.org/www.helpageinternational.
- Henriques, M. A. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: Eficácia das intervenções de enfermagem - Doutoramento em Enfermagem*. Lisboa: Universidade de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- IDF. (2017). *IDF DIABETES ATLAS . Eighth edition 2017*. International Diabetes Federation. Acedido em 05-05-2018. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html>.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1986). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa: Editorial : M. E. C.
- INE. (29 de Maio de 2018a). Destaque- informação à comunicação social. *Tábuas de Mortalidade para Portugal, 2015-2017*. Lisboa: INE-Instituto Nacional de Estatística. Acedido em 30-06-2018. Disponível em: www.ine.pt.
- INE. (15 de junho de 2018b). Destaque- informação à comunicação social. *Projeções de População Residente 2015-2080*. Lisboa: INE, instituto Nacional de Estatística. Acedido em 30-06-2018. Disponível em: www.ine.pt.
- INE/INSA. (2014). Inquérito Nacional de Saúde 2014. Acedido em 30-06-2018. Disponível em: https://www.pinterest.pt/INE_Portugal/.

- Irigoin, M., & Vargas, F. (2002). *Competencia Laboral - Manual de Conceptos, métodos y aplicaciones zen el Sector Salud*. Montivideo: Cinterfor.
- Kennedy, M. (2017). Caring for older people with diabetes in primary care. *International Diabetes Nursing*, pp. 16-19. DOI: 10.1080/20573316.2017.1352143.
- Martins, A. C., & Andrade, I. M. (Novembro/Dezembro de 2014). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa de Newest Vital Sign. *Revista de Enfermagem*, IV (3), pp. 75-84. DOI:<http://doi.org/10.12707/RIII1399>.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (14 de Abril de 2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 472-479.
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., . . . Wilson, V. (27 de Maio de 2015). Person-centredness – the ‘state’ of the art. *International Practice Development Journal*, pp. 01-15. Acedido <http://www.fons.org/library/journal.aspx>.
- Michie, S., & West, R. (Outubro de 2012). Behaviour change theory and evidence: a presentation to Government. *Health Psychology Review*, pp. 1-22. DOI: <https://doi.org/10.1080/17437199.2011.649445>.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (24 de Março de 2006). Decreto-Lei Nº 74/2006 de 24 de Março. Portugal: Diário de República - I Série- A.
- Ministério da Saúde. (1996). *Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro*. Departamento Nacional de Infomação/ SEP.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde em Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13 , Nº4, pp. 349-364. Acedido em 18-03-2019. Disponível em: <http://www.ais.up.ac.za/med/scm870/nutbeam.pdf>.
- Observatório Nacional da Diabetes. (2016). *DIABETES` : Factos e Números - O ANO DE 2015*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Acedido 05-04-2018. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/OND-2017_Anexo2.pdf.
- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD indicators*. Paris: OECD publishing. DOI:http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
- Ordem dos enfermeiros. (20 de 11 de 2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Acedido a 05/03/2019. Disponível em: https://www.aesop-enfermeiros.org/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0483229001435324622-70.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. E. (2001). *NURSING Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby.

- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (02 de Julho de 2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 259-275. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>.
- Pereira, M., Pedras, S., & Machado, J. C. (2012). Adaptação do Questionário de Adesão à Medicação numa amostra de Pacientes Portugueses com Diabetes Tipo 2 / Adaptation of the Medication Adherence Report Scale in a Sample of Portuguese Type 2 Diabetes Patients. *SBPH*, 15 (2), pp. 148-166.
- Prochaska, J. O., & Diclemente, C. (Janeiro de 1982). Trans-Theoretical Therapy - Toward A More Integrative Model of Change. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 19, pp. 276-288.
- Programa Nacional para a Diabetes. (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA A DIABETES*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 06-02-2019. Disponível em: www.dgs.pt.
- Saboga-Nunes, L., & Sorensen, K. (2013). The european Health Literacy survey (HLS-EU) and its portuguese cultural adaptation and validation (HLS - PT). *Aten Primaria*, pp. 45-46.
- Salgado, T., Marques, A., Geraldes, L., Benrimoj, S., Horne, R., & Fernandez-Llimos, F. (2013). Adaptação transcultural do Beliefs about Medicines Questionnaire para o Português. *Medical Journal*, 131 Nº2, pp. 88-94.
- Silva, I., Jölluskin, G., & Carneiro, V. (2017). Escala de Literacia em Saúde (ELS): construção e estudo psicométrico Health literacy scale: development and psychometric study. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, Extr. Nº 14, pp. 147-152. DOI:<https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.26111>.
- SNS. (2018). *Bilhete Identidade Dos Cuidados de Saúde Primários - USF Santo condestável*. Acedido em 06-03-2019. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30026/3113771/Pages/default.aspx>.
- Sørensen, K., Broucke, S. V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health Literacy and public health: A systematic review and interation of definitions and models. *BMC Public Health*, pp. 1-13. Acedido em 24-03-2019. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>.
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 843-860.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- The Health Foundation. (2016). *Person-Centred care made simple*. Londres: The Health Foundation. Acedido em 06-05-2019. Disponível em:

https://www.health.org.uk/sites/default/files/PersonCentredCareMadeSimple_0.pdf.

- Tomlim, A., & Asimakopoulou, k. (Janeiro de 2014). Supporting behaviour change in older people with type 2 diabetes. *British Journal of Community Nursing*, 19 N^o1, pp. 22-27.
- USF Santo Condestável. (2017). *Relatório de Actividades de 2016 - Resumo*. Lisboa: Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras.
- VASelfCare - Diabetes Research. (2018). *VASelfCare - Diabetes Research*. Acedido em 30-03-2019. Disponível em: <http://vaselfcare.rd.ciencias.ulisboa.pt/>.
- WHO. (2010). *Global Recommendations on Physical Activity For Health*. Geneva: World Health Organization. Acedido 02-03-2019. Disponível em: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>.
- WHO. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva: World Health Organization. Acedido em 29-04-2019. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>.
- WHO. (2016a). *Global report on diabetes*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Acedido 05-06-2018. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf?sequence=1.
- WHO. (2016b). Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for sustainable Development. *9th Global Conference on Health Promotion SHANGHAI 2016*. World Health Organization. Acedido 03-03-2019. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>.
- WHO. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. Geneva: World Health Organization. Acedido 05-06-2018. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>.
- WHO. (2018). *Ageing and life-course /What is Healthy Ageing?* Acedido em 02-02-2019. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>.
- WHO Regional Office for Europe. (2013). *Health Literacy - The Solid Facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Acedido 05-03-2019. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.

“Promoção do autocuidado a Pessoas Idosas com diabetes tipo 2, inscritas numa consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar: um projeto de intervenção”

ANEXOS

ANEXO I

Diploma e Certificado de participação no Curso de Educação Terapêutica (APDP) e no Workshop VASelfCare

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL



Certifica-se que **Ana Isabel Gomes Pinto**, Enfermeiro(a) do(a) Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, natural de Loures nascido(a) em **02/12/1987**, de Nacionalidade Portuguesa e portador(a) do **Cartão de Cidadão N° 13271797**, concluiu com aproveitamento o **Curso Educação Terapêutica na Diabetes** que decorreu em 26 de Novembro e 27 de Novembro de 2018, com a duração de **12 horas**, com os seguintes temas:

Apresentação dos participantes e do Curso
Educação terapêutica na Diabetes
Conhecer a Pessoa com Diabetes
- Representações
- Fases de Aceitação da Doença
Construir a relação terapêutica com a pessoa com diabetes
Comunicação empática
A Educação Terapêutica na Consulta individual
Compreensão partilhada e negociação
Casos clínicos de Insulinoterapia, Alimentação e Autovigilância
A Educação Terapêutica nas Sessões de Educação em Grupo
Gestão de dinâmicas de grupo
Avaliação do Curso

Lisboa, 27 de Novembro de 2018
(Dec. Reg. N° 35/2002, de 23 de Abril)
(Certificado n° 210/18)

Maria de Lurdes Monteiro Serrabulho Andrade
Coordenador(a)



DP_DA_CERT_Part_CETD_2018



Certificado

Ana Isabel Gomes BODRIGUES

Participou no *workshop* “Suporte no autocuidado a pessoas mais velhas com diabetes *mellitus* tipo 2”, que decorreu na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Polo Calouste Gulbenkian, em Lisboa, no dia 21 de janeiro de 2019, no âmbito do projeto de investigação e desenvolvimento tecnológico VASelfCare.

A Comissão Organizadora

Ana Isabel Gomes BODRIGUES



ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

C
Ciências
Ulisboa

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Polo Calouste Gulbenkian

U
Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem

FCT
Projeto nº 024250, 02/SAICT/2016, co-financiado:

Lisbo2020

SAICTE

2020

EUROPEAN UNION

ANEXO II

Comissão Nacional de Proteção de Dados



Autorização n.º 4077/ 2018

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa , NIPC 508310350, notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico com Intervenção, denominado Assistente virtual para facilitar o autocuidado de pessoas mais velhas com diabetes tipo 2 , com o Protocolo n.º 024250, 02/SAICT/2016.

A investigação é multicêntrica, decorrendo, em Portugal, nos centros de investigação identificados na notificação.

Existe justificação específica para o tratamento de dados comportamentais, psicológicos ou volitivos, os quais estão diretamente relacionados com a investigação.

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular e indiretamente do processo clínico.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada



pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.

A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

Responsável – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Finalidade – Estudo Clínico com Intervenção, denominado Assistente virtual para facilitar o autocuidado de pessoas mais velhas com diabetes tipo 2 , com o Protocolo n.º 024250, 02/SAICT/2016

Categoria de dados pessoais tratados – Código do participante; idade/data de nascimento; género; dados antropométricos; dados da história clínica; dados de meios complementares de diagnóstico; medicação prévia concomitante; dados de qualidade de vida/efeitos psicológicos; comportamentais, psicológicos ou volitivos com conexão com a Investigação

Exercício do direito de acesso – Através dos investigadores, por escrito

Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário – Não existem

Prazo máximo de conservação dos dados – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.



Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 26-03-2018

A Presidente

Filipa Calvão

“Promoção do autocuidado a Pessoas Idosas com diabetes tipo 2, inscritas numa consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde Familiar: um projeto de intervenção”

ANEXO III
Comissão de Ética para a Saúde

Exma. Senhora

Dr.ª Mara Pereira Guerreiro

mara.guerreiro@esel.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

6104/CES/2018

22.06.2018

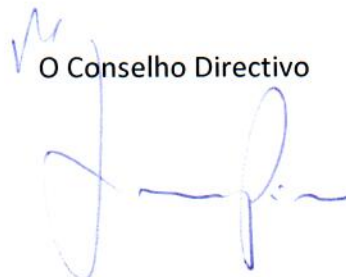
Assunto: Virtual assistant to facilitate self-care of older people with type 2 diabetes (VASelfCare).

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

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

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

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo


ANEXO IV

Consentimento Informado, Esclarecido e Livre



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

Projeto de investigação científica e desenvolvimento tecnológico "Assistente virtual para facilitar o autocuidado de pessoas mais velhas com diabetes tipo 2" (024250, 02/SAICT/2016).

Confirmando que expliquei ao participante, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios e os riscos associados à sua realização.

Informação escrita ao participante em anexo: Sim Não

O Investigador responsável

Nome: _____ Assinatura: _____

Identificação do participante:

Nome: _____

BI/CC n.º: _____

Participante

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os riscos potenciais e os benefícios previstos.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data: ___ / ___ / ___ Assinatura: _____

ANEXO V

Informação ao Participante



INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

(Fase 1.3)

O VASelfcare é um projeto de investigação científica e desenvolvimento tecnológico promovido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, Escola Superior de Desporto de Rio Maior do Instituto Politécnico de Santarém e Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, em associação com Unidades de Saúde Familiar. Foi aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo com o nº 6104/CES/2018.

Qual é o objetivo geral do estudo?

Produzir e testar uma aplicação informática (“de computador”) com uma figura humana virtual, para ajudar as pessoas mais velhas com diabetes tipo 2 a cuidar de si.

No que consiste esta fase do estudo?

Pretende-se ficar a conhecer características das pessoas mais velhas com diabetes tipo 2 inscritas nas unidades de saúde familiar, como sejam os medicamentos que utilizam, a forma como usam estes medicamentos, a sua independência nas atividades de vida diária e a forma como cuidam de si. Isto informará o desenvolvimento da aplicação informática e os testes que serão feitos a esta aplicação no futuro.

Porque é que fui convidado para participar?

Convidámo-lo para participar porque tem mais de 65 anos, vive com diabetes tipo 2 e está inscrito(a) na consulta de Enfermagem desta unidade de saúde familiar.

O que tenho de fazer se aceitar participar?

Terá de responder a algumas questões e escalas de avaliação apresentadas por enfermeiras do Mestrado e Especialização em Enfermagem Comunitária e Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa. Estas enfermeiras são membros da equipa de investigação. Pode também ser necessário avaliar a sua altura ou medir a sua cintura, por exemplo. Ao participar está também a consentir que se obtenha do seu processo clínico informação sobre, por exemplo, valores de análises do “açúcar no sangue” e os medicamentos receitados para a sua diabetes. Se tiver dúvidas sobre o que tem de responder e a informação extraída do seu processo clínico peça a uma destas enfermeiras para explicar.

Sou obrigado a participar?

Não, a sua participação é voluntária, o que significa que tem liberdade para decidir se quer participar, bem como para desistir a qualquer momento. A desistência não carece de justificação e revoga automaticamente o consentimento escrito. Desistir em nada compromete o relacionamento com os profissionais que lhe prestam cuidados nem a assistência que lhe é devida.

Quais os riscos inerentes à minha participação?

Não se antecipam riscos, uma vez que a sua identidade será protegida, nomeadamente através do anonimato e tratamento confidencial dos dados. Isto significa que os seus dados ficarão identificados com um código (e não com o seu nome). Significa também que o acesso aos dados está restrito aos investigadores diretamente envolvidos nesta fase do estudo.

Quais são os benefícios em participar?

O estudo pode beneficiá-lo no futuro, contribuindo para o desenvolvimento de uma aplicação informática que subsidie o seu autocuidado.

Pode encontrar mais informação sobre o projeto em <http://vaselfcare.rd.ciencias.ulisboa.pt>. O novo conhecimento gerado por esta investigação ficará disponível neste sítio eletrónico. Os resultados desta fase do estudo irão fazer parte do relatório de estágio, no contexto de Mestrado e Especialização em Enfermagem Comunitária e Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, mais tarde disponível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Estes resultados representam o conjunto das pessoas que participaram; em nenhum caso será revelado o seu nome.

Pode solicitar mais informação sobre este estudo ou esclarecer dúvidas com as enfermeiras do Mestrado e Especialização em Enfermagem Comunitária e Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, que o convidaram a participar, e/ou com investigadora responsável pelo projeto (mara.guerreiro@esel.pt; telemóvel 969 065 920).

Obrigada pelo tempo que despendeu a ler esta informação.

Se desejar participar deve assinar a declaração de consentimento informado.

APÊNDICE I - Cronograma

APÊNDICE II – Protocolo Scoping

INTERVENÇÕES NO AUTOCUIDADO DA PESSOA IDOSA COM DIABETES *MELLITUS* TIPO II EM CONTEXTO COMUNITÁRIO: ALIMENTAÇÃO, ACTIVIDADE FÍSICA E MEDICAÇÃO

Ana Raquel Santos¹ e Ana Isabel Pinto²

¹Mestranda em Enfermagem Médico - Cirúrgica Opção Pessoa Idosa, Enfermeira Generalista do Serviço de Medicina do Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Lisboa Central

²Mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária, Enfermeira Generalista do Serviço de Medicina do Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Objetivo

Identificar e mapear as intervenções no autocuidado da pessoa idosa com diabetes *mellitus* tipo II em contexto comunitário: alimentação, atividade física e medicação.

Questão de pesquisa

“Quais as intervenções no autocuidado da pessoa idosa com diabetes mellitus tipo II em contexto comunitário: alimentação, atividade física e medicação?”

Palavras – chaves: pessoa idosa, diabetes *mellitus* tipo 2, alimentação, atividade física, medicação, comunidade, autocuidado

Background

A população mundial vive um processo de envelhecimento muito rápido, estimando-se que em 2050 o número de idosos aumente para 2 bilhões em todo o mundo. O número de pessoas com 100 anos ou mais aumentará globalmente de 316.600, em 2011, para 3,2 milhões em 2050. (Fundo de População das Nações Unidas, 2012) Portugal não é exceção no que diz respeito ao envelhecimento demográfico, pois a esperança média de vida ultrapassa, atualmente, os 80 anos, sendo mais elevada do que a média da União Europeia. (Ministério da Saúde, 2018) Este crescimento negativo do índice demográfico põe um sério desafio aos sistemas de saúde que têm de se reajustar com medidas preventivas e de promoção da saúde

dirigidas a uma sociedade cada vez mais envelhecida com os problemas de saúde inerentes. (OECD, 2017)

Botelho (2007) afirma que existe uma grande vulnerabilidade do organismo envelhecido à ocorrência de doenças crónicas, o que leva a situações de dependência funcional e de incapacidade. Segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 2014, 89% de pessoas com 65 ou mais anos referiram que tinham uma ou mais doenças crónicas e só 11% referiram que não tinham qualquer doença. (INE, 2014) Neste sentido, as doenças crónicas tornam-se um desafio para a saúde e desenvolvimento da sociedade, porque sendo uma doença que acompanha o indivíduo ao longo da sua vida, muitas vezes de forma evolutiva é associada a complicações que geram incapacidade, comorbilidades e alguns casos morte. (OMS, 2014)

De acordo com a DGS (2011) estima-se que 60% das mortes prematuras, a nível mundial possam ser provocadas por doenças crónicas, como as cardiovasculares, oncológicas, respiratórias e a diabetes.

A OMS considerou a diabetes *mellitus* como uma pandemia do século XXI, devido ao aumento da sua prevalência. Esta doença crónica tem consequências nefastas para vida e bem-estar do indivíduo, quando não é bem gerida, controlada e vigiada. (WHO, 2016a) A diabetes *mellitus* é um problema de saúde pública com impacto na vida da pessoa e na comunidade, assim como, na saúde pública e no desenvolvimento económico dos países, com elevados custos para os sistemas de saúde. (DGS, 2017 e IDF, 2012)

Prevê-se cada vez mais que ocorra um aumento gradual da prevalência da diabetes tipo II devido ao aumento da população e da esperança média de vida (Yakaryilmaz & Orzturk, 2017). Segundo o IDF, em 2017, 425 milhões de adultos tinham diabetes *mellitus* e estima-se que em 2045 haja 629 milhões de pessoas, dos quais, 123 milhões têm idade acima de 65 anos (em 2017) e em 2045 existirá 253 milhões.

Em Portugal a prevalência também é na população idosa, uma vez que “(...) mais de um quarto das pessoas com 60-79 anos tem Diabetes” e (...) a prevalência de Diabetes na população residente em Portugal com idades entre os 25- 74 anos é de 9.8% (superior à média europeia)” (DGS, 2017, p. 5 e 8)

Muitas são as complicações resultantes da diabetes *mellitus*, nomeadamente, doenças cardiovasculares, nefropatia, retinopatia, neuropatia e amputação. Neste sentido esta patologia tem impacto físico, psicológico, emocional, social e económico na pessoa e na sua família, assim como, na comunidade. **Fonte especificada inválida.**

Os sistemas de saúde devem criar estruturas e formar pessoal especializado para através de cuidados integrados, responder às necessidades desta população que quer envelhecer saudável e ativamente. (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2017) Torna-se fundamental a promoção do envelhecimento saudável e da literacia em saúde, preservando a autonomia do idoso e mantendo sempre a qualidade de vida do mesmo. (WHO, 2018)

Clara (2014) refere que a população idosa devido às alterações biológicas, psicológicas e sociais, por vezes necessitam de auxílio nas atividades de vida diárias, nomeadamente ao nível do autocuidado. Assim sendo, a promoção da saúde, a gestão da doença crónica e o autocuidado, tornam-se nos grandes desafios que os profissionais encaram no dia-a-dia. As necessidades para o autocuidado mudam com a doença e com a incapacidade que esta pode acarretar. (Kitson et al., 2010) Na pessoa idosa com diabetes *mellitus*, devido à sua fragilidade, a análise do risco-benefício das várias intervenções são por vezes complicadas, necessitando de cuidados especializados, adaptados às suas necessidades. (Kennedy, 2017 e Huber et al., 2011)

A população com diabetes *mellitus* requer um acesso sistemático, regular e organizado dos serviços de saúde. Os cuidados de saúde primários assumem, assim, um papel fundamental, permitindo a vigilância da doença para evitar complicações a curto e longo prazo. (IDF, 2017)

Inicialmente o controlo de diabetes deve centrar-se na mudança de estilos de vida, o que implica a adoção de um regime alimentar adequado, de forma atingir o peso ideal, a prática de atividade física e medicação prescrita. (Cruz, 2005) Por sua vez o IDF (2012) afirma que se devem vigiar anualmente diversos aspetos relacionados com o controlo da diabetes *mellitus* e as suas principais complicações, tais como: avaliação da glicémia, da hemoglobina glicada, pressão arterial, colesterol e peso. Para prevenção de complicações é necessário efetuar consultas em que haja avaliação dos cuidados aos pés, rastreio de retinopatia e avaliação da função renal. A autovigilância da glicemia faz parte integrante da gestão da doença, sendo que ajuda a pessoa a avaliar a resposta individual à terapêutica e a alcançar os valores de glicémia definidos. (Mendes et al, 2016)

Maus hábitos alimentares e a má nutrição juntamente com inatividade física são as principais causas de diabetes *mellitus* tipo II. Foram demonstrados estudos em que o valor de hemoglobina glicada melhorou com a mudança do tipo de alimentação. (Dworatzek, et al., 2013) Uma alimentação polifracionada e saudável permite o controlo das glicemias e evita o excesso de peso e a obesidade, assim como possíveis complicações. **Fonte especificada inválida.** O combate ao sedentarismo e à inatividade é primordial, assim sendo, a população

idosas dever ser incentivada a realizar algum tipo de atividade física, como o caminhar. **Fonte especificada inválida.**

A adesão à medicação é outra dimensão que devemos considerar, pois as pessoas idosas muitas vezes devido à polimedicação acabam por deixar de tomar a medicação, esquecem-se de tomar ou não tomam a horas certas **Fonte especificada inválida.** O défice de autonomia e a deterioração cognitiva, aliados à polimedicação, conduzem a um aumento da não-adesão ao tratamento. (Monterroso et al., 2015)

Funnell & Anderson (2004) falam-nos ainda da importância das estratégias motivacionais e comportamentais, de forma a promover a mudança de comportamento. É função do enfermeiro a capacitação da pessoa com diabetes *mellitus*, pois o sucesso na autogestão da doença é avaliado através da capacidade de adesão ao regime terapêutico instituído. (Funnell & Anderson, 2004) Torna-se assim fundamental, que a pessoa seja capaz de estabelecer objetivos e prioridades, assim como, se torna imprescindível que hajam intervenções que permitam tomar decisões e assumir responsabilidades para o autocuidado (Funnell & Anderson, 2004), dando assim autonomia e poder (empowerment) de decisão, respeitando-o como um ser único. (Gomes, 2009)

O enfermeiro tem um papel fundamental na educação para a saúde, promovendo o autocuidado na gestão de terapêutica, promovendo uma alimentação equilibrada e saudável e a atividade física de acordo com os antecedentes e limitações de cada indivíduo. (Spollet, 2003)

Critérios de Inclusão:

Tipo de participantes

Esta revisão scoping irá incluir todo o tipo de estudos de pessoas idosas (com idade igual ou superior a 65 anos) com diabetes *mellitus* tipo II em contexto comunitário.

Tipos de estudos

Serão considerados todos os estudos que identifiquem as intervenções no autocuidado da pessoa idosa com diabetes *mellitus* tipo II, em comunidade, relativamente à alimentação, atividade físico e medicação, realizados nos últimos 10 anos (2008-2018), redigidos em português e inglês e estudos que disponibilizem o texto integral.

Conceito

Com o intuito de examinar e identificar a literatura existente o atual protocolo de revisão scoping irá verificar todos os estudos que referem: diabetes *mellitus* tipo II, autocuidado, alimentação, atividade física e medicação.

Contexto

Este protocolo de revisão scoping deve considerar todos os estudos realizados em comunidade.

Tipo de fontes

Foram utilizadas todas fontes de literatura cinzenta, estudos quantitativos e qualitativos, bem como revisões sistemáticas da literatura, desde que respeitem todos os critérios de inclusão anteriormente descritos.

Estratégia de pesquisa

Para a realização deste protocolo de revisão scoping a estratégia de pesquisa baseia-se em encontrar estudos publicados e não publicados. Esta estratégia considera três etapas. Primeiramente, será uma pesquisa inicial nas bases de dados *CINAHL Plus®* e *MEDLINE* iremos procurar analisar as palavras existentes nos títulos e resumos, usados para descrever os artigos. Desta primeira pesquisa foram encontradas as palavras-chave e termos indexados finais sendo os mesmos utilizados e cruzados numa segunda pesquisa através das bases de dados já mencionadas. Estas duas etapas da estratégia de pesquisa estão evidenciadas no documento do Apêndice I. Os artigos só serão selecionados se tiverem de acordo com os critérios de inclusão. A terceira etapa da pesquisa não é contemplada neste protocolo.

Extração de dados

Nesta fase será criada uma tabela para a extração de dados, onde estarão definidas as categorias de dados de acordo com os objetivos da revisão. Esta será elaborada de acordo com o recomendado pela JBI.

Apresentação dos Resultados

Os resultados dos dados extraídos da pesquisa serão apresentados numa tabela para uma melhor compreensão, incluindo o tipo de participantes, os conceitos e o contexto dos estudos, relacionados com a questão do protocolo de revisão scoping.

Referências Bibliográficas

Botelho, M. A. (2007). Idade Avançada - características biológicas e multimorbilidade *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 191-195.

Clara, J. G. (2014). Para que serve a Geriatria? In: Veríssimo, M. T. (Org). (2014) *Geriatria fundamental: Saber e praticar*. (pp. 13-16). Lisboa: Lidel.

Cruz, S. C. (2005). Tratamento não farmacológico da Diabetes Tipo 2. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 587-595.

Direção Geral de Saúde (Org) (2011). *Declaração para uma vida melhor*. Acedido em 14/05/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/e-tempo-de-agir-declaracao-para-uma-vida-melhor.aspx>

Direcção Geral de Saúde (Org.) (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016: Versão Completa*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para a Diabetes 2017*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Dworatzek, P. D., Arcudi, K., Gougeon, R., Husein, N. Sievenpiper, J. & Williams, S. (2013). Nutrition Therapy. *Canadian Journal of Diabetes*, 37, 45- 55.

Fundação Francisco Manuel dos Santos (2017). *Portugal, Um País A Envelhecer*. Acedido em 20/04/2018. Disponível em: <https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2017/10/INFOGRAFIA-ENVELHECIMENTO.pdf>

Fundo de População das Nações Unidas (Org.) (2012). *Envelhecimento no Séc. XXI: Celebração e Desafios – Resumo Executivo*. New York: HelpAge Internacional.

Funnell, M. & Anderson, R. (2004). Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clinical Diabetes*, 22(3), 123-127.

Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o cliente idoso no domicílio*. Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa.

Huber, C., Huber, J. & Shaha, M. (2011). Diabetes care of dependente older adults: an exploratory study of nurses’ perspectives. *European Diabetes Nursing*, 8(3), 88–92.

International Diabetes Federation (2012). *Clinical Guidelines Task Force - Global Guideline for Type 2 Diabetes*. Acedido a 13/06/2018. Disponível em:
<https://www.idf.org/e-library/guidelines/79-global-guideline-for-type-2-diabetes>

International Diabetes Federation (2017). *International Diabetes Federation Diabetes Atlas - Eighth edition 2017*. Acedido a 13/06/2018. Disponível em:
<http://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html>

Instituto Nacional de Estatística (2014). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa. Instituto Nacional de Estatísticas, IP.

Kennedy, M. (2017). Caring for older people with diabetes in primary care. *International Diabetes Nursing*, 14, 16-19.

Kitson A., Conroy T., Wengstrom Y., Profetto-McGrath J. & Robertson-Malt S. (2010). Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 423-434.

Mendes, Z., Guedes, S., Guerreiro, J. P., Inês, M., Sousa, A. & Miranda, A. (2016). Autovigilância da doença e qualidade de vida dos doentes diabéticos: estudo observacional em farmácias comunitárias. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4(1),11-19.

Ministério da Saúde (Ed.) (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Lisboa. Ministério da Saúde.

Monterroso, L., Joaquim, N. & Octávio de Sá, L. (2015). Adesão do regime terapêutico medicamentoso dos idosos integrados nas equipas domiciliárias de Cuidados Continuados. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, nº 5, 9-16

OECD (2017). *Health at a Glance 2017: OECD indicators*. Paris: OECD.

Organização Mundial de Saúde (2014). *Informe sobre la situación mundial – de las enfermedades no transmisibles*. Ginebra: Organización Mundial de Saúde.

Spollett, G. (2003). Case Study: A patient with uncontrolled type 2 diabetes and complex comorbidities whose diabetes care is managed by an advanced practice nurse. *Diabetes Spectrum*. 16(1), 32-36.

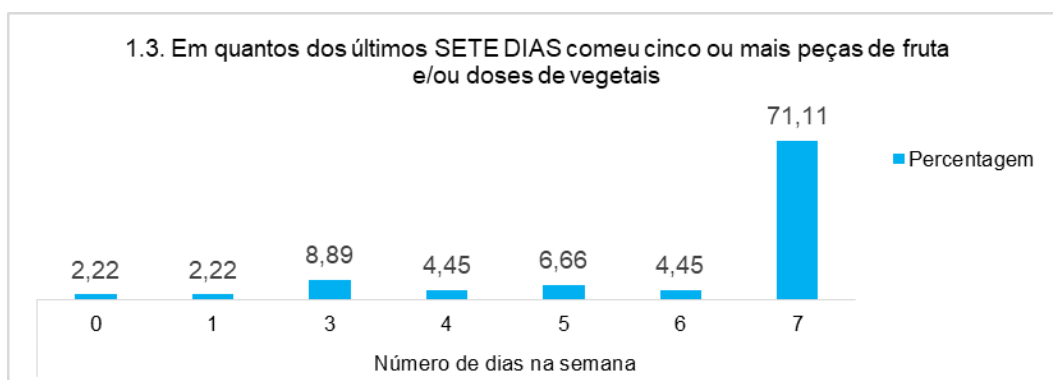
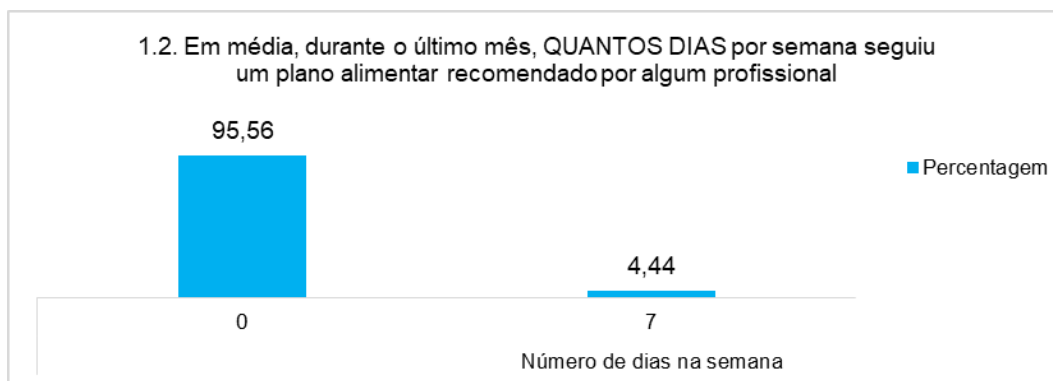
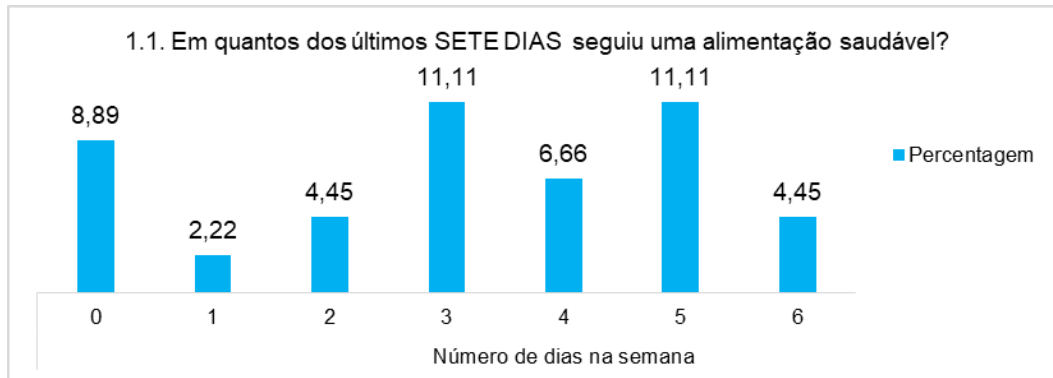
World Health Organization (2016). *Global Report on Diabetes*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2018). *Ageing and life-course*. Acedido em 20/04/2018. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>

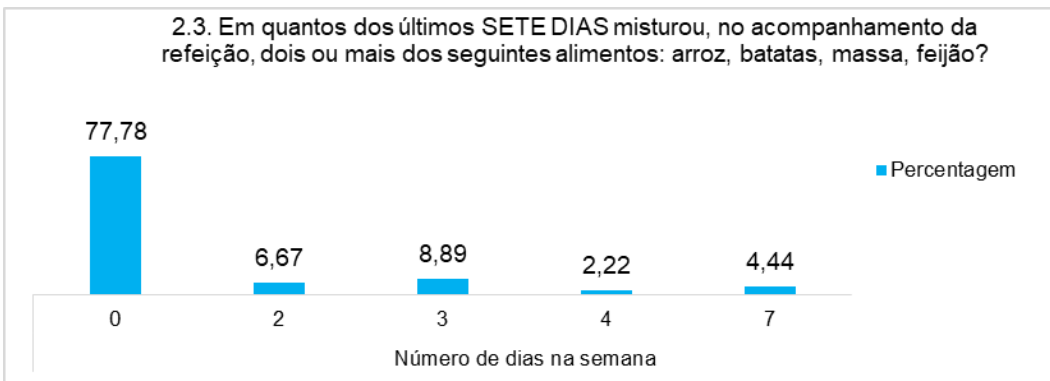
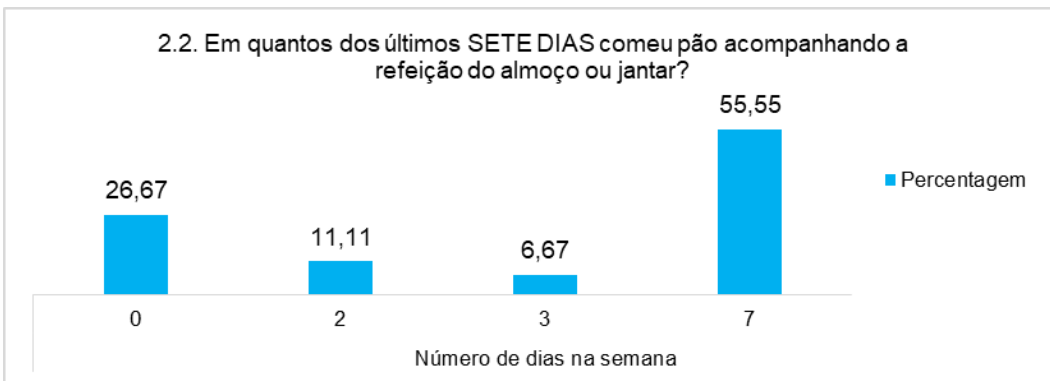
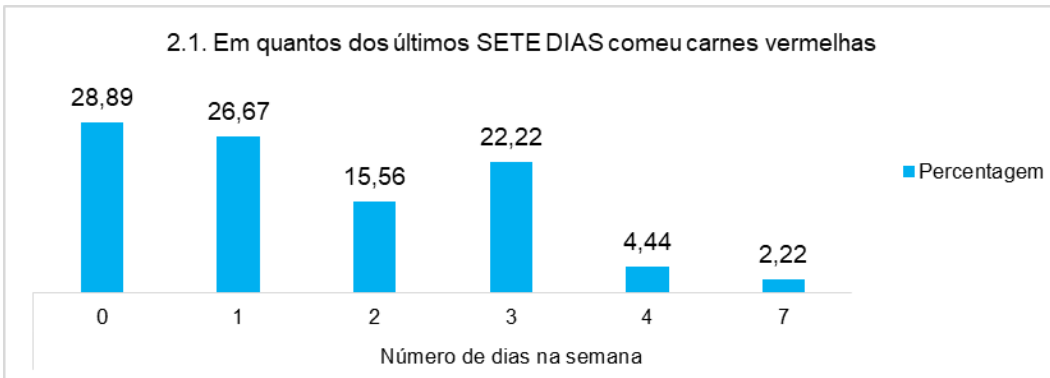
Yakaryilmaz, F. D. & Orzturk, Z. A. (2017). Treatment of type 2 diabetes mellitus in the elderly. *World Journal of Diabetes*, 8(6), 278-28

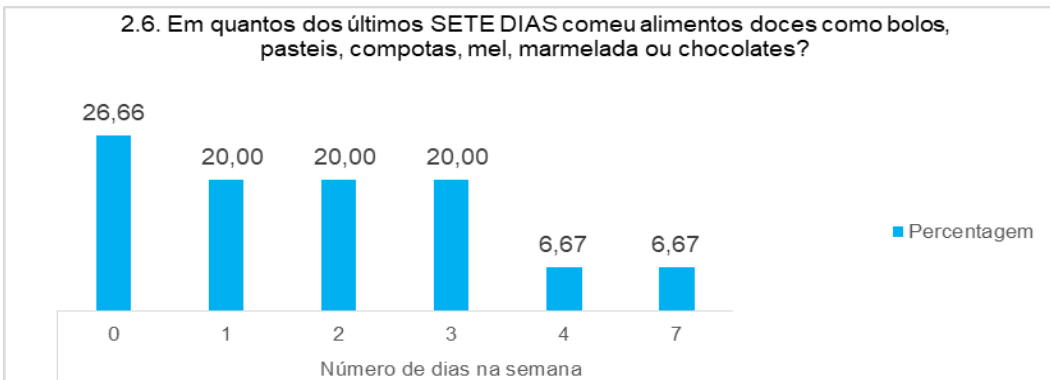
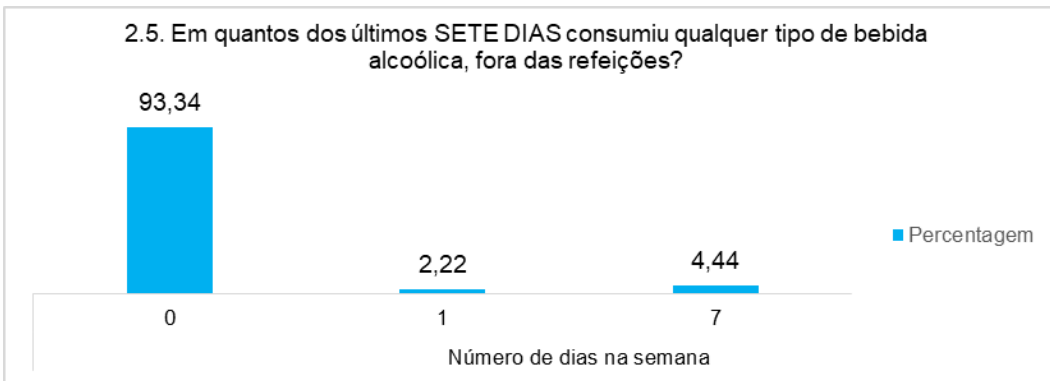
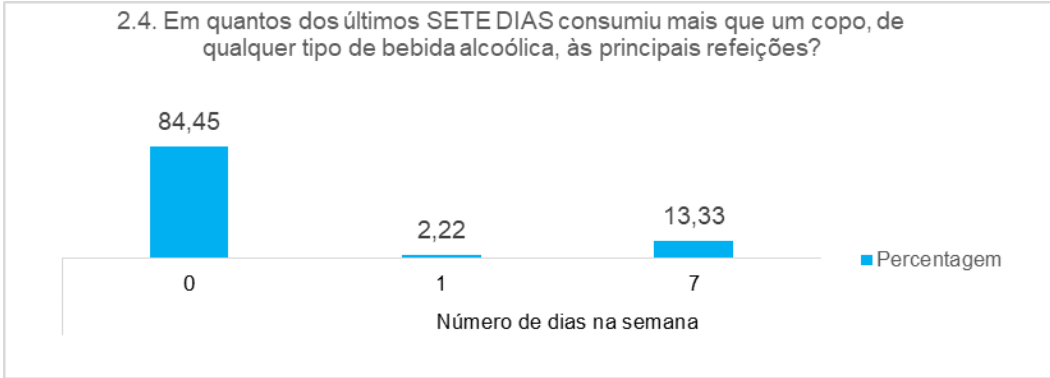
Escala de Actividades de Auto-cuidado com a Diabetes

1 - Alimentação Geral

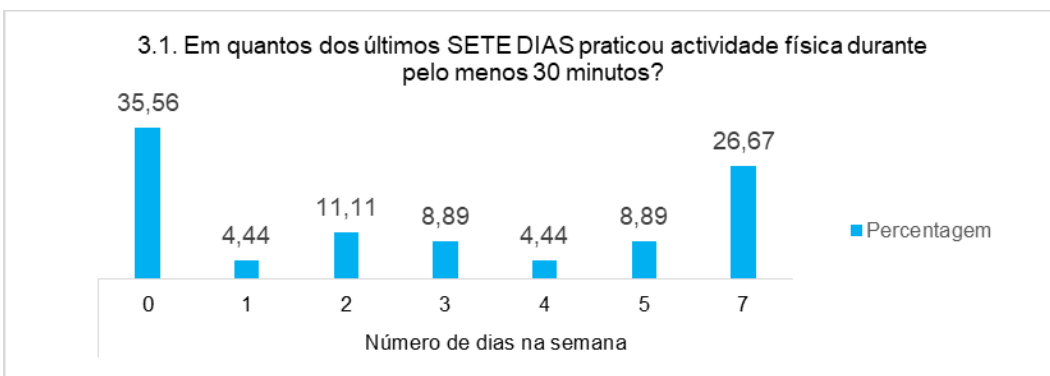


2- Alimentação Específica





3- Atividade Física

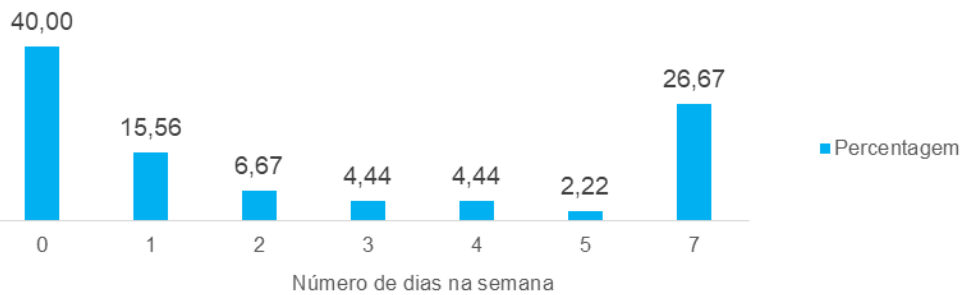


3.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?

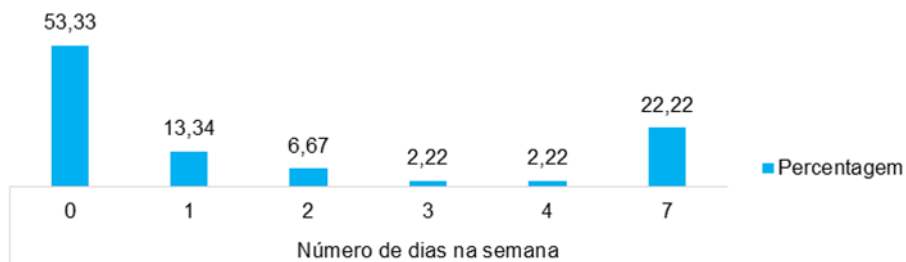


4- Monitorização da Glicemia

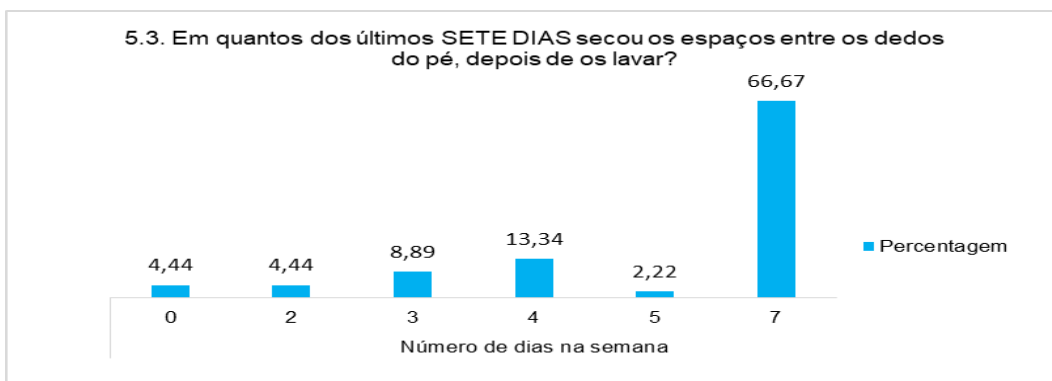
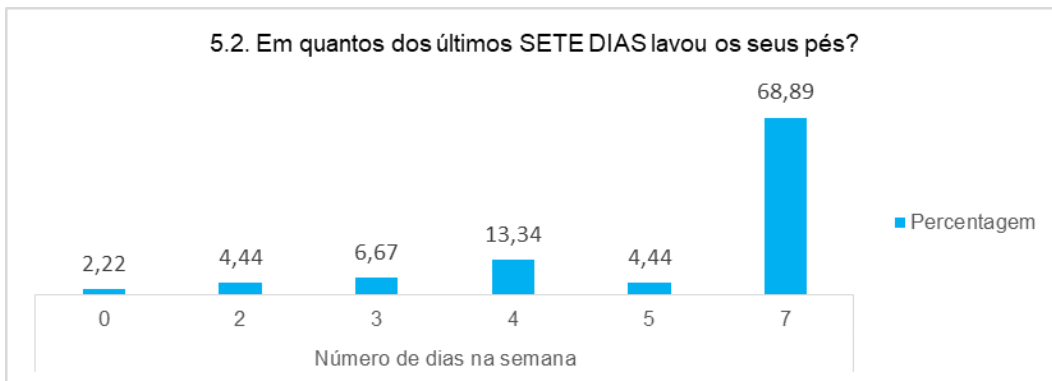
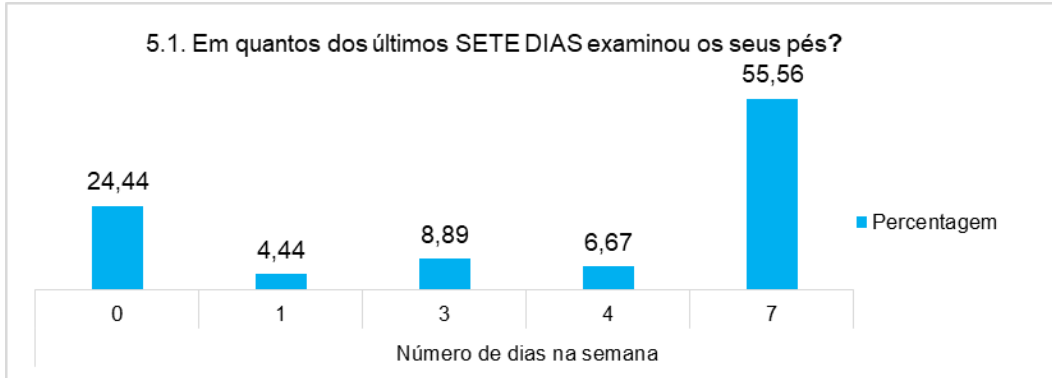
4.1. Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?



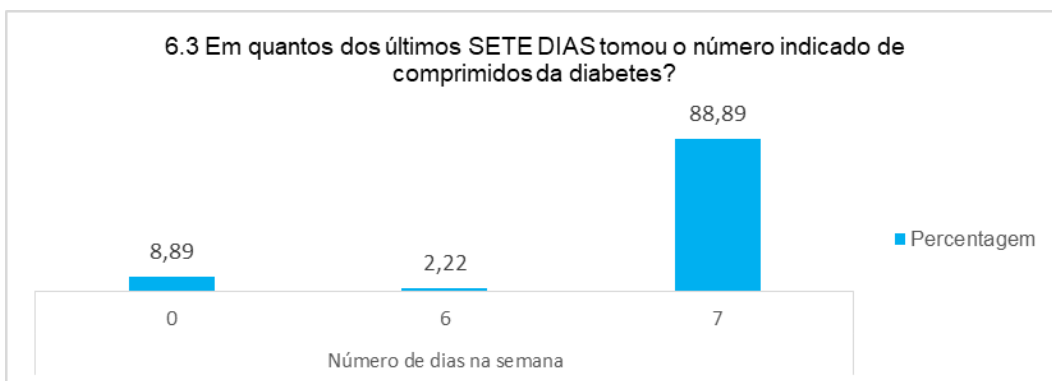
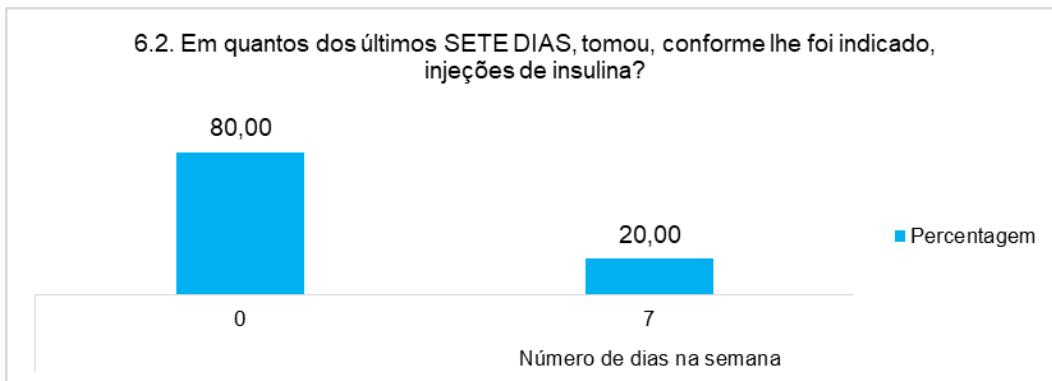
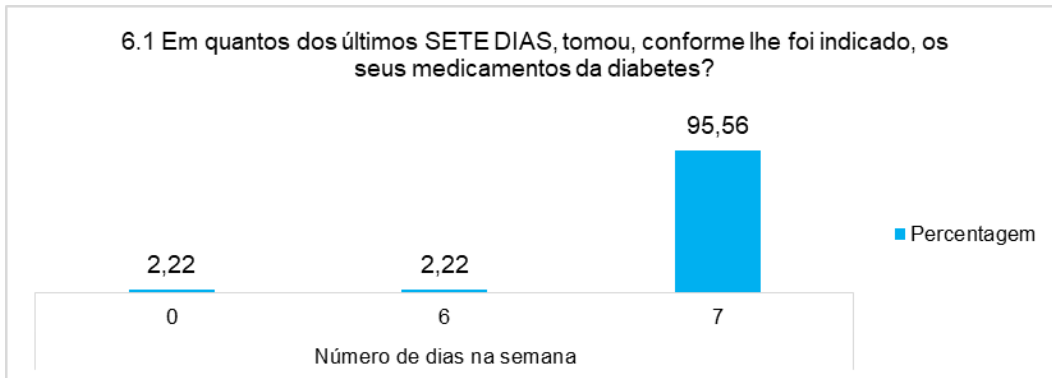
4.2. Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?



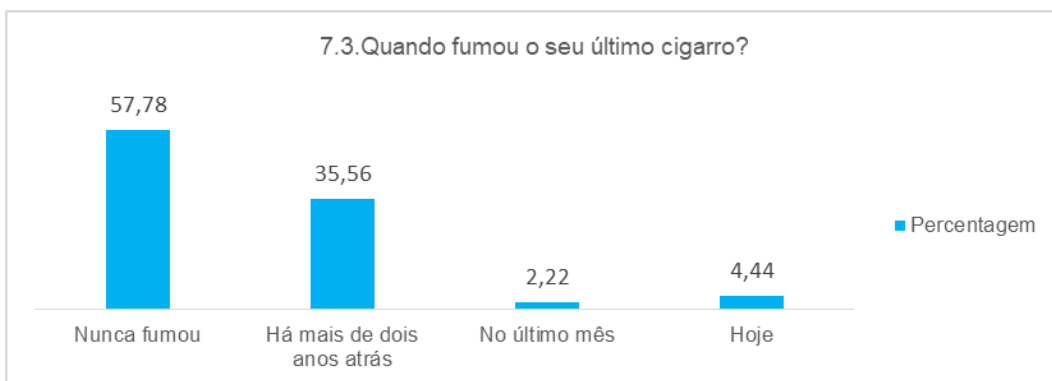
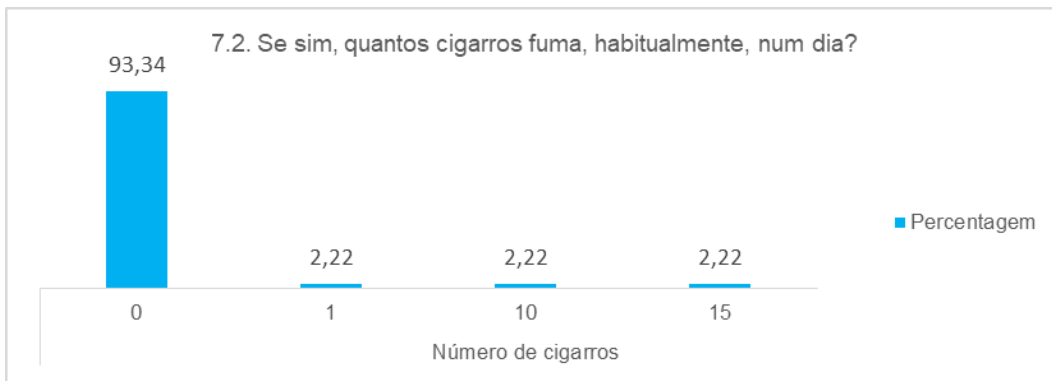
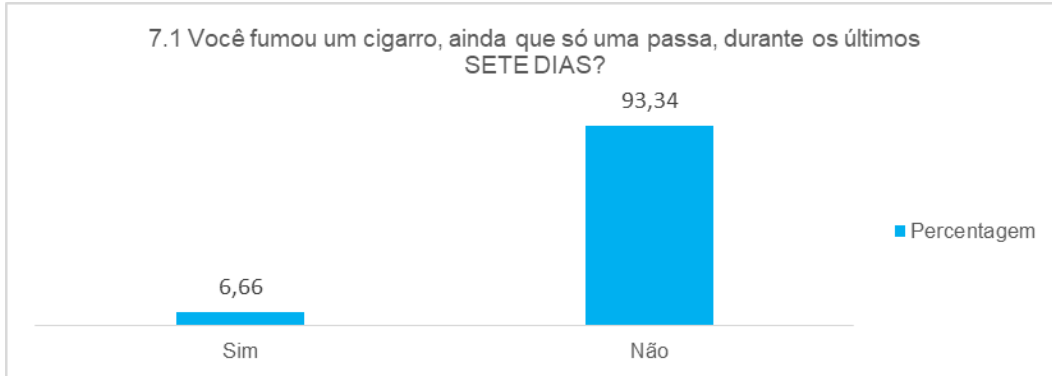
5- Cuidados com os Pés



6 – Medicamentos



7. Hábitos Tabágicos



APÊNDICE IV- Diapositivos da Sessão de EpS
“Gestão do Regime Terapêutico na DM 2: Cuidados a ter com os medicamentos”

16/04/2019

Unidade de Saúde Familiar
Unidade de Saúde Familiar

Gestão do Regime Terapêutico na Diabetes Mellitus Tipo 2: Cuidados a ter com os medicamentos

-Sessão de educação para Saúde -

Docente: Ana Isabel Pinto
Enfermeira Orientadora: Rita Guimarães
Professora Orientadora: Adriana Henriques

1 de Fevereiro, de 2019



Objetivos

- ✓ Sensibilizar para importância da adesão ao regime terapêutico, na diabetes;
- ✓ Promover uma gestão adequada da diabetes: alimentação, atividade física e medicação;
- ✓ Promover a adesão à medicação – estratégias.

Porque é importante gerir a diabetes ?

Evitar complicações

Consequências da Diabetes


- Acidente vascular cerebral
- Retinopatia e cegueira
- Danos permanentes aos rins
- Ataque cardíaco
- Dificuldade de cicatrização
- Neuropatia periférica

Qualidade de vida



Gestão do Regime terapêutico na Diabetes

- Alimentação Saudável
- Atividade Física
- Medicação



Alimentação Saudável

- Ingerir água;
- Ingerir fruta e legumes;
- Realizar 6 refeições por dia, com referência à comida


Evitar:

- Ingerir alimentos apurados;
- Ingerir fritos;
- Ingerir mais que um copo de vinho às refeições;
- Pão, ao almoço e jantar;



Gestão do Regime terapêutico na Diabetes

- Alimentação Saudável
- Atividade Física
- Medicação



Atividade física pelo menos 30' adaptando as suas limitações.

Atividade Física

Gestão do Regime terapêutico na Diabetes

- Alimentação Saudável
- Atividade Física
- Medicação

O tratamento com MEDICAÇÃO só é eficaz se cumprir as indicações médicas.

Medicação

- ✓ Tome a dose certa;
- ✓ Respeite os horários da administração da medicação (não os encurte nem prolongue);
- ✓ Tome a medicação sempre à mesma hora;
- ✓ Não interrompa a sua medicação sem falar com o seu Médico e Enfermeiro.

Medicação

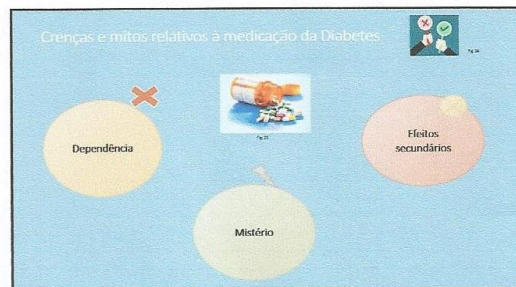
Medicamento certo

<input type="checkbox"/> Nome comercial	<input type="checkbox"/> Horário
<input type="checkbox"/> Princípio ativo	<input type="checkbox"/> Validade
<input type="checkbox"/> Dose	<input type="checkbox"/> Para que é ?

Toda a medicação para a Diabetes (Antidiabéticos orais (ADO)) necessita de prescrição médica.


Quantidade de comprimidos que tem a embalagem

16/04/2019



A Diabetes é uma doença que pode e deve ser controlada, para isso é fundamental a alimentação saudável, atividade física e a medicação.

Obrigada pela vossa Atenção !



Referências Bibliográficas

- International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas – Eighth edition 2017*. IDF. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/>
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Diabetes Lisboa: DCS*. Disponível em: <https://www.dgs.gov.pt/Programa-Nacional-para-a-Diabetes-Lisboa-DGS-2017.aspx>
- World Health Organization. (2016). *Global Report on Diabetes*. Geneva: WHO
- Recomendações Nacionais da SFD para o Tratamento da Hiperglicémia na Diabetes Tipo 2 - Versão Resumida
- Observatório Nacional do diabetes - Relatório 2016
- Equivalências dos Hidratos de Carbono
- SOUZA, Maria Ral – Estado dos Conhecimentos e Representações de Doença associados à Adesão Terapêutica nos Diabéticos tipo 2. Braga, [s.n.], 2013. tese de Mestrado. Disponível em WWW:URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4686>
- Bastos, Fernanda Santos
Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: Participação dos esposas no plano educacional

Referências Bibliográficas das Imagens

- Figura 1: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 2: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 3: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 4: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 5: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 6: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 7: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 8: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 9: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 10: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 11: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 12: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 13: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 14: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 15: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 16: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 17: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 18: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 19: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 20: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 21: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 22: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 23: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 24: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 25: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 26: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 27: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 28: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 29: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 30: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 31: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 32: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 33: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 34: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 35: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 36: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 37: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 38: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 39: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 40: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 41: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 42: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 43: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 44: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 45: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 46: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 47: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 48: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 49: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 50: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 51: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 52: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 53: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 54: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 55: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 56: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 57: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 58: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 59: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 60: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 61: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 62: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 63: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 64: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 65: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 66: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 67: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 68: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 69: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 70: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 71: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 72: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 73: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 74: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 75: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 76: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 77: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 78: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 79: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 80: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 81: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 82: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 83: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 84: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 85: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 86: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 87: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 88: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 89: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 90: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 91: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 92: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 93: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 94: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 95: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 96: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 97: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 98: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 99: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>
- Figura 100: <https://www.shutterstock.com/image-vector/healthy-lifestyle-illustration>

APÊNDICE V- Folhetos Informativos
“A Família e a Diabetes”
“Técnica de Administração de Insulina”

INSULINA

A insulina é uma medicação, utilizada no tratamento da diabetes *mellitus* (DM) tipo 1 e em alguns casos na diabetes tipo 2.



Tem o objetivo de reduzir o açúcar no sangue (glicemia), através de uma injeção subcutânea.

RECOMENDAÇÕES

- Conservar as canetas de insulina que não estão a ser utilizadas no frigorífico, entre 2 a 8°C;
- A insulina que está a ser utilizada não necessita de estar no frigorífico;
- Trocar as agulhas em cada administração de insulina;
- Não partilhe as canetas de insulina ou as agulhas;
- Quando troca a agulha da caneta, a agulha removida NÃO deve ir para o lixo comum.

- Não administrar insulina em regiões da pele que apresentem ferida, maceração e/ou vermelhidão.
- É fundamental realizar a **rotação dos locais de administração** da insulina.



Utilizar sempre o mesmo local leva à criação de nódulos na pele (lipodistrofias) que prejudicam a absorção, além disso massacrar a pele e pode causar feridas.

Trabalho realizado por: Ana Isabel Pinto
Enfermeira Orientadora: Rita Guimarães
Professora Orientadora: Adriana Henriques

Referências bibliográficas: APDP: Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, disponível em: <https://www.apdp.pt/diabetes/tratamento/medicacao>
MSD Controlar a Diabetes, 2017, disponível em: <https://controlaradiabetes.pt/educacao-multimedia/administracao-de-insulina>

Autora das imagens: Ana Isabel Pinto, 2019



R. Patrocínio, nº 60 1350-230 Lisboa
Tel: 213913220

e-mail: condestavel.sec@arsrl.mn-saude.pt



Técnica de Administração de Insulina



Lisboa
Janeiro de 2019

Técnica de Administração de Insulina

1. Lavar as mãos;

2. Tirar a tampa da caneta;



3. Limpar o selo de borracha;



4. Afixar a agulha

4.1 Retirar a película protetora da nova agulha;



4.2 Adaptar a agulha ainda com a tampa protetora na caneta;



4.3 Retirar a tampa externa e posteriormente a tampa interna da agulha;



4.4 Sempre que troca de agulha deve:

- Selecionar 2 a 3 Unidades, girando o selector de dosagem até o ponteiro da dose se encontrar nestes valores;



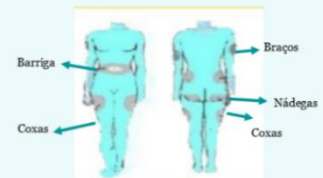
- Pressionar o botão, segurando a caneta de insulina com a agulha virada para cima e verificar se sai insulina.



5. Selecionar as Unidades de insulina a administrar (de acordo com a prescrição médica), girando o botão até que a linha do ponteiro indique a dose desejada;



6. Escolher o local a administrar;



7. Fazer uma prega na pele, com a mão não dominante e com a outra mão segurar na caneta de insulina;



8. Introduzir a agulha no ângulo de 90° e injetar o medicamento, carregando no botão com o polegar;

9. Contar até 10, esperar 10 segundos e posteriormente remover a agulha.

APÊNDICE VI- “Livro de Registo de Medicação”

