

## **Promoção da Literacia em Saúde sobre Diabetes *Mellitus* aos idosos**

**Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre  
na área de Enfermagem Comunitária**

**Mónica Neves Mendes**

**Orientador**

**Professora Doutora Marta Rosa**

**2021, julho**



*“A maneira de dar sentido à nossa vida é dedicá-la a amar os outros,  
Dedicarmo-nos à comunidade à nossa volta  
E dedicarmo-nos a criar qualquer coisa  
Que nos dê um propósito e um significado.”*

Mitch Albom



## AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho, que representa um marco na minha vida pessoal e profissional, não teria sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho de diversas pessoas. Gostaria, por isso, de expressar a minha gratidão e apreço, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este projeto se tornasse realidade. A todos quero manifestar os meus sinceros agradecimentos.

À Professora Doutora Maria do Carmo Figueiredo que comigo iniciou este projeto e à Professora Doutora Marta Rosa com quem lhe dei continuidade, como mentoras em toda a execução prática deste trabalho, que gentilmente me guiaram neste percurso. As suas qualidades humanas, rigor científico, capacidade de trabalho, disponibilidade e incentivo foram determinantes neste meu percurso.

À Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Inês Pereira, pela constante disponibilidade, partilha de conhecimentos e experiência profissional, pelo seu incentivo e cooperação em todas as etapas deste processo. Agradeço igualmente a toda a equipa da UCCAS pela forma acolhedora e empática com que me receberam e integraram nas várias atividades, fazendo-me sentir parte da equipa.

À Câmara Municipal de Leiria, na pessoa da Dr. Cristina Pires, pela cooperação e empenho na implementação do projeto e na cedência do espaço para as sessões de educação para a saúde.

Um agradecimento especial aos idosos e à comunidade do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro, pela forma calorosa como me acolheram e pela sua participação ativa em todas as atividades do projeto pois sem eles não seria possível concretizá-lo.

Às colegas de trabalho pela compreensão e cedências no horário de trabalho.

Ao Ricardo pelo incentivo e apoio constantes e à Mariana pelo tempo que não brincámos.



## ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

ACeS PL - Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral  
ARS - Administração Regional de Saúde  
Br. SC - Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro  
CML - Câmara Municipal de Leiria  
CSP - Cuidados de Saúde Primários  
COVID-19 – Doença por Coronavírus - 2019  
DGS - Direção Geral da Saúde  
DM - Diabetes *Mellitus*  
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados  
Ed. – Edição  
EpS - Educação para a Saúde  
EEECSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública  
Enf.º (ª) – Enfermeiro (a)  
ESSS - Escola Superior de Saúde de Santarém  
et al. – entre outros  
F - Falso  
f. - folha  
HbA1c – Hemoglobina glicada A1c  
IGAPHE - Instituto de Gestão e Alienação do Património Habitacional do Estado  
INE - Instituto Nacional de Estatística  
INSEF - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico  
LS - Literacia em Saúde  
NS - Não sei  
NHC - Nova Habitação Cooperativa  
OND - Observatório Nacional da Diabetes  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
OE - Ordem dos Enfermeiros  
p. – página  
pp. - páginas  
PLS - Plano Local de Saúde  
PNS - Plano Nacional de Saúde  
PND - Programa Nacional para a Diabetes  
PNSPI - Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas



Prof.<sup>a</sup> - Professora

PrS - Promoção da Saúde

QCD - Questionário dos Conhecimentos da Diabetes

QV - Qualidade de Vida

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RSI - Rendimento Social de Inserção

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCAS - Unidade de Cuidados na Comunidade Dr. Arnaldo Sampaio

UE - União Europeia

V - Verdadeiro

WHO – *World Health Organization*



## RESUMO

A Diabetes *Mellitus* é uma doença crónica, cuja prevalência tem aumentado de forma significativa na população idosa, causando elevada mortalidade a nível mundial. Os enfermeiros através da promoção da literacia em saúde podem capacitar os indivíduos a prevenir e a gerir a sua situação de saúde. Desenvolveu-se uma *Scoping Review*, com a questão: *quais as intervenções de enfermagem na promoção da literacia em saúde sobre Diabetes Mellitus aos idosos?* Nas evidências obtidas identificou-se a importância das intervenções educativas dos enfermeiros na prevenção e controlo da diabetes nos idosos. Tendo como base a metodologia do Planeamento em Saúde, foi elaborado o projeto de intervenção comunitária "*Diabetes no Saka*", com o objetivo de promover a literacia em saúde na prevenção da Diabetes e suas complicações nos idosos com 65 ou mais anos, residentes num bairro social. Os resultados apontam para uma taxa de conhecimentos adquiridos igual ou superior a 98%, demonstrando o impacto positivo do projeto.

**Palavras-chave:** Diabetes *Mellitus*, Enfermagem, Idosos, Literacia em Saúde.



## **ABSTRACT**

Diabetes Mellitus is a chronic disease whose prevalence has increased significantly in the elderly population, causing high mortality worldwide. Nurses by promoting health literacy can empower individuals to prevent and manage their health situation. A Scoping Review was developed, with the question: what are the nursing interventions in promoting health literacy on Diabetes Mellitus for the elderly? The evidence obtained identified the importance of nurses' educational interventions in the prevention and control of diabetes in the elderly. Based on the Methodology of Health Planning, the community intervention project "Diabetes in Saka" was elaborated, with the objective of promoting health literacy in the prevention of diabetes and its complications in the elderly aged 65 years or older, living in a social neighborhood. The results point to a rate of acquired knowledge equal to or greater than 98%, demonstrating the positive impact of the project.

**Keywords:** Diabetes Mellitus, Elderly, Health Literacy, Nursing.



## INDICE

	f.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	23
<b>1 - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DR. ARNALDO SAMPAIO</b> .....	27
1.1 - CARATERIZAÇÃO DO BAIRRO DR. FRANCISCO SÁ CARNEIRO .....	27
<b>2 - CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA</b> .....	31
2.1 - ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO .....	31
2.2 - DIABETES <i>MELLITUS</i> .....	33
2.3 - LITERACIA EM SAUDE .....	37
2.4 - MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN .....	40
<b>3 - PLANEAMENTO EM SAÚDE</b> .....	43
3.1 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....	43
3.2 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS .....	48
3.3 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS .....	50
3.3.1 - <i>Scoping Review</i> .....	51
3.4 - ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS .....	53
<b>3.4.1 - Projeto de Intervenção Comunitária – “Diabetes no Saka”</b> .....	54
3.5 - PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO .....	54
3.6 - EXECUÇÃO DO PROJETO .....	56
3.7 - AVALIAÇÃO .....	58
<b>4 - OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS EM ESTÁGIO</b> .....	63
4.1 - ATIVIDADES REALIZADAS NA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA .....	63
4.2 - ATIVIDADES REALIZADAS NA UNIDADE DE CUIDADOS À COMUNIDADE ...	64
<b>5 - SISTEMATIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</b> .....	67
<b>6 - ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA</b> .....	71
<b>7 - CONCLUSÃO</b> .....	75
<b>8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	77
ANEXOS	
ANEXO I – Projeto de estágio .....	83
ANEXO II - Problemas identificados no diagnóstico de situação em 2019 .....	129
ANEXO III - Guiões de entrevista aos informantes-chave e consentimento informado .	131



	f.
ANEXO IV - Matriz da análise de conteúdo das entrevistas aos informantes-chave .....	135
ANEXO V - Autorização para utilização do Questionário dos Conhecimentos da Diabetes .....	141
ANEXO VI - Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém .....	143
ANEXO VII - Questionário aplicado aos idosos e Consentimento informado .....	145
ANEXO VIII - Resultados da aplicação do Questionário dos Conhecimentos da Diabetes .....	151
ANEXO IX - <i>Scoping Review</i> .....	153
ANEXO X - Calendário e íman do projeto .....	189
ANEXO XI - Planos das sessões de EpS .....	191
ANEXO XII - Apresentações <i>PowerPoint</i> das sessões de EpS .....	197
ANEXO XIII - Fichas de avaliação de conhecimentos das sessões de Eps .....	207
ANEXO XIV - Questionários de avaliação das sessões de EpS .....	213
ANEXO XV - Fotografia do Kit " <i>Relógio da Vida</i> " utilizado na sessão de EpS n.º 3 .....	217
ANEXO XVI - Material pedagógico utilizado na sessão de EpS n.º 3 .....	219
ANEXO XVII - Certificado de participação no projeto .....	221
ANEXO XVIII - Resultados das fichas de avaliação aplicadas nas sessões de EpS ....	223
ANEXO XIX - Tabela comparativa dos resultados do QCD e das fichas de avaliação de conhecimentos das sessões de EpS .....	225
ANEXO XX - Certificado de apresentação de póster no VIII Congresso Luso-Espanhol de Estudantes Enfermagem .....	229



## ÍNDICE DE QUADROS

	f.
<b>Quadro 1</b> – Avaliação dos indicadores de atividade .....	59
<b>Quadro 2</b> – Avaliação dos indicadores de resultado .....	60
<b>Quadro 3</b> – Contributos para o desenvolvimento de competências do EEECSF .....	67
<b>Quadro 4</b> – Contributos para o desenvolvimento de competências do grau de mestre	70



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	f.
<b>Gráfico 1</b> – Distribuição dos idosos por grupo etário .....	45
<b>Gráfico 2</b> – Distribuição dos idosos por grau de escolaridade .....	46
<b>Gráfico 3</b> – Distribuição dos idosos pela patologia da DM .....	46
<b>Gráfico 4</b> – Distribuição dos idosos quanto à classificação da DM .....	46
<b>Gráfico 5</b> – Percentagem de respostas corretas na primeira dimensão do QCD .....	47
<b>Gráfico 6</b> – Percentagem de respostas corretas na segunda dimensão do QCD.....	47
<b>Gráfico 7</b> – Percentagem de respostas corretas na terceira dimensão do QCD.....	48



## INTRODUÇÃO

O presente relatório está inserido na Unidade Curricular designada Estágio e Relatório de Intervenção Comunitária, no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS), tendo como finalidade a aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP).

O estágio teve lugar em dois contextos de cuidados de saúde comunitária distintos, com uma duração total de 18 semanas. De 13 a 24 de julho de 2020, o estágio decorreu na Unidade de Saúde Pública (USP) de Leiria, tendo continuidade na Unidade de Cuidados na Comunidade Dr. Arnaldo Sampaio (UCCAS), no período de 27 de julho a 18 de dezembro de 2020, ambas as unidades pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral (ACeS PL). Sendo orientado para a intervenção na comunidade, este estágio teve como principais objetivos: analisar os processos de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária; desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária numa perspetiva transdisciplinar; e, criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

Assim, neste relatório pretende dar-se a conhecer o desenvolvimento do trabalho executado ao longo do referido estágio, enquadrado na evidência científica e fundamentando as competências desenvolvidas em ação, sustentando-as na natureza da enfermagem avançada.

Além da participação noutras atividades, grande parte do estágio esteve centrado na elaboração de um projeto de intervenção comunitária pelo que também este relatório espelha maioritariamente o desenvolvimento desse projeto, o qual foi denominado de: “*Diabetes no Saka*”. Este projeto teve como população alvo um grupo de idosos com 65 ou mais anos do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro (Br. SC), no qual a UCCAS através de uma parceria com a Câmara Municipal de Leiria (CML) desenvolve intervenção comunitária.

A temática abordada surgiu após a análise de um diagnóstico de situação elaborado no ano de 2019 a esta população, em que foram estabelecidos vários diagnósticos de enfermagem comunitária, sendo que, nem todos tinham sido alvo de intervenção, pelo que se considerou pertinente a intervenção numa dessas áreas já identificadas. Nesse diagnóstico de situação, a Diabetes foi um dos problemas identificados como prioritários, estando presente em 51,5% da amostra. Quando questionados se a patologia afetava a sua vida diária, 30,3% dos idosos referiu que interferia muito nas suas atividades.

Para uma validação atual desta problemática foram realizadas entrevistas a três informantes-chave, nas quais a DM, na subcategoria Saúde Física, foi um dos problemas por estes

reconhecido. Além disso, através da aplicação do Questionário dos Conhecimentos da Diabetes a um grupo de idosos do bairro foi possível identificar lacunas ao nível dos conhecimentos relativos à prevenção e controlo da doença. Por tudo isto se considerou pertinente intervir na área da Diabetes, estando em consonância também com o Plano Local de Saúde (PLS) do ACeS PL para 2018-2020, que na sua lista de priorização de problemas de saúde tem a Diabetes *Mellitus* (DM) em segundo lugar. Também o Plano Nacional de Saúde (PNS), na revisão e extensão 2020, define como uma das suas metas reduzir a mortalidade prematura ( $\leq$  70 anos) para um valor inferior a 20%, através da redução da mortalidade referente a doenças não transmissíveis, nas quais se inclui a DM tipo 2, entre outras (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015).

O envelhecimento, os estilos de vida menos saudáveis e as influências ambientais negativas acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas e a redução das capacidades físicas e mentais das pessoas idosas, o que limita a sua independência, autonomia e participação social. Assim sendo, a DGS (2017) defende que a deteção precoce e o controlo adequado das doenças crónicas e do declínio físico e mental são essenciais para um melhor prognóstico, redução da prevalência de comorbilidades e manutenção da capacidade funcional.

O termo “diabetes” designa um distúrbio metabólico, crónico, que se caracteriza por níveis elevados de glucose no sangue, levando a lesões sérias no coração, vasos sanguíneos, olhos, rins e nervos. O tipo mais comum de diabetes é o tipo II, mais frequente em adultos, e ocorre quando o corpo se torna resistente à insulina ou o pâncreas não produz insulina em quantidades suficientes (*World Health Organization* [WHO], 2018). A sua prevalência em Portugal é elevada, estimando-se que atualmente afete mais de um milhão de portugueses segundo dados do Programa Nacional para a Diabetes (PND) da DGS (2019). É a mais comum das doenças não transmissíveis, afetando, segundo as estimativas, mais de 32 milhões de cidadãos da União Europeia (UE), ou seja, cerca de 10% da população total da UE. É uma patologia que pode condicionar várias complicações, com redução da qualidade de vida, aumentando o risco de morte antes dos 70 anos (DGS, 2019), tendo sido em 2016 a sétima causa de morte a nível mundial segundo a WHO (2020).

Por todos estes factos, é amplamente reconhecida a necessidade do fortalecimento dos sistemas públicos de saúde no sentido de melhorar a abordagem à Diabetes, desde a sua prevenção até à sua gestão, uma vez estabelecida a doença, a fim de reduzir o risco de ter DM ou de desenvolver complicações decorrentes da doença. Assim, a sua prevenção constitui um objetivo de desenvolvimento sustentável, reconhecido pela Assembleia Geral das Nações Unidas, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Parlamento Europeu (DGS, 2019), sendo, para tal, necessária uma intervenção efetiva por parte dos profissionais de saúde.

O conhecimento e a adesão ao regime terapêutico são aspetos fundamentais para um eficaz controlo da Diabetes, exigindo ao indivíduo um papel ativo, quer no planeamento, quer na implementação do regime de tratamento, face à complexidade deste e às alterações que implica frequentemente nos estilos de vida do indivíduo em diferentes áreas. O conhecimento que a pessoa diabética possui sobre os determinantes da saúde é fundamental para que possa tomar decisões conscientes e fundamentadas, tendo como objetivo comportamentos saudáveis, assim como para o desenvolvimento de competências na gestão do regime terapêutico. Apesar do conhecimento, por

si só, não ser suficiente para a mudança comportamental, a literatura tem demonstrado que este é essencial na adesão ao regime terapêutico (Sousa et al., 2015).

Existe um elo muito forte entre literacia, educação e saúde. A saúde e a aprendizagem estão intimamente relacionadas e a interação entre elas é clara em todas as idades, desde a infância à velhice. A evidência científica nas áreas da saúde e da educação consideram a Literacia em Saúde (LS) como um trajeto que liga a educação a resultados na saúde (Rootman & Gordon-El-Bihbey, 2017).

O EEECSPP tem grande responsabilidade na promoção e educação para a saúde (EpS) com os idosos e cuidadores para a obtenção de conhecimentos e aptidões para cuidar de si mesmo e dos outros. Os enfermeiros intervêm no sentido da promoção da saúde (PrS), com uma ação educativa, sistemática e integradora ao longo do processo de adaptação do cuidador/família, proporcionando conhecimento e *empowerment*, para incentivar respostas saudáveis às mudanças (Calado et al., 2020).

Pretende-se, desta forma, mobilizar e integrar os conhecimentos de enfermagem na compreensão da comunidade, fazendo uso de uma perspetiva sistémica, incorporando todos os sistemas integrantes dessa comunidade, através do recurso ao Modelo Teórico de Betty Neuman.

As intervenções delineadas neste projeto de intervenção comunitária foram baseadas na melhor evidência científica, tendo para tal sido desenvolvida uma prática baseada na evidência através de uma *Scoping Review*, partindo da questão de pesquisa: “Quais as intervenções de Enfermagem na promoção da literacia em saúde sobre Diabetes *Mellitus* aos idosos?”. As atividades executadas seguiram a metodologia do planeamento em saúde, com vista a alcançar os objetivos delineados.

De salientar que no período em que foi planeado e executado este projeto de intervenção comunitária se vivia, em Portugal e no mundo, o início da pandemia pela doença Coronavírus-2019 (COVID-19), que pode causar infeção respiratória grave. A sua transmissão pode ser por contato direto pela disseminação de gotículas como por contato indireto através do contato com superfícies ou objetos contaminados. Este panorama condicionou em muito quer o planeamento quer a execução do projeto, obrigando a adaptações constantes ao que estava planeado face à evolução da pandemia.

Este documento encontra-se estruturado em oito capítulos. No primeiro é apresentada uma breve caracterização da UCCAS e do Br SC. O segundo capítulo engloba uma conceptualização teórica da temática abordada fundamentada em critérios epidemiológicos. No terceiro capítulo apresenta-se o projeto de intervenção comunitária implementado, percorrendo as várias fases do planeamento em saúde, desde o diagnóstico de situação, à execução do projeto e sua avaliação. No quarto capítulo é feita referência a outras atividades realizadas no decorrer do estágio que contribuiriam igualmente para a aquisição de competências de EEECSPP. No quinto e sexto capítulos apresenta-se a sistematização das competências adquiridas assim como uma análise crítica e reflexiva de todo o trabalho desenvolvido. Por fim apresentam-se as considerações finais e as referências bibliográficas.



## **1 - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DR. ARNALDO SAMPAIO**

A UCCAS, local onde decorreu o estágio, encontra-se situada no edifício sede do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, na freguesia de Marrazes, e está inserida no ACeS PL da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, tendo como área de abrangência 8 freguesias do município de Leiria (UCCAS, 2020).

A UCCAS viu o seu plano de ação aprovado em outubro de 2010, tendo iniciado a sua atividade nesta data. Funciona de segunda a sexta-feira das 8h às 20h; aos feriados e fins-de-semana das 9h às 13h apenas para atividades da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Tem como missão, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área de abrangência, visando a obtenção de ganhos em saúde através da intervenção de cariz comunitário de uma equipa multidisciplinar, que atua em parceria com as várias unidades funcionais do agrupamento e com várias entidades parceiras do concelho. Desenvolve atualmente diversos Programas e Projetos no âmbito da prevenção, proteção e PrS, em quatro principais áreas de intervenção: Saúde reprodutiva, Saúde do adulto e do idoso, Saúde infantil e juvenil e Saúde mental (UCCAS, 2020).

### **1.1 - CARATERIZAÇÃO DO BAIRRO DR. FRANCISCO SÁ CARNEIRO**

O Br. SC foi criado em 1984 na atual freguesia de Marrazes, Barosa e Leiria, no concelho de Leiria, sob a responsabilidade do Instituto de Gestão e Alienação do Património Habitacional do Estado (IGAPHE), com a tipologia de bairro social. Surgiu com intuito de dar resposta a uma situação, que se arrastava há mais de dez anos, de alojamento em condições muito precárias e promíscuas, de cerca de 600 pessoas vindas das ex-colónias portuguesas, após a revolução de abril de 1974 e que estavam, provisoriamente, alojadas nas instalações de um antigo quartel (CML, 2017).

Desde 2009 que a gestão do bairro ficou ao cargo da Nova Habitação Cooperativa (NHC). O Br. SC é composto por 26 edifícios, com 8 frações cada, num total de 208 fogos. Dos 26 blocos, três são propriedade integral da NHC, um é completamente propriedade de privados e nos restantes a NHC divide a titularidade dos fogos com proprietários individuais e com a Câmara Municipal. Construídos em 1984, os 26 edifícios são compostos por 4 pisos, em betão armado e alvenaria de tijolo, cobertos a chapa de fibrocimento. As tipologias variam entre T2, T3 e T4. Em 2010 iniciou-se um processo de reabilitação integrada do bairro, compreendendo a reabilitação essencialmente a

nível de exteriores. Segundo a CML (2017), no Br. SC existem 156 fogos de arrendamento de cariz social (147 fogos pertencentes à NHC e 9 à CML) e 52 a particulares.

No que concerne aos seus moradores, segundo dados publicados pela CML em 2017, é composto por um total de 434 habitantes, sendo 59,1% (n=256) do género feminino e 40,4% (n=175) do género masculino. A maioria dos ocupantes do bairro é adulta, cerca de 83,2% (n=361), seguindo-se 8% de adolescentes (n=35) e 7,4% de crianças (n=32). Relativamente ao **Subsistema Económico**, dos adultos, 19,8% (n=86) são pensionistas, com mais de 65 anos de idade. Verifica-se ainda que a maioria dos residentes 34,3% (n=131) possui o terceiro ciclo de escolaridade e 29,1% o 1º ciclo (n= 117). Em relação à sua situação face ao emprego constata-se que a maioria são ativos embora o número de pensionistas seja muito semelhante. Quanto ao número de desempregados e beneficiários de Rendimento Social de Inserção (RSI) representam 25% de um total de 331 habitantes, em relação aos quais foi possível obter esta informação. Verifica-se ainda que existe um número muito significativo de fogos ocupados por apenas um morador (40,5%) ou dois moradores (34,3%).

Em termos de acessibilidade, e tendo em conta o **Subsistema Comunicação e Transportes**, o bairro situa-se nas proximidades de um conjunto de infraestruturas rodoviárias e ferroviárias, nacionais e regionais, que permitem importantes ganhos de acessibilidade. Em termos mais locais, nomeadamente para deslocação para a cidade de Leiria é abrangido pela rede de transportes urbanos de Leiria “*Mobilis*” com conexões regulares a toda a cidade.

Quanto a recursos a nível do **Subsistema da Educação** o Br. SC está abrangido pelo Agrupamento de Escolas de Marrazes, o qual abrange desde o ensino pré-escolar ao 3º ciclo do ensino básico. Relativamente ao **Subsistema de Recreação** o bairro dispõe de um parque infantil assim como de jardins e espaços verdes nas suas imediações. Conta ainda com um parque desportivo na zona que ladeia o bairro assim como um pavilhão multiusos.

Relativamente ao **Subsistema Sociocultural** foi criada uma associação dos moradores do Br SC, que constitui uma organização sem fins lucrativos com um espaço físico que permite o encontro e o convívio entre os moradores além de organizar diversos eventos ao longo do ano.

No que ao **Subsistema Saúde e Segurança** diz respeito, o bairro é servido pelo Centro Hospitalar de Leiria e pelo Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio. Em termos de segurança pública nas suas proximidades o bairro conta com a presença da Polícia Segurança Pública assim como da sede dos Bombeiros Municipais de Leiria.

O Br. SC tem características específicas, como o facto de ser habitado atualmente por pessoas provenientes de diferentes culturas, o que não se verificava aquando da sua construção. Nele existem grupos de pessoas que entre si partilham, ou não, visões semelhantes de vida, mas visões distintas de outros grupos, que podem até residir na mesma área geográfica, ou desenvolverem as mesmas atividades profissionais, tendo assim os mesmos padrões culturais. Cada contexto cultural integra tradições e práticas complexas e próprias, inclusive práticas de saúde. O Enfermeiro, ao reconhecer a diversidade cultural existente numa comunidade, deve empenhar-se em providenciar cuidados culturalmente apropriados.

Conscientes de que para além da recuperação dos edifícios existia a necessidade de intervir a nível social e comunitário, entendeu a CML promover a inclusão social ativa, com a implementação de um projeto em 2010 intitulado “*Viver Melhor no Saka*”, do qual a UCCAS é parceira, e que tem como objetivos globais: promoção da inclusão social; combate à pobreza e à discriminação; e, desenvolvimento de medidas ativas de inclusão e participação cívica do maior número possível de moradores e da comunidade envolvente (CML, 2018).



## 2 - CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA

No presente capítulo serão abordados os aspetos teóricos relativos à temática do projeto, baseados em revisão da literatura. Pretende-se que sejam um contributo para a compreensão do trabalho desenvolvido.

### 2.1 – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

Ao longo das últimas décadas, Portugal, à semelhança de outros países na Europa, tem sido alvo de uma profunda transformação demográfica caracterizada, entre outros aspetos, pelo aumento da longevidade e da população idosa bem como pela redução da natalidade e da população jovem (DGS, 2017).

Em Portugal, segundo os Censos de 2011, o número de pessoas com 65 ou mais anos ultrapassava os dois milhões, representando cerca de 19% da população total do país, assistindo-se a um particular aumento das pessoas com idade acima dos 75 anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012). Em 2015 o índice de envelhecimento da população portuguesa agravou-se para 147 (era de 128 em 2011), o que significa que por cada 100 jovens há 147 idosos. As projeções do INE apontam para que este índice possa (no cenário central) mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens (INE, 2018).

Apesar do peso que estes números acarretam é crucial ter em consideração, quando se fala de envelhecimento, que embora este seja comumente associado a perda de habilidades e a múltiplos problemas de saúde, é um processo que na verdade está apenas vagamente relacionado com a idade cronológica das pessoas. A idade avançada não se relaciona diretamente com a dependência, mas antes com os eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida e que frequentemente são modificáveis (OMS, 2015).

Por se tratar de um processo gradual, não é consensual a idade a partir da qual se consideram as pessoas idosas. A OMS (2015) considera idoso o indivíduo com 60 ou mais anos, mas reconhece que este limite mínimo pode variar segundo as condições de cada país. Em Portugal, o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (PNSPI) define pessoas idosas os homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos (DGS, 2006). O mesmo critério é adotado pelo INE nas suas análises estatísticas. Ainda que se assuma necessária a definição de uma idade mínima sobre a qual se consideram as pessoas idosas, é consensual que a idade cronológica não é, de forma alguma, um marcador preciso para o início das alterações que caracterizam o processo

de envelhecimento. Embora parte da diversidade observada em idade mais avançada reflita a herança genética, a maior parte dela surge dos ambientes físicos e sociais (OMS, 2015).

O Regulamento nº 348/2015, do Diário da República nº 118, II série, de 19 junho de 2015, dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, refere que:

O envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico e na estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, bem como as ameaças emergentes à saúde das comunidades, determinam novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, focalizadas na promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes, nos cuidados de (re)adaptação e de suporte. (p. 16481)

Esta constatação veio colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral o desafio de criar condições de saúde, sociais e económicas, para que a pessoa possa permanecer autónoma e independente o maior número de anos possível. Conhecer as circunstâncias deste envelhecimento ajuda a compreender e a fundamentar a intervenção do enfermeiro junto da população idosa, de forma a contribuir para a vivência de um envelhecimento ativo e saudável. Saber superar as adversidades determina o nível de adaptação a mudanças e a crises próprias do processo de envelhecimento (WHO, 2015).

De acordo com o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da OMS (2015), promover um envelhecimento saudável objetiva ajudar as pessoas a desenvolver e a manter a habilidade funcional de modo a permitir o bem-estar. A habilidade funcional é definida como atributos relacionados à saúde que permitem que as pessoas sejam ou façam o que é importante para elas, a qual consiste na capacidade intrínseca do indivíduo, no ambiente em que o indivíduo se insere e nas interações entre o indivíduo e o ambiente. A capacidade intrínseca é a combinação de todas as capacidades físicas e mentais que um indivíduo tem ao seu dispor.

Com base nestes dois conceitos, o mesmo relatório da OMS (2015) define Envelhecimento Saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da habilidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada, inspirando um novo foco para os cuidados de saúde.

A capacidade intrínseca é apenas um dos fatores que irá determinar o que uma pessoa mais velha pode fazer. O outro são os ambientes nos quais vivem e as suas interações neles estabelecidas. Esses ambientes fornecem uma gama de recursos ou barreiras, que decidirão se pessoas com um determinado nível de capacidade, podem fazer as coisas que consideram importantes (OMS, 2015).

O envelhecimento, os estilos de vida menos saudáveis e as influências ambientais negativas acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas e a redução das capacidades físicas e mentais das pessoas idosas, o que limita a sua independência, autonomia e participação social. Assim sendo, a DGS (2017) defende que a deteção precoce e o controlo adequado das doenças crónicas e do declínio físico e mental são essenciais para um melhor prognóstico, redução da prevalência de comorbidades e manutenção da capacidade funcional, com vista a um envelhecimento saudável.

Além disso, estima-se que mais de metade das mortes prematuras sejam provocadas por doenças crónicas. Nesse sentido, uma das metas do Plano Nacional de Saúde (PNS) da DGS, revisão e extensão 2020 (2015), visa reduzir a mortalidade prematura ( $\leq 70$  anos) para um valor inferior a 20%, através da redução da mortalidade referente a doenças não transmissíveis, nas quais se inclui a DM tipo 2, entre outras.

## 2.2 - DIABETES MELLITUS

A DM é um grave problema de saúde pública, tanto a nível nacional como mundial, sendo equiparada a uma pandemia. De acordo com a WHO (2020) é uma doença metabólica, crónica, hereditária ou adquirida, caracterizada por um estado crónico de hiperglicemia, que afeta vários sistemas orgânicos, em particular vasos sanguíneos e nervos, com consequências graves a longo prazo, que poderão ter importantes implicações na qualidade de vida (QV) da pessoa idosa. O conceito de QV é multifacetado, complexo e multidisciplinar e tem como objetivo melhorar as condições de vida social, psicológica e física (Rodrigues, et al., 2020).

Segundo o relatório anual da *International Diabetes Federation* (IDF, 2017), a prevalência global estimada da DM é de 8,8%, sendo que em 2045 estima-se que este número aumente para 9,9% da população mundial. Neste mesmo relatório, a prevalência da diabetes em Portugal em adultos entre os 20 e 79 anos era de 13,9% em 2017, ligeiramente superior ao descrito no relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes (OND, 2017), que estimava uma prevalência de 13,3% no ano de 2015. Em síntese, a taxa de prevalência da DM nos idosos tem vindo a aumentar progressivamente ao longo dos últimos anos.

Também o Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016), no inquérito nacional de saúde com exame físico (INSEF), analisou os dados epidemiológicos relativos à DM e concluiu que a prevalência da doença na população residente em Portugal com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, foi de 9,8%, tendo sido de 7,7% entre as mulheres e de 12,1% entre os homens. O mesmo estudo verificou ainda que a prevalência de Diabetes aumentou com a idade, observando-se a prevalência mais elevada para os indivíduos com idade entre os 65 e os 74 anos (23,8%). Relativamente ao nível de escolaridade, os dados do INSEF mostram que a prevalência da DM é mais elevada nos indivíduos sem escolaridade ou com o ensino básico (20,1%).

A diabetes é assim uma das patologias mais evidentes na população de idade avançada, especificamente nos indivíduos com mais de 65 anos. Este grupo etário tem maior taxa de mortalidade precoce, incapacidade funcional e doenças coexistentes nomeadamente pelas suas complicações como a hipertensão e acidente vascular cerebral que os indivíduos sem diabetes. Fatores como a hereditariedade, as alterações funcionais relacionadas com a idade, adoção de estilo de vida menos saudável, nível de conhecimento e valores culturais, hábitos alimentares inadequados e diminuição do exercício físico, contribuem para a progressão da doença e para a

incidência de complicações da doença.

Os idosos são mais propensos a ter co morbilidades, o que tem um impacto direto na gestão da diabetes e os subsequentes resultados na saúde, pelo que o tratamento e os cuidados de saúde que os idosos com DM precisam são diferentes dos indivíduos mais jovens.

Os critérios de diagnóstico de DM encontram-se definidos na Norma da DGS nº 002/2011 de 14/01/2011, com base nos seguintes parâmetros e valores para plasma venoso na população em geral:

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

De acordo com a mesma norma, a patologia é classificada em quatro tipos clínicos, etiologicamente distintos: Diabetes tipo 1 (insulinopenia absoluta); Diabetes tipo 2 (insulinopenia relativa, com maior ou menor grau de insulinoresistência); Diabetes gestacional (anomalia do metabolismo da glicose documentado, pela primeira vez, durante a gravidez); Outros tipos específicos de Diabetes (defeitos genéticos, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias diversas, induzida por químicos ou fármacos).

Sendo uma doença crónica, a DM não tem cura. Contudo existem medidas que possibilitam o seu controlo, o que significa ter níveis de açúcar no sangue dentro de certos limites, o mais próximos possível da normalidade. O método mais habitual para avaliar o estado de controlo da Diabetes é a determinação da HbA1c, através de uma análise sanguínea que fornece uma visão global de como está a compensação da doença nos últimos três meses (OND, 2017).

Enquanto que na Diabetes tipo 1 não se conhece a sua causa nem os meios de preveni-la, na Diabetes tipo 2 sabe-se que esta é em grande parte o resultado do excesso de peso corporal e da inatividade física. Assim, demonstrou-se que medidas simples de estilo de vida são eficazes na prevenção ou retardamento do início da DM tipo 2, tais como: manter um peso corporal saudável; ser fisicamente ativo (fazer pelo menos 30 minutos de atividade regular de intensidade moderada na maioria dos dias); fazer uma alimentação saudável, evitando açúcar e gorduras saturadas; e, evitar o uso de tabaco (WHO, 2020).

A prevenção e gestão da doença englobam medidas farmacológicas e não farmacológicas como realização de uma alimentação saudável, prática de exercício físico regular, controlo do peso, autovigilância e autocontrolo. Dada a associação da doença com a hipertensão arterial e o colesterol elevado, que podem agravar as suas complicações, o OND (2017) menciona que o controlo destes dois fatores de risco faz também parte integrante do controlo da DM.

A implementação de medidas não farmacológicas é imperativa para prevenir a doença e evitar as suas complicações, bem como a polimedicação, que está associada a efeitos adversos graves e a interações medicamentosas.

De acordo com a associação protetora dos diabéticos de Portugal (APDP) (2021) os principais objetivos da alimentação de uma pessoa com diabetes são: obter um bom controlo da

glicemia, colesterol, triglicéridos, pressão arterial e atingir e manter um peso saudável. Para ajudar a controlar estes fatores de risco, é recomendada a redução da ingestão de gordura e sal e o aumento da ingestão de fibra. Uma alimentação saudável e equilibrada deve ser variada e incluir as porções corretas de nutrientes, com base nas proporções indicadas na roda dos alimentos. É importante que a ingestão dos alimentos seja fracionada em pequenas refeições ao longo do dia, o recomendado são entre 5 a 7 refeições diárias. Incluir alimentos ricos em fibra é fundamental uma vez que esta permite diminuir a glicemia após as refeições, reduzir os níveis de colesterol, aumenta a saciedade e auxilia o bom funcionamento do intestino. As frutas e legumes também devem ser consumidos diariamente. O consumo de água é extremamente importante e, em média, todos devemos beber entre 1,5 litros a 2 litros de água por dia. De referir que a diabetes e os cuidados alimentares não devem pôr em causa a vida social da pessoa e a solução para controlar a diabetes não passa de modo nenhum por evitar ocasiões especiais. Uma estratégia muito útil passa por reduzir ou eliminar os outros hidratos de carbono da refeição para incluir o doce.

Quanto à prática de exercício físico regular, a APDP (2021) menciona que, é também uma forma eficaz de prevenir complicações da DM, uma vez que ajuda a controlar os níveis de glicemia ao estimular a produção de insulina e facilitar o seu transporte para as células. Cada pessoa pode optar por vários tipos de exercícios consoante a sua idade, gosto e condição física. Um bom exemplo é a realização de caminhadas diárias de 30 minutos em piso plano e regular, e gradualmente ir aumentando o tempo e a intensidade. Se for feito com regularidade, o exercício físico também contribui para reduzir a gordura visceral, e desta forma para diminuir a insulino resistência.

A implementação destas medidas altamente recomendadas para a prevenção e tratamento da diabetes depende em muito do compromisso diário da pessoa com a sua situação de saúde, da sua motivação para as práticas de autogestão e do apoio dos profissionais de saúde. A pessoa com DM deve ser considerada o elemento central da equipa no tratamento da sua doença, devendo para tal ser treinada e capacitada pela equipa de saúde.

No que respeita ao tratamento farmacológico este encontra-se definido na norma da DGS n.º 052/2011 de 27/12/2011, a qual estabelece qual a abordagem terapêutica farmacológica na DM tipo 2 no adulto. De salientar que a norma alerta para a importância deste tipo de tratamento ser precedido e/ou acompanhado pela prescrição de implementação de medidas tendentes à correção dos estilos de vida.

Ao longo do tempo, uma Diabetes não controlada e a conseqüente persistência de um nível elevado de glicose no sangue, tem um grande impacto na saúde da pessoa, acarretando complicações em diversos órgãos. Segundo dados do OND (2017), em praticamente todos os países desenvolvidos, a DM é a principal causa de cegueira, insuficiência renal e amputação de membros inferiores além de que constitui, atualmente, uma das principais causas de morte, principalmente por implicar um risco significativamente aumentado de doença coronária e de acidente vascular cerebral. Além do sofrimento humano que as complicações relacionadas com a doença causam nas pessoas idosas com Diabetes e nos seus familiares, os seus custos económicos são enormes.

De forma a contribuir para a PrS, levando à obtenção de ganhos em saúde, é necessário intervir de forma sistémica, sistemática e integrada. Assim, no sentido de reforçar a dinâmica de resposta aos principais problemas de saúde da população portuguesa, nos quais se engloba a DM, a DGS (2017) elaborou vários programas de saúde prioritários, nomeadamente o programa nacional para a diabetes. Nesse programa são estipuladas metas de saúde a 2020, objetivos específicos a alcançar com a implementação do programa e como realizar a monitorização dessas metas. O programa define estratégias que assentam na prevenção primária da diabetes, através da redução dos fatores de risco conhecidos, incidindo, sobretudo, nos fatores de risco vulneráveis da etiologia da doença; na prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e do seu tratamento adequado de acordo com o princípio da equidade, e na prevenção terciária, através da reabilitação e reinserção social dos doentes e na qualidade da prestação dos cuidados à pessoa com diabetes.

Outros programas também lançados pela DGS (2017), que se cruzam e que vêm complementar o programa da DM, são o programa nacional para a promoção da atividade física e o programa nacional para a promoção da alimentação saudável, onde são definidas orientações específicas destas duas áreas fundamentais na prevenção e controlo da DM.

A literatura evidencia o contributo dos enfermeiros na promoção da LS, na manutenção da QV da pessoa com DM e na prevenção de complicações, através do acompanhamento e desenvolvimento de estratégias educacionais que auxiliem a pessoa idosa com DM e sua família ou cuidadores, a promover uma melhor gestão e adaptação ao regime terapêutico (Dias, 2019). A adesão ao regime terapêutico possui extrema relevância nas pessoas portadoras de doenças crónicas, sendo a chave para o sucesso na prevenção e gestão dessas doenças.

Para Santos (2011) existe adesão quando o comportamento de uma pessoa, na toma de medicação, no cumprimento de uma dieta, e/ou nas mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde. O mesmo autor considera que existem vários fatores que exercem influência neste processo: características biológicas e socioculturais; representações da doença e do tratamento; relação profissional de saúde-pessoa doente; participação familiar; e acesso ao sistema de saúde.

O papel determinante dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) tem sido reconhecido, com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos, no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica. Neste sentido, Pereira (2017) defende que é necessário que a enfermagem capacite as pessoas idosas e seus cuidadores, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, podendo ainda desenvolver atributos inerentes ao *empowerment*, num processo contínuo e numa relação de confiança.

A PrS é entendida como um processo muito mais amplo, que engloba a comunidade e saúde da população, saúde pública, CSP, política de saúde e equidade social, mas que pode conter elementos de EpS (Pereira, 2017). Ainda segundo a mesma autora, a PrS pode ser encarada na perspetiva de um conceito amplo, que engloba atividades de EpS, e poderá ser usada sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de obterem e manterem práticas de vida saudáveis. A PrS consiste, fundamentalmente, na combinação de apoios educativos e ambientais a ações e condições de vida que conduzem à saúde e influenciam os fatores

determinantes desta tendo por objetivo permitir ao indivíduo adquirir maior domínio sobre os fatores determinantes da sua própria saúde (Arriaga, 2019).

A enfermagem comunitária constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados na PrS à pessoa, à família e à comunidade, sendo o alicerce da estrutura dos cuidados da Enfermagem. No que se refere à DM a consciencialização, controlo e tratamento podem levar a uma melhoria da QV da pessoa bem como a uma redução dos custos no setor da saúde. Tais premissas colocam o EEECSPP como agente privilegiado de mudança visto que detêm a oportunidade de conhecer as pessoas idosas e os seus estilos de vida, durante o estabelecimento da relação terapêutica que intervém no sentido da PrS e na promoção da LS da pessoa idosa com DM, proporcionando conhecimento e *empowerment*, através de estratégias como a LS, a capacitação, relação de ajuda, promoção da adesão e EpS.

### 2.3 - LITERACIA EM SAÚDE

A WHO (1998) define LS como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde” (p. 10). Esta implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a conceber juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e PrS, mantendo ou melhorando a sua QV durante todo o ciclo de vida. É considerada uma componente chave da aprendizagem ao longo da vida, que permite às pessoas tomarem decisões fundamentadas por via do conhecimento e como um dos recursos que desempenha um papel relevante no incremento da resiliência, QV e bem-estar individual (WHO, 2013).

Existe um elo muito forte entre literacia, educação e saúde. A saúde e a aprendizagem estão intimamente relacionadas e a interação entre elas é clara em todas as idades, desde a infância à velhice. A evidência científica nas áreas da saúde e da educação consideram a LS como um trajeto que liga a educação a resultados na saúde (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2017).

Dizem Amendoeira et al. (2018) que podem, ainda, “existir défices cognitivos ou estados emocionais que interfiram com o acesso e compreensão da informação disponível, ou discrepâncias entre as crenças culturais e o conhecimento científico atual” (p. 82).

Costa, Saboga-Nunes e Costa (2016) referem que a LS, constitui-se como uma ferramenta fundamental no âmbito da PrS, entendida esta como “o processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os fatores determinantes da saúde (estilos de vida individuais, redes sociais comunitárias e condições socioeconómicas, culturais e ambientes gerais), no sentido de melhorá-la” (p.38).

A LS, sendo um recurso fundamental no aumento da resiliência e bem-estar individual, entendido como a consequência do acesso da pessoa a informações de saúde, contribui para a adoção de estilos de vida promotores de saúde (Saboga-Nunes, Sorensen & Pelikan, 2014; Costa,

2019). A busca da informação sobre saúde e cuidados de saúde, pode ser entendida pela pessoa como o desenvolvimento das suas capacidades de compreensão da informação, influenciando a avaliação das atitudes relativamente à saúde. Esta avaliação, determina-se pela capacidade de gestão e mobilização do conhecimento adquirido sobre a sua saúde, nas atitudes de vida diária, mediante o investimento que a pessoa faz, na estruturação das suas opções de vida (Saboga-Nunes et al., 2014; Costa, 2019).

Uma inadequada LS tem várias implicações na receção de cuidados, pois as pessoas idosas, necessitam de saber ler rótulos de medicamentos, compreender intervenções educativas de autocuidado, entre outros.

Num estudo de investigação realizado por Costa et al. (2016) em que foi avaliado o nível de LS de uma amostra portuguesa, os resultados obtidos mostraram uma prevalência de 60% de LS limitada, o que corresponde à soma dos níveis “problemática” e “inadequada” em pessoas com 65 ou mais anos, apresentando Portugal o segundo nível mais baixo comparativamente aos oito países incluídos num outro estudo idêntico, a nível europeu. Além disso, os mesmos autores mencionam que pessoas com baixo nível de literacia e com doenças crónicas são menos capazes de cuidar de si, fazendo mais uso dos serviços de saúde. Estes resultados mostram claramente o potencial para aumentar o investimento na LS.

Arriaga (2019) acrescenta que vários estudos desenvolvidos ao longo dos anos revelam que populações com níveis mais elevados de LS evidenciam um conjunto de indicadores positivos, como: melhor utilização dos serviços de saúde, participação ativa e informada nos cuidados de saúde, diminuição dos gastos com a saúde, redução das desigualdades em saúde e melhores resultados de saúde, assim como o aumento do bem-estar.

Na 7ª Conferência Global de PrS, no Nairobi, em 2009 (*Nairobi Call To Action*), evidenciou-se o chamamento para o *empowerment* da comunidade através da LS. Para que uma pessoa adote comportamentos saudáveis, é necessário ter bases de LS, neste caso, sobre como auto gerir a sua situação de doença. Só depois de possuir a informação, é que a pessoa idosa decide com conhecimento, que mudanças implementa, baseadas nas suas necessidades.

O *empowerment* pode ser definido, de acordo com Pereira (2017), como um processo pelo qual as pessoas e comunidades ganham mestria sobre os seus assuntos, com a capacitação da comunidade no contexto de mudança do seu ambiente social e político para melhorar a equidade e a qualidade de vida. Segundo a mesma autora, é um conceito amplo que move indivíduos e grupos na tomada de consciência para o alcance dos seus objetivos. A mesma autora refere ainda que é através do *empowerment* que é possível capacitar as pessoas para aprenderem através da vida, constituindo-se o mesmo, como uma das bases teóricas mais importantes para a saúde, sendo o eixo central da PrS. O *empowerment* assume-se não como um fim, mas como um meio, sendo a sua principal vantagem: as pessoas adquirirem conhecimentos e capacidades discursivas, cognitivas e procedimentais, que lhes proporcionem poder de intervenção, permitindo aos que nele participam a criação de hábitos de vida mais saudáveis.

Neste contexto, é fundamental que os profissionais de saúde possuam uma boa compreensão das estratégias a seguir para uma intervenção positiva, gestora saudável do *stress*

do cidadão. Arriaga (2019) defende que os profissionais de saúde desempenham um papel central como promotores e ativadores da LS, nos seus diferentes contextos de intervenção e interação: profissional de saúde - pessoa e profissional de saúde - população. Para tal, estes devem adotar um conjunto de medidas e procedimentos, a adequar por parte dos profissionais, que se pode constituir como boa prática na sua intervenção, tais como: simplificar a comunicação e confirmar a compreensão, adequar as medidas que permitam tornar a navegabilidade no Serviço Nacional de Saúde (SNS) clara e de fácil compreensão, e apoiar os esforços das pessoas na adoção de um estilo de vida saudável.

Também o PNS revisão e extensão 2020 tem um eixo estratégico dedicado à “Cidadania em Saúde” com o objetivo principal de avaliar regularmente as necessidades das pessoas, capacitando-as para assumirem a responsabilidade de lutar pela sua saúde e a de quem deles depende. Para tal a LS assume um pilar fulcral permitindo à pessoa estar informada, compreendendo e interiorizando o conhecimento transmitido, traduzindo-se na adoção de comportamentos saudáveis e gestão eficaz da sua doença (DGS, 2015). Assim, o documento propõe “A realização de ações de promoção da literacia que foquem medidas de PrS e prevenção da doença, nomeadamente nas áreas da vacinação, rastreios, utilização dos serviços e fatores de risco” assim como “O desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença.” (DGS, 2015, p. 14).

Mais recentemente, dando continuidade ao compromisso da otimização da LS da população portuguesa e, tendo em conta as necessidades específicas existentes, a DGS desenvolveu um plano de ação para a LS 2019-2021, com base nas melhores práticas internacionais para a implementação de objetivos promotores de LS, procurando potenciar e criar, desta forma, mais e novas oportunidades de ativação de comportamentos saudáveis na população portuguesa (DGS, 2018). Esse plano define como prioridades e objetivos, através do cumprimento de um conjunto alargado de medidas e metas que visam o aumento sustentado dos níveis de LS, a adoção de estilos de vida saudável, a capacitação para a utilização adequada do sistema de saúde, a promoção do bem-estar na doença crónica e a promoção do conhecimento e da investigação.

Uma das ferramentas que foi criada pela DGS com o intuito de incrementar a LS, por meio da modernização do SNS, é a plataforma on-line “SNS + *Proximidade*”, visando uma melhor comunicação, informação e ativação. Através da utilização de recursos digitais, recorrendo à inovação técnica e tecnológica, estes visam a promoção de uma boa prática profissional baseada em evidências e o investimento na promoção da LS das pessoas. São exemplo o repositório de referência digital “*Biblioteca de literacia em saúde*” que inclui uma coleção de livros digitais, ou a plataforma “*O Diário da minha saúde*” que é um instrumento que permite a cada pessoa personalizar a sua informação de saúde, no sentido de entender melhor o que influencia a sua saúde para poder melhorá-la e também para utilizar mais eficazmente os serviços de saúde (Costa et al., 2019).

No que às doenças crónicas não transmissíveis diz respeito, Arriaga (2019) admite que é conhecido o impacto da intervenção da LS no âmbito da melhoria dos indicadores destas doenças, o que indica que a transversalidade das intervenções e a antecipação dos períodos críticos surgem como condições centrais na capacitação das pessoas para a gestão e controlo da sua saúde. A LS

desempenha um papel crucial capacitando as pessoas para gerirem a sua condição clínica de forma autónoma e independente (WHO, 2013).

Face ao exposto é possível depreender que a Enfermagem tem como foco de interesse a pessoa que vive experiências de saúde, em interação contínua com o ambiente que a rodeia. Releva-se a importância de uma relação terapêutica como um processo continuado de manutenção da saúde, como um estado de bem-estar, o que vai ao encontro da perspetiva de Neuman (1995), na medida em que cada cliente é um sistema aberto, total e multidimensional em interação com o ambiente que o rodeia. Neste caso, são os enfermeiros, os agentes de parceria e de mudança junto das pessoas com DM e seus cuidadores. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 2015), define a Enfermagem como a profissão que, na área da saúde, “tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (p. 99).

Também o Regulamento de Competências Específicas do EEESCSP (Regulamento nº 428/2018) determina no seu artigo 2º, nº1, alínea b) que, no âmbito das suas competências específicas que o enfermeiro especialista nessa área “contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (Diário da República, 2018, p. 19354). Este tem grande responsabilidade na promoção e educação para a saúde (EpS) com os idosos e cuidadores para a obtenção de conhecimentos e aptidões para cuidar de si mesmo e dos outros. Os enfermeiros intervêm no sentido da PrS, com uma ação educativa, sistemática e integradora ao longo do processo de adaptação do cuidador/família, proporcionando conhecimento e *empowerment*, para incentivar respostas saudáveis às mudanças (Calado, et al., 2020).

## 2.4 - MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN

De facto, a promoção da LS junto das pessoas, das comunidades, e das organizações, constitui-se como uma importante oportunidade e desafio da Saúde Pública. Capacitar o cidadão para lidar com os *stressores* é uma preocupação emergente e que tem orientado as políticas de saúde (WHO, 1997). A forma como as pessoas reagem a esses agentes de *stress* é um fator decisivo para a sua saúde. Assim, a prevenção das reações adversas de natureza física e mental, resultantes do *stress* causado pelos acontecimentos de vida, representa um passo importante na humanização e qualidade dos serviços de saúde portugueses (Saboga-Nunes, 2000).

Tendo como objetivo a LS da pessoa idosa com DM, elegeram-se como referencial teórico o Modelo de Sistemas de Neuman (1995) que se baseia na teoria dos sistemas, em que o sistema está em constante mudança e em interação recíproca com o ambiente. O cliente é um sistema aberto, que está em constante transformação. Qualquer necessidade pode perturbar a harmonia ou estabilidade do cliente, por isso, o processo de adaptação é dinâmico e contínuo. Toda a vida do sistema é caracterizada por este efeito recíproco, contínuo de equilíbrio e desequilíbrio.

Este modelo é um modelo holístico, que se adapta a todos os contextos de cuidados, cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, pode ser aplicado ao indivíduo, à família, ao grupo e à comunidade, e aumenta a colaboração interdisciplinar. O enfermeiro, ao utilizar um modelo holístico, faz o “estudo sistémico das características abstratas do cliente, da família e da comunidade, através da análise precisa e global, das relações de espaço e tempo das quais estas características dependem” (Neuman, 1995, p. 10). Os três eixos que compõem o sistema no seu todo são: o ser humano, os *stressores* e a resposta da pessoa aos mesmos. Enquanto modelo holístico com uma visão multidimensional e de totalidade da pessoa, vê esta como um cliente/sistema em permanente equilíbrio dinâmico com o ambiente no sentido da estabilidade (Neuman, 1995), no qual a saúde de cada um é um estado de bem-estar e a intervenção de enfermagem visa a interação cliente/ambiente adotando estratégias que se focam na redução dos possíveis *stressores* e em simultaneidade fortalecem as linhas de defesa do sistema cliente. O modelo apresenta uma estrutura básica de energia, a linha flexível de defesa, a linha normal de defesa, a linha de resistência, que funcionam como uma barreira aos fatores de stress (intra, inter ou extrapessoais) e a prevenção como intervenção de enfermagem. No sentido deste fortalecimento é necessário que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, tendo em conta as respostas do cliente ao *stress*.

Vendo a pessoa como o núcleo do sistema e como um ser multidimensional e total com variáveis interrelacionadas e tendo uma conceção positiva de saúde, é possível enquadrar os modelos socio ecológicos e mobilizá-los na prática da LS, como por exemplo o modelo bioecológico de Bronfenbrenner & Morris (2006) conjugando os elementos multidirecionais inter-relacionados: processo, pessoa, contexto e tempo, que se constituem como promotores de desenvolvimento.



### 3 - PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia adotada na concretização deste projeto de intervenção foi a do planeamento em saúde, de forma a garantir a eficiência da intervenção. Esta, é entendida como a racionalização na utilização dos recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993). Para Tavares (1990), o planeamento em saúde visa selecionar, entre várias alternativas, um percurso de ação.

De acordo com Melo (2020) este é um processo que é contínuo, cíclico e dinâmico, o qual integra três grandes etapas: a elaboração do plano, a execução e a avaliação. A elaboração do plano é a etapa com maior número de fases, designadamente: o diagnóstico de situação, definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas/projetos e a preparação da execução.

A elaboração deste projeto de intervenção teve em consideração todas estas etapas, as quais se descrevem seguidamente. Na sua fase inicial foi elaborado o projeto de estágio (Anexo I), em que foram delineadas algumas destas fases do planeamento, sendo que houve posteriormente necessidade de proceder a alterações, as quais são devidamente justificadas ao longo deste relatório.

#### 3.1 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Tal como refere Melo (2020) o diagnóstico de situação é o primeiro caminho para as etapas seguintes, em que são identificados os problemas de saúde da população em estudo e determinadas as suas necessidades que terão depois intervenção. Segundo Tavares (1990), um problema de saúde corresponde a um estado de saúde julgado deficiente, enquanto que a necessidade exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir, representando a diferença entre o que existe e o que é desejável em termos de estado de saúde. O diagnóstico de situação deve terminar com uma lista de problemas, sendo então, o ponto a partir do qual será medido o avanço alcançado com as atividades a desenvolver (Imperatori & Giraldes, 1993).

Este projeto teve como ponto de partida um diagnóstico de situação elaborado recentemente, no ano de 2019, aos idosos com 65 ou mais anos do Br. SC, o qual permitiu identificar vários diagnósticos de enfermagem comunitária (Anexo II), sendo que nem todos tinham sido alvo

de uma intervenção. Assim, em conjunto com a enfermeira coordenadora da UCCAS, a enf.<sup>a</sup> cooperante e a prof.<sup>a</sup> orientadora, considerou-se pertinente a intervenção numa dessas áreas identificadas como problemáticas no Br. SC.

Contudo, e para uma melhor validação atual dessas mesmas necessidades foram realizadas entrevistas semiestruturadas a três informantes-chave: dois enfermeiros que participaram na elaboração desse diagnóstico de situação e após o qual implementaram dois projetos de intervenção no bairro, e a enfermeira coordenadora da UCCAS enquanto elemento que acompanhou o desenvolvimento desses projetos. Para tal foram elaborados dois guiões de entrevista (Anexo III). As entrevistas foram realizadas no dia 28 de julho de 2020, após obtenção do consentimento informado dos entrevistados para a sua colaboração bem como áudio-gravação das mesmas. Após a sua transcrição, foi feita a análise das entrevistas segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2008) (Anexo IV).

De salientar das entrevistas que, de facto, esta é uma população com noção de que tem problemas físicos, mas o mais difícil é levar a uma mudança de atitudes e de comportamentos. Contudo os informantes-chave admitem já existirem alguns hábitos de participação nalgumas atividades implementadas. Além disso, foi mencionado que os próprios idosos reconhecem a importância do desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária ao verbalizarem que participar nos projetos era muito bom para si próprios porque saíam de casa, conviviam, falavam, além de que obtinham ganhos em saúde.

Através da análise de ambos documentos foram identificados vários problemas, sendo que todos os que foram identificados nas entrevistas também tinham sido identificados no diagnóstico de situação, para além de outros.

Nas entrevistas realizadas aos informantes-chave, a subcategoria Saúde Social, em que era destacado o problema da solidão dos idosos foi a que obteve mais unidades de registo. Contudo, esta temática já tinha sido alvo de um projeto de intervenção comunitária, apesar de não ter tido continuidade. A subcategoria Saúde Física, onde está englobada a Diabetes, foi a segunda com mais unidades de registo correspondendo também a uma necessidade identificada aquando do diagnóstico de situação. De acordo com os dados deste, a Diabetes estava presente em 51,5% da amostra, e quando questionados se a patologia afetava a sua vida diária, 30,3% dos idosos referiu que interferia muito nas suas atividades.

Melo (2020), menciona que o estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem de saúde comunitária exige a identificação do entrecruzamento entre as necessidades sentidas pela comunidade, que por ela são expressas, e a necessidades reais de saúde da população em cuidados de enfermagem. Assim, e após esta análise, considerou-se pertinente validar esta necessidade junto da população, no sentido de que o projeto a desenvolver fosse um real contributo para a comunidade a que se destinava contribuindo para a promoção da capacitação comunitária além de constituir um contributo para o local de estágio.

Para tal, optou-se pela aplicação do Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD) à população idosa do Br SC, após ter sido obtida autorização dos autores (Anexo V). Realizou-se igualmente um pedido de autorização à Comissão de Ética da Unidade de Investigação do Instituto

Politécnico de Santarém, de forma a se obter permissão para realização do estudo, tendo sido deferido (Anexo VI).

Uma vez que já existia uma parceria da UCCAS com a CML na implementação do projeto “*Viver Melhor no Saka*”, em que uma das atividades desenvolvidas é dirigida aos idosos do bairro, após reunião com a representante do referido projeto, foi agendada uma sessão em que foi aplicado aos idosos um questionário sociodemográfico assim como o QCD, após obtenção do consentimento livre e esclarecido (Anexo VII). Nesse mesmo encontro foi realizada uma sessão de EpS dirigida aos idosos relativa à prevenção da COVID-19.

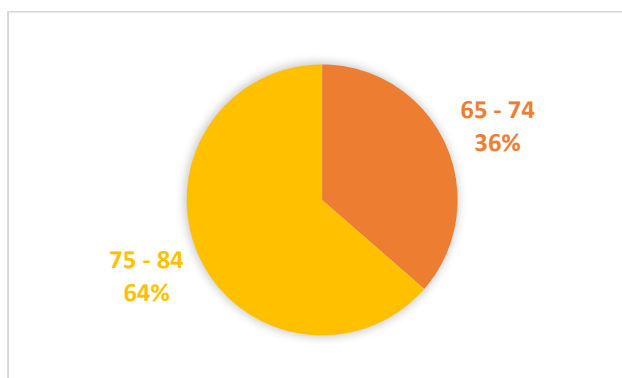
O QCD é um instrumento de avaliação de conhecimentos acerca da DM e seu tratamento, que foi construído para a população portuguesa, tendo em conta o seu nível de literacia bem como as suas crenças sobre a doença. De acordo com os autores da escala, Sousa et al. (2015), a avaliação dos conhecimentos da pessoa acerca da sua doença e tratamento é um passo importante na identificação das suas crenças e recursos, possibilitando um plano de tratamento personalizado e eficaz. O QCD é constituído por 20 itens agrupados em 3 dimensões: a primeira engloba 10 afirmações direcionadas ao tratamento, controlo e complicações da doença; a segunda é composta por 5 afirmações relativas às causas da DM; e, a terceira dimensão abrange 5 afirmações respeitantes à duração da doença. Os itens do QCD apresentam um formato com 3 opções de resposta: verdadeiro (V), falso (F) e «não sei» (NS). O total das respostas corretas (soma das respostas V e F corretas) constitui uma medida dos conhecimentos sobre a doença e tratamento. A análise das respostas por domínio em termos de respostas incorretas e «não sei», permite identificar áreas de desconhecimento acerca da doença e tratamento.

Dos onze participantes nesta sessão, todos preencheram o questionário. Alguns dos idosos preencheram-no autonomamente sendo que outros tiveram necessidade de auxílio por não saberem ler nem escrever. Nesse caso, foi feita a leitura individual do questionário sem qualquer alteração das frases e/ou conteúdo e explicadas quais as opções de resposta. Todos os questionários foram considerados válidos.

Seguidamente apresentam-se alguns dos dados colhidos na aplicação do questionário.

Relativamente aos dados sociodemográficos, observou-se que a idade dos participantes se situava entre os 65 e os 84 anos de idade, sendo que a maioria (63,6%) tinha idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos (Gráfico 1).

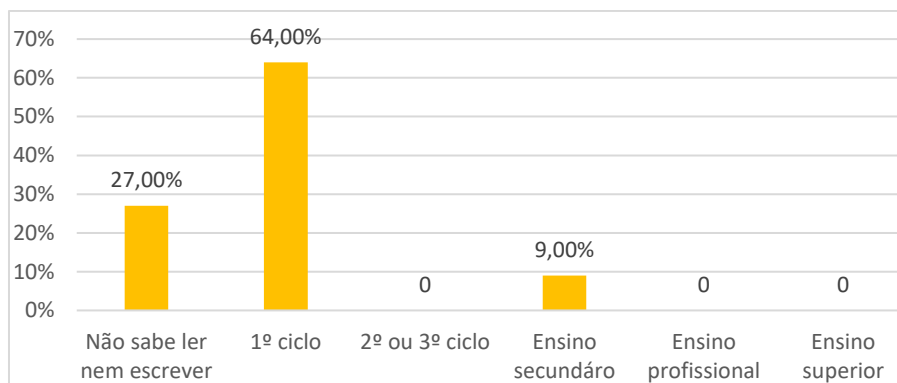
**Gráfico 1** – Distribuição dos idosos por grupo etário



Eram todos do género feminino à exceção de um. A maioria (72,7%) eram casados ou em união de facto, coabitando com o cônjuge ou companheiro.

Quanto ao grau de escolaridade 63,6% possuíam o 1º ciclo do ensino básico, sendo que três dos idosos (27,3%) não sabiam ler nem escrever (Gráfico 2).

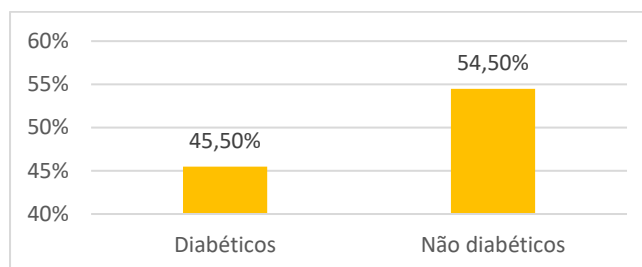
**Gráfico 2 – Distribuição dos idosos por grau de escolaridade**



No que respeita à situação laboral 90,9% dos participantes eram reformados ou pensionistas.

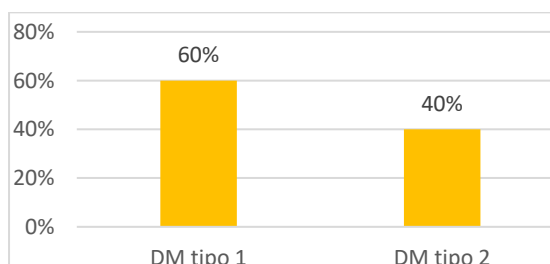
Do total da amostra, apenas 5 pessoas (45,5%) disseram ser diabéticas (Gráfico 3).

**Gráfico 3 – Distribuição dos idosos pela patologia da DM**



Dos que referiram ser diabéticos, a maioria (80%) tinha a doença diagnosticada há 5 ou mais anos, sendo que apenas dois idosos referiram ter conhecimento de ter história familiar de diabetes (pais ou irmãos). Quanto ao tipo da sua diabetes, três pessoas referiram ter DM tipo 1 e duas DM tipo 2 (Gráfico 4).

**Gráfico 4 – Distribuição dos idosos quanto à classificação da DM**

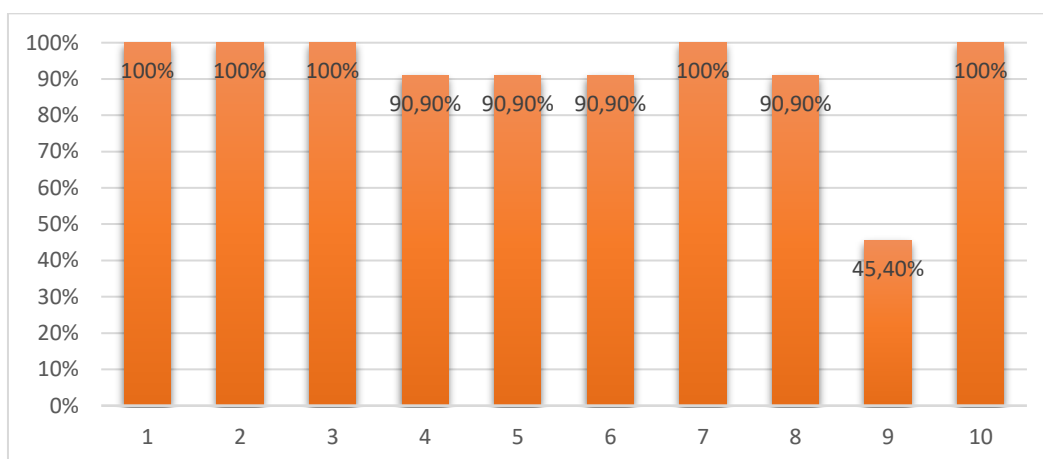


Contudo, quando questionados acerca do tipo de terapêutica instituída no controlo da sua DM, todos eles mencionaram tomar apenas comprimidos. Daí se depreende que têm falta de conhecimentos relativos à sua doença no que à sua classificação diz respeito. Por fim, relativamente ao seguimento em consulta médica e/ou de enfermagem de diabetes todos eles confirmaram serem acompanhados nesta consulta regularmente.

Os resultados obtidos pelo preenchimento do QCD encontram-se no Anexo VIII.

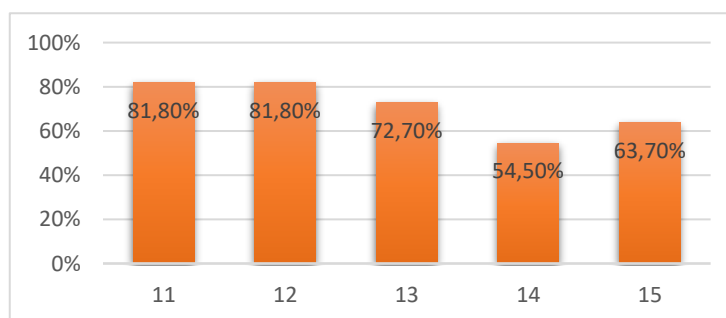
A primeira dimensão - tratamento, controlo e complicações - engloba dez itens de resposta. Destes, em cinco houve 100% de respostas certas. Noutros quatro itens, verificou-se uma percentagem de 90,9% de respostas certas, isto é, todos acertaram à exceção de uma pessoa que respondeu NS. Na afirmação número nove, que questiona se “Para a doença não piorar, os valores de açúcar no sangue devem estar muito baixos”, 36,4% responderam de forma incorreta e duas pessoas (18,2%) admitiram não saber (Gráfico 5).

**Gráfico 5 – Percentagem de respostas corretas na primeira dimensão do QCD**



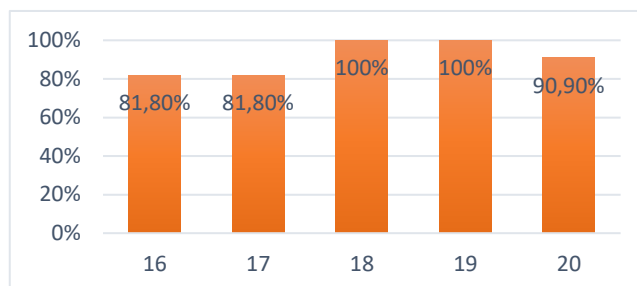
Quanto à segunda dimensão, que corresponde a cinco afirmações relacionadas com a duração da DM, em todas elas se verificou uma percentagem de respostas incorretas de 18,2%, sendo que nalgumas questões a esta percentagem se acrescenta a que corresponde à resposta “não sei”, que foi no máximo de 27,3% (Gráfico 6).

**Gráfico 6 – Percentagem de respostas corretas na segunda dimensão do QCD**



Em relação à última dimensão, que é composta por mais cinco afirmações referentes à causa da DM, em duas delas houve uma percentagem de respostas certas de 100%. Contudo, na afirmação “A diabetes pode ser causada por fazer uma alimentação pouco saudável” duas pessoas (18,2%) responderam de forma incorreta. Na afirmação “A diabetes pode ser causada por ter pouca atividade física” também duas pessoas (18,2%) responderam não saber. Na última questão uma pessoa (9,1%) admitiu ter dúvidas na resposta (Gráfico 7).

**Gráfico 7 – Percentagem de respostas corretas na terceira dimensão do QCD**



Assim, perante as lacunas identificadas ao nível dos conhecimentos relativos à DM e seu tratamento através da análise dos dados colhidos pelo QCD, foram definidos quatro diagnósticos de enfermagem, constituindo-se este o diagnóstico de situação.

1 - Conhecimento não demonstrado sobre o regime dietético nos idosos com 65 ou mais anos de idade do Br. SC.

2 - Conhecimento não demonstrado sobre o regime medicamentoso nos idosos com 65 ou mais anos de idade do Br. SC.

3 – Conhecimento não demonstrado sobre o regime de exercício nos idosos com 65 ou mais anos de idade do Br. SC.

4 - Conhecimento não demonstrado sobre o processo patológico nos idosos com 65 ou mais anos de idade do Br. SC.

### 3.2 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Tal como refere Melo (2020), após a definição dos problemas de saúde é crucial selecionar quais deverão ser solucionados em primeiro lugar, de forma a permitir uma boa gestão dos escassos recursos para responder às necessidades da comunidade.

Apesar do défice de conhecimentos identificado, é de notar que as percentagens de respostas corretas ao QCD foram bastante elevadas, depreendendo-se por isso que esta população já tem alguns conhecimentos relativamente à DM, o que se considera estar relacionado em grande parte com a intervenção que tem vindo a ser desenvolvido pela UCCAS com estes idosos.

Contudo, concluiu-se ser prioritário continuar a intervir nesta área temática no sentido de promover a capacitação destes idosos com vista à obtenção de ganhos em saúde. Assim, e após análise dos diagnósticos estabelecidos, discussão e validação com a Enf.<sup>a</sup> cooperante e com a Prof.<sup>a</sup> orientadora, considerou-se possível e pertinente atuar em todos eles.

Após esta etapa é fundamental proceder a uma adequada definição de objetivos pois é através desta que é possível definir as estratégias de intervenção, passando-se a identificar, a partir do estado atual da comunidade, o estado que se pretende alcançar (Melo, 2020). Imperatori e Giraldes (1993) definem esta fase como a elaboração do enunciado do resultado desejável em relação aos problemas definidos como prioritários, alterando a tendência da sua evolução. De acordo com Tavares (1990), os objetivos deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, fornecendo a possibilidade de uma correta avaliação posterior.

Deste modo, após a identificação clara do foco de atenção do projeto e dos diagnósticos de enfermagem a ele associados relativos à comunidade em questão, definiu-se como **objetivo geral** do projeto: promover a literacia em saúde na prevenção da Diabetes e suas complicações nos idosos com 65 ou mais anos, residentes no Br. SC.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993) há necessidade de transpor o objetivo geral em objetivos operacionais, uma vez que a capacidade de os alcançar revela a capacidade de atingir o objetivo principal.

Assim, enquanto **objetivos específicos** estabeleceram-se os seguintes:

- Instruir para a problemática da Diabetes e necessidade de vigilância de saúde;
- Capacitar para identificação de fatores de risco da Diabetes;
- Instruir para as complicações inerentes à Diabetes;
- Aconselhar para a importância da prática de exercício físico;
- Aconselhar para a adoção de alimentação saudável;
- Instruir para a importância da adesão ao regime terapêutico farmacológico;
- Educar sobre a autovigilância do risco de Diabetes.

Após a definição dos objetivos importa estabelecer metas a alcançar com a execução do projeto. Para Imperatori e Giraldes (1993) meta é um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades. Deste modo, estabeleceram-se as seguintes **metas**:

1. Atingir uma proporção de idosos com conhecimento demonstrado sobre o processo patológico da DM de 80%, até ao dia 05 de novembro de 2020;
2. Atingir uma proporção de idosos com conhecimento demonstrado sobre o regime de exercício de 80%, até ao dia 05 de novembro de 2020;
3. Atingir uma proporção de idosos com conhecimento demonstrado sobre o regime dietético de 80%, até ao dia 05 de novembro de 2020;
4. Atingir uma proporção de idosos com conhecimento demonstrado sobre o regime medicamentoso de 80%, até ao dia 05 de novembro de 2020.

Tal como refere Melo (2020), nesta fase da construção do projeto importa ainda aferir quais os indicadores na avaliação dos cuidados de saúde (processo, resultado e estrutura) que se espera

avaliar. No subcapítulo da avaliação encontram-se os indicadores definidos para o projeto bem como os resultados alcançados.

### 3.3 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Este é considerado por Melo (2020) um passo fulcral para o sucesso de um projeto de intervenção comunitária. Imperatori e Giraldes (1993) definem a seleção de estratégias como a escolha de um conjunto coerente de técnicas específicas, de gestão ou operacionais, organizadas com o fim de definir o processo mais adequado para alcançar os objetivos fixados e assim reduzir os problemas de saúde prioritários.

De forma a selecionar a melhor estratégia de intervenção dirigida a esta comunidade foram tidas em conta as características da população-alvo, bem como o modelo de enfermagem escolhido como base para a intervenção. Além disso, procedeu-se à procura da melhor evidência científica com recurso à realização de uma *scoping review* no sentido de orientar o desenvolvimento deste projeto de intervenção de forma científica, com a metodologia mais adequada e eficaz, através da prática de enfermagem baseada na evidência.

A WHO (2003), no relatório sobre adesão a terapias de longo prazo, menciona que a adesão às terapias é o principal determinante do sucesso do tratamento e que para promover essa adesão podem, entre outras, ser utilizadas estratégias de EpS em grupo. Refere ainda que, na prestação de cuidados a pessoas com doença crónica, a comunidade desempenha um papel ativo, nomeadamente o apoio recebido por outros doentes membros da comunidade que foi relatado como um fator importante que afeta os resultados e comportamentos de saúde.

Deste modo, e de acordo também com os achados da *scoping review*, considerou-se o desenvolvimento de várias ações de EpS em grupo, a estratégia mais adequada no sentido de capacitar a pessoa para uma tomada de decisão em seu próprio benefício. A EpS é definida pela combinação de experiências de aprendizagem criadas para ajudar os indivíduos e comunidades a melhorar a sua saúde através do aumento dos seus conhecimentos ou da influência das suas atitudes (WHO, 2003). Os temas selecionados para abordar nessas sessões foram definidos através dos diagnósticos de enfermagem elaborados e nos quais este projeto procurava intervir. Assim, os temas foram relativos ao conhecimento sobre a doença, ao tratamento farmacológico e não-farmacológico e à importância da adesão ao regime terapêutico, quer para a prevenção quer para o controlo da doença.

### 3.3.1 - *Scoping Review*

A autonomia da profissão de enfermagem e o aumento de conhecimentos evolui de acordo com o avanço da investigação em enfermagem. O conhecimento, fruto da investigação em enfermagem, permite o desenvolvimento da prática baseada na evidência levando a melhorar a qualidade da prestação de cuidados e contribuindo para ganhos em saúde. A prática baseada na evidência pressupõe a utilização consciente, explícita e judiciosa da melhor evidência existente para fundamentar as decisões sobre o cuidado a prestar a cada pessoa (Sackett, 2000).

Para garantir a qualidade metodológica da *scoping review* (Anexo IX) foi aplicado o protocolo do *Joanna Briggs Institute*, o qual contém os objetivos da mesma, os critérios de elegibilidade dos estudos, a metodologia utilizada, a análise e conclusões dos estudos incluídos (Amendoeira, 2018). A concetualização teórica permitiu sustentar e orientar a pesquisa sobre a temática, com base no mapa concetual definido, conduzindo à formulação da questão de pesquisa: “Quais as intervenções de Enfermagem na promoção da literacia para a saúde sobre Diabetes *Mellitus* aos idosos?”.

De acordo com a metodologia PCC definiu-se: População – pessoas com diabetes tipo 2, com idade de 65 ou mais anos; Conceitos - Enfermagem; Literacia em saúde; Idosos; Diabetes *Mellitus*; Contexto - em contexto domiciliário ou de serviços de saúde. Os estudos a incluir foram do tipo quantitativo, qualitativo e misto.

A pesquisa foi realizada com os descritores *MeSH* interligados pelo booleano *AND* e *OR* conjugando a seguinte expressão de pesquisa: *Nurs\* AND Health Literacy AND Aged OR Diabetes Mellitus*. Procedeu-se à pesquisa de artigos primários e secundários, publicados na base de dados *PubMed* e na plataforma *EBSCOhost: CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MEDLINE Complete e Mediclatina*. Os limitadores usados em cada base de dados, assim como os resultados do cruzamento dos descritores constam na *Search Strategy* do protocolo.

O processo de seleção dos estudos desenvolveu-se de acordo com o *PRISMA Flow Diagram*. Assim foram identificados um total de 139 artigos, através da pesquisa nas bases de dados referidas. Não se verificaram artigos duplicados. Dos 139 artigos, 134 foram eliminados a partir da leitura do título e do resumo, reunindo-se 5 artigos elegíveis. Estes artigos foram lidos na íntegra e submetidos aos critérios de inclusão definidos, tendo-se excluído três. Foram assim considerados elegíveis dois artigos de abordagem quantitativa:

**Artigo n.º 1** - Intervenção educativa para a promoção do autocuidado de idosos com diabetes *mellitus*

**Artigo n.º 2** - Promoção da literacia e capacitação de pessoas diabéticas tipo 2 idosas em cuidados de saúde primários

Todos os artigos foram analisados segundo o *Data extraction instrument*, que é constituído por nove variáveis e que permitiu caracterizar os diferentes estudos incluídos por forma a alcançar as conclusões que a seguir se apresentam sinteticamente.

Marques et al. (2019) mencionam que o autocuidado da diabetes apresenta desafios específicos nos idosos tornando-se necessário priorizar ações relacionadas à PrS e à prevenção de complicações, tornando as intervenções educativas essenciais. No estudo por estes realizado verificou-se que a intervenção educativa de enfermagem favoreceu a melhoria dos parâmetros clínicos e dos aspetos da adesão e da implementação das orientações relacionadas à alimentação saudável e para a autovigilância dos pés.

Marques et al. (2019), mencionam que o cuidado na autogestão apresenta desafios específicos nos idosos tornando-se necessário priorizar ações relacionadas à PrS e à prevenção de complicações, tornando as intervenções educativas essenciais, favorecendo o *empowerment* das pessoas em condição crónica e, conseqüentemente, potenciando a capacidade funcional.

O EEESCSP, tem grande responsabilidade na PrS e EpS com os idosos e cuidadores para a obtenção de conhecimentos e aptidões para cuidar de si mesmo e dos outros. Os enfermeiros intervêm no sentido da PrS, com uma ação educativa, sistemática e integradora ao longo do processo de adaptação do cuidador/família, proporcionando conhecimento e *empowerment*, para incentivar respostas saudáveis às mudanças (Calado et al., 2020).

Tanto Marques et al. (2019) como Oliveira e Morais (2016) enfatizam que a educação voltada para a autogestão é imprescindível para o doente com diabetes, a qual deve favorecer a aquisição de conhecimento, habilidades e capacitar para o autocuidado, a fim de melhorar os resultados clínicos, estado de saúde e a QV.

A evidência científica nas áreas da saúde e da educação consideram a LS como um trajeto que liga a educação a resultados na saúde (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2017). A LS desempenha um papel crucial capacitando as pessoas para gerirem a sua condição clínica de forma autónoma e independente (WHO, 2013).

Oliveira e Morais (2016) referem que níveis adequados de LS e capacidade de controlo da doença são aspetos exigidos às pessoas com DM, os quais são suscetíveis de amplo desenvolvimento. Os mesmos autores, verificaram a existência de uma associação muito significativa entre a capacidade de controlo da DM e os conhecimentos acerca da doença.

Estes achados reforçam a importância do contributo dos enfermeiros, na prevenção de complicações e na manutenção da QV da pessoa com DM, do acompanhamento e desenvolvimento de estratégias educacionais que auxiliem a pessoa diabética e sua família ou cuidadores, promovendo uma melhor gestão e adaptação ao regime terapêutico tal como refere Dias (2019).

A intervenção de enfermagem visa a interação cliente/ambiente adotando estratégias que se focam na redução dos possíveis *stressores* e em simultaneidade fortalecem as linhas de defesa do sistema cliente. No sentido deste fortalecimento é necessário que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, tendo em conta as respostas do cliente ao *stress*.

Pereira (2017) menciona que a PrS engloba atividades de educação para a saúde, e poderá ser usada sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de obterem e manterem práticas de vida saudáveis. De facto, Marques et al. (2019) revelam que estudos de intervenção relacionados ao autocuidado em diabetes estabelecem uma relação positiva com as

ações de PrS e a manutenção de ações de autocuidado nos idosos.

Marques et al. (2019) acrescentam que o enfermeiro é um dos profissionais da saúde que atinge bons resultados como facilitador destas atividades educativas para o autocuidado. Além disso, referem que o trabalho educativo com grupos é uma alternativa para as práticas profissionais que apresenta potencial para fortalecimento do vínculo entre profissional e doente e melhorias na condição clínica deste.

Relativamente às medidas recomendadas para a prevenção e gestão da DM, os estudos analisados são consensuais ao evidenciarem que as medidas não farmacológicas, relativas ao estilo de vida, nomeadamente alimentação saudável, realização de exercício físico, manter um peso corporal saudável, evitar o uso de tabaco assim como medidas de autovigilância da saúde e autocontrolo da DM são fundamentais nesse processo. Recomendações essas que vão ao encontro das indicações emanadas quer pela WHO (2020) quer pelo OND (2017).

Em síntese, esta *scoping* revelou ser necessário priorizar ações relacionadas à PrS e à prevenção de complicações da DM, sendo as intervenções educativas essenciais; demonstrou uma associação muito significativa entre a capacidade de controlo da DM e os conhecimentos acerca da doença; e, mostrou que o trabalho educativo com grupos é uma alternativa para as práticas assistenciais, o qual apresenta potencial para fortalecimento do vínculo entre profissional e doente e melhorias na condição clínica deste. Esta análise permitiu assim encontrar evidências que respondem à questão formulada, sustentando, desta forma, a implementação deste projeto de intervenção comunitária.

### 3.4 - ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

Um projeto de intervenção em saúde é um documento orientador pormenorizado com ações, devidamente alicerçadas, a serem desenvolvidas, com a finalidade de responder às necessidades de saúde identificadas e que visam promover a qualidade de vida e ampliar o nível de saúde de uma dada população, através do reforço do envolvimento comunitário na resolução dos problemas identificados, decorrendo num período bem delimitado de tempo (Tavares, 1990).

É importante distinguir programa de projeto. Um programa é “o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que exigem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 129). Um projeto é definido como “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 129).

Ao implementar um projeto de intervenção comunitária o EEECSPP concebe, planeia e executa intervenções para os problemas de saúde pública complexos, atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde. Para tal é fundamental a otimização dos recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos programas e

projetos de intervenção assim como mobilizar os responsáveis organizacionais e políticos nas intervenções aos problemas de saúde. Estes programas são elaborados ainda com base na evidência científica de forma a suportar as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos. A sua execução só é possível através de um trabalho em parceria/rede, com vista à participação multissetorial, no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções.

### **3.4.1 - Projeto de Intervenção Comunitária – “Diabetes no Saka”**

Tal como já referido, este projeto de intervenção comunitária surge após a identificação de quatro diagnósticos de enfermagem referentes ao conhecimento comprometido nos idosos com 65 ou mais anos de idade do Br. SC relativamente a várias áreas temáticas relacionadas com a DM.

O presente projeto foi denominado de “*Diabetes no Saka*”. A designação de “*Diabetes no Saka*” relaciona-se com o facto de se pretender com este projeto intervir na área da DM, no sentido de prevenir a doença e suas complicações. “*Saka*” é o nome que os jovens atribuíram ao bairro onde vivem, o Br. SC. Sendo a LS uma importante estratégia educacional que auxilia a pessoa e sua família ou cuidadores na sua capacitação para a tomada de decisão no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e PrS, de forma a manter ou melhorar a sua qualidade de vida, considerou-se pertinente intervir a este nível.

Com a escolha deste nome pretendeu-se alertar para a importância de instruir e capacitar os idosos para a aquisição de hábitos de vida saudáveis com o intuito da prevenção da Diabetes e suas das complicações bem como do impacto negativo que a patologia poderá causar na saúde e bem-estar dos idosos. Procurou-se com este projeto fomentar a PrS através da aquisição de conhecimentos, da adoção de estilos de vida saudáveis e da vigilância da saúde, a fim de proporcionar melhor saúde e conseqüentemente melhor qualidade de vida às pessoas, contribuindo para um envelhecimento ativo.

Este projeto foi enquadrado no “Programa da Diabetes” da UCCAS, e contou também com a colaboração da enfermeira responsável pelo mesmo.

### **3.5 - PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO**

Estando as necessidades em saúde identificadas e as estratégias definidas para colmatar os problemas em causa, segue-se o planeamento operacional para executar o projeto. Imperatori e Giraldes (1993), referem-se a esta etapa como o estudo pormenorizado das atividades imprescindíveis à execução, parcial ou total, de uma estratégia para atingir um ou mais objetivos. Cada atividade deve conter: a atividade em si, quem, quando, onde e como a realiza, qual o objetivo que pretende atingir e a avaliação dessa mesma atividade (Tavares, 1990).

Após validação das estratégias de intervenção pela enf.<sup>a</sup> cooperante e pela prof.<sup>a</sup> orientadora, procedeu-se à divulgação do projeto. A população que foi englobada neste projeto foi um grupo de catorze idosos com 65 ou mais anos residentes no Br. SC, que se mostraram disponíveis e motivados para participar no projeto. Por meio da responsável pelo projeto “*Viver Melhor no Saka*” foi efetuado o convite aos idosos, tendo-lhes sido entregue um calendário das sessões previstas e um íman com o logotipo do projeto (Anexo X). O calendário continha a referência aos temas a abordar em cada sessão e as respetivas datas. O íman teve como objetivo cativar os idosos à participação no mesmo.

Estava ainda prevista a publicitação do projeto através de pósteres e folhetos informativos em pontos estratégicos do bairro, alargando assim a possibilidade à restante população de idosos do Br. SC em participar no projeto. Contudo, face às contingências impostas pela pandemia da COVID-19, decididas em Resolução do Conselho de Ministros n.º 70-A/2020, nomeadamente o limite de concentração de dez pessoas no mesmo espaço e a necessidade de distanciamento físico entre elas, optou-se por não publicitar o projeto fora do projeto “*Viver Melhor no Saka*”.

O local escolhido para a realização das atividades do projeto foi a sede do projeto “*Viver Melhor no Saka*”. Em termos de recursos materiais planeou-se utilizar meios informáticos, como o computador e o projetor, assim como outros materiais didáticos para a realização de atividades práticas a fim de facilitar a aquisição das competências. A nível de recursos humanos o projeto contou com a participação de alguns elementos da equipa da UCCAS, com a representante do projeto “*Viver Melhor no Saka*” e com os fisioterapeutas que já colaboravam na realização de sessões de promoção da mobilidade nesse mesmo projeto.

As sessões de EpS foram programadas em horário laboral, com divisão dos participantes em dois grupos, com duração prevista de uma hora. Existiu a necessidade de replicação da sessão em dois grupos devido ao facto de estar decretada a proibição de permanecerem mais de dez pessoas em grupo.

Para cada sessão foi elaborado o respetivo plano de sessão (Anexo XI) definindo-se, de acordo com os objetivos a atingir, os conteúdos, os temas e atividades a desenvolver, os métodos e os recursos humanos e técnico-pedagógicos a utilizar bem como a metodologia de avaliação a aplicar. Três das sessões de EpS foram preparadas em suporte *power-point*, com recurso a linguagem simples e a imagens ilustrativas das temáticas a abordar (Anexo XII).

No sentido da preparação da avaliação dos resultados do projeto, a fim de dar resposta aos indicadores de avaliação estipulados, foram construídas fichas de avaliação de conhecimentos, uma para cada sessão de acordo com a temática da mesma (Anexo XIII). Cada ficha continha cinco afirmações, de resposta «sim», «não» ou «não sei» relativas ao tema abordado na sessão. A mesma ficha seria preenchida no início e no final de cada sessão. Para que este momento de avaliação fosse mais dinâmico foram criados uns semáforos em cartolina, a serem entregues a cada participante, correspondendo o semáforo da cor verde à resposta afirmativa, o semáforo de cor amarela em caso de resposta «não sei» e o semáforo de cor vermelha à resposta negativa.

Foram também elaborados dois questionários de avaliação das sessões (Anexo XIV). Um de satisfação, destinado aos formandos, de modo a obter a sua apreciação global da sessão,

apreciação do desempenho do formador e um espaço aberto de comentários/sugestões. O outro para avaliação da sessão pelo formador.

Foi criada também uma ficha de assiduidade de forma a contabilizar o número de pessoas presentes em cada sessão e também a facilitar o registo no programa *SClínico* na UCCAS. Tratando-se de uma intervenção dirigida à comunidade em que é expectável que os participantes obtenham resultados práticos e ganhos em saúde, torna-se fundamental o registo da sua participação no projeto no processo individual de saúde.

### 3.6 – EXECUÇÃO DO PROJETO

Na fase de execução são colocadas em prática todas as atividades delineadas que procuram dar resposta aos objetivos definidos. Assim, seguidamente faz-se uma breve descrição do decorrer de cada uma das sessões realizadas.

De salientar que foram cumpridas todas as normas em vigor relacionadas ao combate à COVID-19: distanciamento mínimo de dois metros entre cada pessoa, uso obrigatório de máscara, desinfecção das mãos à entrada e descontaminação de todos os materiais e equipamentos utilizados, incluindo as cadeiras.

Assim, no dia 15 de outubro de 2020 teve lugar a primeira sessão de EpS intitulada *“DIABETES: o que é, fatores de risco e complicações”*. Participaram nesta sessão um total de nove pessoas, repartidas por dois grupos. Estiveram também presentes a responsável pelo projeto *“Viver Melhor no Saka”* e a Enf.<sup>a</sup> cooperante.

A sessão decorreu com a participação proativa dos idosos, respondendo sempre que lhes era solicitado, demonstrando interesse pela temática e lançando questões para o debate dos temas em causa. Contudo verificou-se alguma dificuldade na gestão do tempo, relacionada com as partilhas dos idosos, que demonstravam desejo de particularizar e relatar as suas situações pessoais assim como excesso de conteúdos para o tempo estipulado, o que contribuiu para o não cumprimento na íntegra do que estava definido no plano da sessão. Tudo isto levou a que no final da sessão não fosse possível aplicar novamente a ficha de avaliação de conhecimentos conforme planeado bem como a avaliação da sessão que foi feita oralmente para o grupo.

A segunda sessão intitulada *“DIABETES: importância do exercício físico”* ocorreu no dia 23 de outubro de 2020. Devido ao agravamento do estado da pandemia pela COVID-19 as medidas de minimização de riscos de transmissão da infeção tornaram-se ainda mais restritivas, tendo sido decidido em Resolução do Conselho de Ministros n.º 88-A/2020, a proibição de concentrações de mais de cinco pessoas, mesmo cumprindo todas as normas de distanciamento e desinfecção. Assim, houve a necessidade de subdividir ainda mais os grupos. Através da parceria da UCCAS com a CML foi solicitado à associação de moradores do Br. SC a cedência do seu espaço para a realização das sessões do projeto.

Nesta sessão estiveram presentes um total de doze pessoas, repartidas então por quatro grupos. Estiveram também presentes a responsável pelo projeto “*Viver Melhor no Saka*” bem como os fisioterapeutas da “*Clínica de Fisioterapia Jullyane Silva*”, que cooperam nas aulas de mobilidade no projeto “*Viver Melhor no Saka*” com quem foi estabelecida parceria no sentido de participar na parte prática da sessão.

Tendo em conta as dificuldades sentidas na sessão anterior optou-se, após discussão com a enf.<sup>a</sup> cooperante e com a prof.<sup>a</sup> orientadora, passar a aplicar a ficha de avaliação de conhecimentos apenas no final de cada sessão.

A sessão decorreu com a participação ativa dos formandos e com a pontualidade dos mesmos. Na primeira parte foi utilizado o método expositivo, seguido de um segundo momento em que por meio do método ativo os participantes tiveram a oportunidade de praticar atividade física sob orientação dos fisioterapeutas, denotando-se uma grande aceitação e satisfação dos idosos.

A terceira sessão intitulada “*DIABETES: importância de uma alimentação saudável*” foi realizada no dia 26 de outubro de 2020. Nesta sessão, foi utilizado enquanto recurso pedagógico o Kit “*Relógio da Vida*” da APDP constituído por um cartaz magnético com o desenho de um relógio e por variados *ímans* com representação de diversos alimentos (Anexo XV). Estiveram presentes nesta sessão um total de onze pessoas, repartidas por três grupos. De referir que uma pessoa saiu mais cedo pelo que não respondeu aos questionários. Estiveram também presentes a responsável pelo projeto “*Viver Melhor no Saka*”, a enf.<sup>a</sup> da UCCAS responsável pelo “*Programa da Diabetes*” e a enf.<sup>a</sup> cooperante.

A sessão decorreu com a participação ativa dos formandos, os quais demonstraram muito interesse no tema colocando questões pertinentes, com aplicação prática no dia-a-dia. Houve alguma dificuldade na gestão do tempo, principalmente no grupo das 9h30, relacionada com a participação das pessoas que por vezes particularizavam bastante as suas partilhas. De tal maneira que houve necessidade de no final falar com uma das participantes em particular dado o seu interesse pelo tema e necessidade de ajuda a adequar um plano alimentar às suas necessidades específicas. No final da sessão foi entregue a todos os participantes uma sugestão de um plano alimentar diário, em folha A5, e um saquinho individual com duas bolachas caseiras, confeccionadas pela estudante, acompanhado da respetiva receita por escrito (Anexo XVI). De referir que eram receitas da APDP, apropriadas para pessoas com diabetes.

A quarta sessão realizou-se no dia 29 de outubro de 2020 cujo tema era “*DIABETES: importância da vigilância da saúde*”. A sessão foi replicada em três grupos, contabilizando-se um total de nove participantes. Estiveram também presentes a responsável pelo projeto “*Viver Melhor no Saka*” e a enf.<sup>a</sup> cooperante.

A sessão decorreu conforme o previsto, com a participação ativa dos formandos e com a pontualidade dos mesmos. Foi utilizado o método expositivo. Um dos momentos que entusiasmou particularmente os idosos foi a medição da glicemia capilar com recurso a um glucómetro.

A última sessão do projeto, realizada a 05 de novembro de 2020, teve como título “*DIABETES: não brincas comigo*”. Inicialmente estava prevista a comemoração do dia mundial da diabetes, que se celebra a 14 de novembro, com realização de atividades ao ar livre. Contudo as

condições meteorológicas não o permitiram e além disso face às limitações decorrentes do plano de contingência no combate à pandemia pela COVID-19 optou-se pela realização da sessão em sala com outro tipo de atividades. Assim, realizou-se a sessão dividida em três grupos, tendo participado no total nove pessoas. Estiveram também presentes a responsável pelo projeto “*Viver Melhor no Saka*” e a enf.<sup>a</sup> cooperante.

Nesta sessão foram realizadas algumas atividades lúdicas relacionadas com o tema, nomeadamente adivinhas acerca de alimentos e um jogo de memória com palavras relacionadas com os temas trabalhados nas sessões anteriores. Os idosos demonstraram bastante agrado e satisfação por estas atividades.

Foi também promovida uma partilha acerca da participação no projeto e questionado se tinham colocado em prática alguns dos conteúdos abordados nas sessões. No geral, todos referiram sentir-se bastante satisfeitos pela sua participação no projeto. Os benefícios que mais foram referidos foi o facto de ter proporcionado momentos de convívio e aquisição de conhecimentos sobre hábitos de vida saudáveis. Alguns referiram ter efetuado pequenas mudanças de comportamento no seu dia-a-dia, principalmente relacionadas com a alimentação. Alguns idosos manifestaram ainda necessidade de maior vigilância da saúde por parte dos profissionais de saúde, referindo sentir falta de um acompanhamento mais próximo, situação que se agravou com a pandemia pela COVID-19 que veio dificultar o acesso aos cuidados de saúde.

No final foi entregue aos idosos um certificado de participação no projeto (Anexo XVII).

### 3.7 – AVALIAÇÃO

A avaliação, que corresponde à última etapa do planeamento em saúde, consiste em comparar algo com um padrão, de forma a corrigir ou afinar as atividades realizadas ou planear de forma mais eficiente (Imperatori & Giraldes, 1993). Segundo Nunes (2016), é pela avaliação que se sabe se o plano foi eficaz, se os objetivos predefinidos foram ou não atingidos.

Neste capítulo serão apresentados os principais resultados dos indicadores de avaliação que foram definidos, baseados nos instrumentos de recolha de dados que foram sendo aplicados no decorrer do projeto e que possibilitaram a realização desta avaliação. De forma a sistematizar esta etapa é apresentado o quadro 1 com a avaliação dos indicadores de processo e o quadro 2 com a avaliação dos indicadores de resultado, tendo por base a avaliação da consecução de todas as metas definidas. No final de cada sessão era feito o registo dos resultados individuais das fichas de avaliação de conhecimentos dos formandos que tinham sido aplicados (Anexo XVIII).

**Quadro 1 - Avaliação dos indicadores de processo**

<b>Indicadores de Processo</b>	<b>Meta</b>	<b>Avaliação</b>
Taxa de entrevistas realizadas aos informantes-chave: <b><math>\frac{\text{N.º de entrevistas realizadas}}{\text{N.º de entrevistas previstas}} \times 100</math></b>	Realizar <b>100%</b> das entrevistas	3/3 x 100 = <b>100%</b>
Taxa de idosos que preencheram o QCD corretamente: <b><math>\frac{\text{N.º de idosos que preencheram o QCD corretamente}}{\text{N.º de idosos com 65 ou mais anos presentes}} \times 100</math></b>	Obter <b>80%</b> de questionários válidos	11/11 = <b>100%</b>
Taxa de realização das sessões de EpS: <b><math>\frac{\text{Nº de sessões realizadas}}{\text{Nº de sessões previstas}} \times 100</math></b>	Realizar <b>100%</b> das sessões	5/5 x 100 = <b>100%</b>
Taxa de assiduidade dos participantes nas sessões de EpS: <b><math>\frac{\text{Nº de pessoas presentes nas atividades}}{\text{Nº de pessoas convocadas para as atividades}} \times 100</math></b>	Obter <b>70%</b> de assiduidade	<b>Sessão 1:</b> 11/14 x 100 = 78% <b>Sessão 2:</b> 13/14 x 100 = 93% <b>Sessão 3:</b> 12/14 x 100 = 86% <b>Sessão 4:</b> 10/14 x 100 = 71% <b>Sessão 5:</b> 10/14 x 100 = 71%
Taxa de avaliação das sessões de Eps, segundo os participantes (1 – muito pouco; 2- pouco; 3- suficiente; 4- bom; 5- muito bom): <b><math>\frac{\text{Nº de participantes a classificar em 4 ou 5 as sessões}}{\text{Nº total de participantes a avaliar}} \times 100</math></b>	Obter <b>80%</b> dos participantes a considerar as sessões boas ou muito boas	<b>Sessão 1:</b> 11/11 x 100 = <b>100%</b> <b>Sessão 2:</b> 13/13 x 100 = <b>100%</b> <b>Sessão 3:</b> 12/12 x 100 = <b>100%</b> <b>Sessão 4:</b> 10/10 x 100 = <b>100%</b>
Taxa de avaliação do desempenho do formador, segundo os participantes (1 - muito pouco; 2- pouco; 3- suficiente; 4- bom; 5- muito bom): <b><math>\frac{\text{Nº de participantes a classificar em 4 ou 5 o desempenho do formador}}{\text{Nº total de participantes a avaliar}} \times 100</math></b>	Obter <b>80%</b> dos participantes a considerar o desempenho do formador bom ou muito bom	<b>Sessão 1:</b> 11/11 x 100 = <b>100%</b> <b>Sessão 2:</b> 13/13 x 100 = <b>100%</b> <b>Sessão 3:</b> 12/12 x 100 = <b>100%</b> <b>Sessão 4:</b> 10/10 x 100 = <b>100%</b>
Taxa de concretização dos objetivos, segundo o formador (1 - muito pouco; 2- pouco; 3- suficiente; 4- bom; 5- muito bom): <b><math>\frac{\text{Nº objetivos atingidos avaliados em 4 e 5}}{\text{Nº total de objetivos atingidos a atingir}} \times 100</math></b>	Obter <b>100%</b> dos objetivos atingidos segundo avaliação pelo formador	<b>Sessão 0:</b> 4/4 x 100 = <b>100%</b> <b>Sessão 1:</b> 4/4 x 100 = <b>100%</b> <b>Sessão 2:</b> 4/4 x 100 = <b>100%</b> <b>Sessão 3:</b> 6/6 x 100 = <b>100%</b> <b>Sessão 4:</b> 5/5 x 100 = <b>100%</b> <b>Sessão 5:</b> 3/3 x 100 = <b>100%</b>

**Quadro 2 - Avaliação dos indicadores de resultado**

<b>Indicadores de Resultado</b>	<b>Meta</b>	<b>Avaliação</b>
<p>Taxa de participantes com conhecimentos adquiridos:</p> <p><b><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas corretas}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas dadas}} \times 100</math></b></p>	<p>Obter <b>80%</b> de respostas corretas nas sessões</p>	<p><b>Sessão 1:</b> 45/45 x 100 = <b>100%</b></p> <p><b>Sessão 2:</b> 59/60 x 100 = <b>98%</b></p> <p><b>Sessão 3:</b> 49/50 x 100 = <b>98%</b></p> <p><b>Sessão 4:</b> 44/45 x 100 = <b>98%</b></p>
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre o processo patológico da DM:</p> <p><b><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas corretas sobre a DM}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas dadas sobre a DM}} \times 100</math></b></p>	<p>Que 80% dos participantes demonstrem reconhecer que a DM traz complicações graves para a saúde</p>	<p>9/9 x 100 = <b>100%</b></p>
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre o regime de exercício:</p> <p><b><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas corretas sobre a importância da atividade física}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas dadas sobre a importância da atividade física}} \times 100</math></b></p>	<p>Que 80% dos participantes afirmem que o exercício físico ajuda a baixar os níveis de açúcar no sangue</p>	<p>12/12 x 100 = <b>100%</b></p>
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre o regime dietético:</p> <p><b><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas corretas sobre a importância de uma alimentação saudável}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas dadas sobre a importância de uma alimentação saudável}} \times 100</math></b></p>	<p>Que 80% dos participantes afirmem que uma alimentação saudável ajuda a controlar os níveis de açúcar no sangue</p>	<p>10/10 x 100 = <b>100%</b></p>
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos o regime medicamentoso:</p> <p><b><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas corretas sobre a importância da vigilância da saúde}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas dadas sobre a importância da vigilância da saúde}} \times 100</math></b></p>	<p>Que 80% dos participantes reconheçam a importância de ir às consultas médicas regularmente</p>	<p>9/9 x 100 = <b>100%</b></p>

De ressaltar, que face às características específicas da comunidade a que este projeto foi dirigido, uma população idosa e com baixo nível de escolaridade, se optou por não se aplicar novamente o QCD no final do projeto mas antes fazer uma avaliação faseada ao longo das sessões, através da aplicação das fichas de avaliação no final das sessões, apenas com cinco questões cada e utilizando a dinâmica dos semáforos por forma a que a avaliação fosse encarada com maior leveza para os idosos.

Contudo, para uma avaliação mais concreta da aquisição de conhecimentos relativos à prevenção da DM e suas complicações na população alvo deste projeto, procedeu-se a uma equiparação de algumas perguntas do QCD às questões colocadas nas fichas de avaliação, procedendo-se à comparação da percentagem de respostas certas às questões do QCD com a percentagem de respostas certas às perguntas das fichas de avaliação aplicadas nas diferentes

sessões de EpS, com intuito de avaliar se houve aumento do nível de conhecimentos. Para tal foi elaborada uma tabela comparativa desses resultados (Anexo XIX).

Da sua análise pode-se constatar que nas três dimensões do QCD, nomeadamente nas questões em que foi possível equipar às das fichas de avaliação e em que a percentagem de resposta era inferior a 100%, em todas elas houve aumento da percentagem de respostas certas, o que significa que houve aquisição de conhecimentos decorrentes da participação nas sessões de EpS. De salientar ainda, que na última sessão de EpS, em que foi realizada uma avaliação informal através de uma partilha dos idosos acerca da participação no projeto, alguns deles revelaram pequenas mudanças em alguns comportamentos, nomeadamente relativos à sua alimentação, decorrentes da participação no projeto.



#### **4 – OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS EM ESTÁGIO**

Conforme já mencionado, o estágio decorreu em dois contextos distintos de cuidados. Assim, seguidamente faz-se uma breve referência às atividades desenvolvidas nas duas semanas que decorreram na USP de Leiria e às outras atividades concretizadas na UCCAS.

##### **4.1 – ATIVIDADES REALIZADAS NA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

A realização destas duas semanas de estágio na USP prendeu-se com a necessidade de assegurar, em conformidade com o programa formativo da Ordem dos Enfermeiros (OE), o número de horas de estágio em USP para além de contribuir para uma construção mais cabal e consistente das competências do EEECS.

Assim, e conforme o planeamento do estágio, estas horas de contato destinavam-se a ser direcionadas para aspetos relativos à gestão da respetiva unidade funcional, no cumprimento da sua missão, nomeadamente, no que se refere à realização e colaboração na vigilância epidemiológica e à execução do PLS.

Dada a situação epidemiológica da COVID-19 que se vivia na época da concretização do estágio, a dinâmica da unidade estava bastante modificada perante a sua atividade assistencial habitual, tendo em conta que se trata de uma área que sofreu mais fortemente o impacto da pandemia, a área da saúde pública, por ser a responsável por delinear e implementar as estratégias de combate à pandemia. Por este motivo, a atenção da equipa estava maioritariamente concentrada nas vigilâncias epidemiológicas da COVID-19, nas quais tive possibilidade de participar, nomeadamente, no acompanhamento à realização dos contactos telefónicos para avaliação de sintomas e para fornecer indicações acerca da conduta a adotar no sentido da prevenção da transmissão do vírus bem como no estabelecimento e definição das cadeias de transmissão. Através da realização destas atividades foi possível cumprir um dos objetivos traçados, da participação na vigilância epidemiológica.

Contudo, não foi possível presenciar outras atividades realizadas habitualmente pela equipa por se encontrarem suspensas, nomeadamente, os rastreios visuais a crianças de dois anos, vacinação, a consulta do viajante, saúde escolar, entre outras. Apesar destas limitações, globalmente, foi positivo este período de estágio na USP já que possibilitou a oportunidade de vivenciar a forma de atuação no combate a uma pandemia, que é um evento raro.

#### 4.2 – ATIVIDADES REALIZADAS NA UNIDADE DE CUIDADOS À COMUNIDADE

Na UCCAS, para além do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária descrito, houve ainda oportunidade de participar noutras atividades, propostas pela Enf.<sup>a</sup> Cooperante, no âmbito dos diversos programas que integram a carteira de serviços da UCCAS, a fim de compreender a dinâmica da unidade, adquirir uma visão global do seu funcionamento e âmbito de atuação e por forma também a contribuir para o desenvolvimento de outras competências do EEECS.

Assim, de seguida apresenta-se resumidamente as atividades realizadas:

- Participação no “*Programa da Parentalidade Positiva*”, dinamizado pela Enf.<sup>a</sup> Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, através da presença via on-line em sessões de EpS aos pais de crianças até aos 3 meses de idade, a frequentar o Curso;
- Participação no “*Programa do Nascimento e Parentalidade*”, através da observação de aulas do curso de preparação para o nascimento apresentadas via *on-line*, promovido pela Enf.<sup>a</sup> Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, em que foi possível presenciar os conteúdos abordados e a dinâmica das sessões realizadas com as grávidas e com os futuros pais;
- Participação em algumas visitas domiciliárias de acompanhamento a utentes integrados na ECCI, em que colaborei na prestação de cuidados, na realização de EpS ao utente e família e na capacitação e prestação de apoio aos cuidadores;
- Participação numa reunião da ECCI em que são discutidos os planos de intervenção individuais de cada utente e estabelecido o plano terapêutico;
- Participação numa sessão de EpS dirigida aos idosos que frequentam o projeto “*Viver melhor no Saka*”, no âmbito do “Programa do Envelhecimento”, relacionada com o tema COVID-19, em que em conjunto com a Enf.<sup>a</sup> cooperante dinamizei a sessão;
- Presença em reuniões com os diretores de turma e participação numa sessão de EpS dirigida a professores e auxiliares educativas, com o intuito de elaboração do Plano de Saúde Individual dos alunos com determinadas patologias que determinam necessidades de saúde especiais, englobado no “*Programa de Saúde Escolar*”;
- Colaboração em diversas sessões de EpS no âmbito do “*Programa de Saúde Escolar*”, a turmas do 6º ano com o tema “Estilos de comunicação e resolução de conflitos” e a turmas do 9º ano com o tema “Sexualidade”;
- Elaboração do procedimento de execução das atividades do projeto “*Viver com a Diabetes*”;
- Publicação de um artigo científico, desenvolvido com base na *scoping review* elaborada, na revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (UI-IPSantarém) cuja referência bibliográfica é: Mendes, M.; Rosa, M.; Figueiredo, M. & Pereira, I. (2021). Literacia em saúde dos idosos sobre Diabetes *Mellitus*: uma Scoping Review. Revista da UI\_IPSantarém. Edição Temática: Ciências da Vida e da Saúde. 9(1), 94-108. <https://revistas.rcaap.pt/uiips/>
- Participação no VIII Congresso Luso-Espanhol de Estudantes Enfermagem, realizado na ESSS, nos dias 17 e 18 de maio de 2021, onde foi realizada a apresentação pública de um póster científico

relativo ao projeto de intervenção comunitária “*Diabetes no SAKA*”, denominado “Promoção da Literacia em saúde sobre Diabetes *Mellitus* aos idosos” (Anexo XX).



## 5 - SISTEMATIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Tal como referido inicialmente, a realização deste estágio apresentava como finalidade a aquisição de competências específicas de EEECS, definidas no Regulamento nº 428/2018 da OE, e da obtenção do grau de mestre. Competências são definidas como um conjunto de conhecimentos, habilidades, julgamento e atributos necessários aos profissionais de saúde (*Community Health Nurses of Canada, 2009*).

Assim, ao terminar o desenvolvimento deste percurso, torna-se fulcral refletir acerca do trabalho executado, nomeadamente a implementação do projeto de intervenção comunitária bem como a realização de outras atividades acima descritas, através do qual foi possível a obtenção de ganhos em saúde para o grupo populacional alvo, permitindo desta forma a aquisição das referidas competências.

No quadro 3 apresenta-se mais detalhadamente os contributos das atividades desenvolvidas para a aquisição das unidades de competências de EEECS.

**Quadro 3** – Contributos para o desenvolvimento de competências do EEECS

<b>Unidades de competências do EEECS</b>	<b>Critérios de avaliação face ao percurso desenvolvido</b>
G1.1. Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade	<ul style="list-style-type: none"><li>• A utilização de indicadores epidemiológicos permitiu a determinação dos problemas de saúde.</li><li>• Com a interpretação do diagnóstico de saúde aos idosos com 65 ou mais anos do Br. SC e a realização e análise das entrevistas aos informantes-chave desenvolveu-se a capacidade de identificação das necessidades em saúde do grupo.</li><li>• Através da aplicação do QCD e da análise dos dados colhidos.</li></ul>
G1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade	<ul style="list-style-type: none"><li>• Procedeu-se à utilização de critérios objetivos que permitiram definir quais as principais prioridades em saúde.</li><li>• Na tomada de decisão sobre os problemas em saúde a intervir foram integradas as orientações estratégicas definidas no PNS.</li></ul>

<p>G1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Face aos problemas identificados como prioritários foram definidos objetivos mensuráveis que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde da comunidade.</li> <li>• Procedeu-se à procura da melhor evidência científica com recurso à realização de uma <i>scoping review</i> no sentido de orientar o desenvolvimento do projeto de intervenção de forma científica, com a metodologia mais adequada e eficaz, através da prática de enfermagem baseada na evidência, de forma a conceber estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondam aos objetivos definidos.</li> <li>• Na elaboração das estratégias foi tido em consideração os recursos disponíveis e os aspetos socioculturais da comunidade.</li> </ul>
<p>G1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com o desenho do projeto de intervenção em saúde foram concebidas e planeadas intervenções para os problemas de saúde pública complexos atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde.</li> <li>• Com a execução do projeto foram implementadas essas intervenções para os problemas de saúde, através da otimização dos recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes ao projeto de intervenção.</li> </ul>
<p>G1.5. Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A avaliação através dos indicadores de atividade e de resultado permitiu monitorizar a eficácia do projeto de intervenção para os problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade.</li> </ul>
<p>G2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Através do estabelecimento de uma parceria com a responsável do projeto da CML foi promovida a participação em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade.</li> <li>• Ao dirigir o projeto para a população de idosos do Br. SC foi feita uma intervenção num grupo com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados.</li> </ul>
<p>G2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com o projeto apresentado desenvolveu-se a capacidade de conceção e planeamento de programas de intervenção no âmbito da PrS em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado.</li> </ul>

<p>G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A realização das sessões de EpS em grupo com intuito de aumentar os conhecimentos da população e assim contribuir e incentivar para a modificação dos seus comportamentos, a fim de se obterem práticas de vida saudáveis permitiu demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e <i>marketing</i> em saúde; para tal foi fundamental gerir e disponibilizar a informação adequada às características do grupo.</li> <li>• Com a mobilização do modelo de Betty Neuman como fio condutor ao desenvolvimento e análise do percurso, desenvolveu-se a capacidade de usar modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde.</li> </ul>
<p>G3.1. Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do PNS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A par com a execução do projeto de intervenção comunitária foi ainda possível cooperar na coordenação dos diferentes Programas de Saúde que integram o PNS bem como identificar e monitorizar os resultados obtidos nos diferentes programas de saúde implementados na UCCAS.</li> </ul>
<p>G4.1. Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde–doença que ocorrem numa determinada área geodemografia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aquando do estágio na USP foi feita a monitorização os fenómenos de saúde -doença da população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica.</li> </ul>

No quadro 4 apresentam-se os contributos das atividades desenvolvidas que concorreram para a aquisição das competências para o 2º ciclo de formação superior (competências de Dublin) correspondente ao grau de mestre, definidas pela Direção Geral do Ensino Superior de acordo com o Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março.

**Quadro 4** - Contributos para o desenvolvimento de competências do grau de mestre

<b>Qualificações</b>	<b>Critérios de avaliação face ao percurso desenvolvido</b>
Conhecimentos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, estes foram desenvolvidos e aprofundados, através da pesquisa bibliográfica efetuada, da partilha e discussão de ideias com a equipa da UCCAS e com a prof.<sup>a</sup> orientadora assim como por meio do desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo.</li><li>• Em contexto de investigação, foi elaborada uma <i>scoping review</i>, publicado um artigo científico e elaborado um póster científico.</li></ul>
Capacidades	<ul style="list-style-type: none"><li>• A execução do projeto de intervenção comunitária assim como das outras atividades, nomeadamente a elaboração de procedimentos e a participação em reuniões de equipa, permitiu o desenvolvimento da capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares.</li><li>• A reflexão e discussão contínuas acerca do trabalho desenvolvido e das oportunidades de aprendizagem possibilitou o aprofundamento dos conhecimentos e o desenvolvimento de raciocínios de uma forma clara e sem ambiguidades.</li></ul>
Competências	<ul style="list-style-type: none"><li>• A oportunidade, no decorrer deste estágio, de contactar com diversas situações e de lidar com questões complexas permitiu o desenvolvimento de competências no sentido de ganho de autonomia na resolução de problemas.</li></ul>

## 6 - ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

A operacionalização do projeto de intervenção comunitária revelou capacitação dos idosos com 65 ou mais anos, pela aquisição de conhecimentos decorrentes da participação nas sessões de EpS, demonstrando o impacto positivo do projeto. Por meio da promoção da LS sobre diabetes, procurou-se conduzir à adesão de comportamentos saudáveis e conseqüentemente à obtenção de ganhos em saúde para a comunidade a que foi dirigido o projeto. Apesar destes aspetos não serem passíveis de uma avaliação no imediato, considera-se que perante os resultados alcançados que o desenvolvimento do projeto foi profícuo.

De facto, os resultados obtidos na fase inicial do diagnóstico, através da aplicação do QCD, mostraram que os idosos apresentavam défice de conhecimentos acerca da prevenção e controlo da diabetes, nomeadamente no que respeita à importância da vigilância da saúde, fatores de risco associados, complicações da doença, medidas de controlo e prevenção, entre outros. Neste projeto, com as intervenções de enfermagem dirigidas aos idosos, concretamente com a realização das ações de EpS, foi possível contribuir para o aumento da sua LS, através do *empowerment*, de forma a aumentar o autocuidado e autoeficácia, capacitando as pessoas a adotarem comportamentos saudáveis, nas áreas da alimentação, gestão da doença e atividade física.

Desenvolver intervenções educativas com o intuito de promover a adoção de atitudes e comportamentos saudáveis torna-se essencial na abordagem do idoso com diabetes. Assim, os enfermeiros intervêm no sentido da PrS e LS, ao longo do processo de adaptação da pessoa com diabetes/família, proporcionando conhecimento e *empowerment*, para incentivar respostas saudáveis às mudanças. Neste âmbito, a importância do contributo dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, é fundamental através da priorização de ações relacionadas à prevenção de complicações e à manutenção da QV da pessoa com DM.

Este é um processo contínuo, integrado nos cuidados de saúde e inclui cuidados planeados, informação, aprendizagem do autocuidado e suporte psicossocial relativamente à doença, ao tratamento prescrito e aos cuidados inerentes. Assume-se, portanto, como fundamental que o projeto venha a ter continuidade através da equipa da UCCAS, com a manutenção da parceria com o projeto “*Viver melhor no Saka*”, sendo integrado no programa da Diabetes, de forma a permitir a criação de uma relação de acompanhamento contínua.

Esta estratégia de intervenção em grupo, baseada na empatia, escuta ativa e reflexiva, congruência entre a comunicação verbal e não-verbal, valorização da participação ativa das pessoas em todo o processo, encorajamento e reforço positivo, é sem dúvida facilitadora do processo de mudança de comportamentos e de adesão ao tratamento, potenciando a autoeficácia e o sucesso na autogestão da saúde. As atividades de EpS em grupo favorecem muito a aceitação

e adaptação das pessoas com diabetes, pois conhecem pares com os mesmos problemas e dificuldades, o que proporciona troca de experiências, desenvolvimento de comportamentos e competências promotoras de melhoria de bem-estar, autonomia, gestão e compensação da diabetes.

As pessoas com Diabetes precisam de ser envolvidas no seu próprio tratamento, sendo o conhecimento sobre a doença muito importante para a mudança de comportamentos, mas também fundamental um processo contínuo de motivação da pessoa com doença crónica, providenciando-lhes ferramentas para gerir a sua própria doença. A pessoa deixa de ser o objeto e passa a ser interveniente do processo, sendo para tal crucial a capacitação, a educação terapêutica e o *empowerment*.

A aplicação da metodologia do Planeamento em Saúde revelou-se um processo fundamental para um adequado desenho do projeto e uma gestão eficaz da concretização do mesmo, potenciando o alcance das metas estabelecidas de forma a responder às necessidades de saúde da comunidade.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman, que foi adotado como referencial teórico de Enfermagem, revelou também ser um modelo de grande utilidade na intervenção comunitária. Esta abordagem exige que encaremos as comunidades como sistemas abertos, com processos dinâmicos, que através da permanente partilha de informações e comunicação se influenciam mutuamente. A interpretação e análise de toda a apreciação do sistema cliente permitiu a definição do Diagnóstico de Enfermagem Comunitária e deu suporte ao delineamento da intervenção.

O recurso ao desenvolvimento da *scoping review* permitiu sustentar o projeto de intervenção comunitária numa prática baseada na evidência, tendo sido um guia para delinear as estratégias adequadas e as intervenções de enfermagem a utilizar na população alvo do projeto e a facilitar a consecução dos objetivos traçados.

Nas sessões de EpS procurou-se estabelecer uma relação de proximidade com os idosos, criando um ambiente descontraído e facilitador da interação dos idosos com o formador. Sempre que possível, foram criados momentos para partilha de experiências, esclarecimento de dúvidas e discussão conducentes à reflexão, articulação e consolidação dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos, facilitando a sua transferência para o contexto específico do projeto.

Ao efetuar a avaliação do projeto foi possível afirmar que este contribuiu para o aumento dos conhecimentos dos idosos do Br SC. sobre a DM, tal como se objetivou para este projeto. A avaliação deste processo realizou-se através da aplicação das fichas de avaliação de conhecimentos no final das sessões de EpS.

A diabetes é uma doença complexa e com um tratamento multifacetado que exige muito da intervenção da própria pessoa. Tem complicações sérias a longo prazo e é no sentido de as prevenir que os enfermeiros desenvolvem esforços na educação da pessoa com diabetes. Para tal, os enfermeiros devem atuar como agentes de mudança no sentido de fornecer o conhecimento, a capacitação e a motivação de forma a lhes proporcionar toda a informação e cuidados a ter face à doença, prevenindo o aparecimento das complicações associadas à doença, envolvendo-os no seu processo de autocuidado.

Pode concluir-se que programas de educação em diabetes, são cada vez mais importantes, para informar, educar e motivar a adoção de estilos de vida mais saudáveis, para ajudar a diminuir as complicações da doença, melhorando a qualidade de vida das pessoas com diabetes.

Os resultados evidenciam a necessidade de se continuar a estudar estratégias de cuidados que envolvam o diabético de forma a obter ganhos em saúde.

Das limitações e constrangimentos inerentes ao desenvolvimento do projeto de intervenção, o facto de se viver a situação da pandemia por COVID-19 acresceu bastantes dificuldades na gestão e programação das atividades planeadas assim como o receio da própria viabilidade do projeto. Contudo, com a ajuda e cooperação dos parceiros, da enf.<sup>a</sup> cooperante e da enf.<sup>a</sup> coordenadora da UCCAS e com a compreensão dos idosos foi viável a sua concretização. No desenvolvimento das atividades propriamente ditas, um dos maiores desafios prendeu-se com a gestão do tempo, o que exigiu um rigoroso planeamento de cada sessão, tendo em consideração as características específicas da população a que se destinava.

Apesar das dificuldades sentidas considera-se que estas não foram impeditivas da consecução dos objetivos definidos face aos aspetos facilitadores encontrados. Desde logo salienta-se a orientação da enf.<sup>a</sup> cooperante que pela experiência profissional e académica, proporcionou momentos de reflexão que foram enriquecedores e motivadores para a realização do projeto. Salienta-se também o meu empenho pessoal como estudante, que consciente dos conhecimentos e competências a adquirir e da responsabilidade futura, mobilizei todo o esforço e dedicação para atingir os objetivos e metas definidas.

De destacar ainda os momentos de partilha e de discussão ocorridos na ESSS nos seminários que contribuíram igualmente para o desenvolvimento de todo o processo reflexivo deste estágio.

Em suma, o conjunto das atividades desenvolvidas ao longo deste estágio contribuíram para a compreensão e aquisição das competências do EEECS, dando visibilidade à Enfermagem Comunitária e à interação do EEECS com grupos da comunidade no seu processo de capacitação para a promoção da sua saúde, bem-estar e QV.



## 7 – CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório encerra uma etapa de um ciclo de aprendizagem que se iniciou com a expectativa de sedimentar conhecimentos, aquisição de competências e de partilhar de experiências e vivências. Um ciclo de aprendizagem que se transformou numa oportunidade única e enriquecedora de grande crescimento pessoal e profissional, indo ao encontro das exigências do desenvolvimento de capacidades e da aquisição de competências específicas numa área fundamental de cuidados, como é a enfermagem comunitária.

A proximidade que o EEECSPP tem com a pessoa, com os grupos e com a comunidade permite que este se encontre num patamar privilegiado que lhe proporciona representar um apoio sustentado de acompanhamento e promoção da sua saúde e bem-estar, oferecendo uma resposta eficiente e objetiva aos problemas identificados na comunidade.

O EEECSPP enquanto elemento que desenvolve uma prática centrada na comunidade, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos e comunidade), proporcionando ganhos efetivos em saúde (OE, 2010).

Procurou-se que o percurso desenvolvido fosse pautado pelo rigor e competência, por meio da aprendizagem e aquisição de conhecimentos, quer durante toda a componente teórica quer na sua aplicação durante a prática clínica. A partilha de experiências e conhecimentos dos profissionais de saúde, a pesquisa bibliográfica na procura da melhor evidência científica, a análise crítica e reflexiva promovidas pela prof.<sup>a</sup> orientadora e pela enf.<sup>a</sup> cooperante foram fundamentais neste processo de aquisição de competências.

Todo este trajeto assentou numa resiliência imprescindível perante o desafio em causa, pois muitos foram os obstáculos superados com sacrifício pessoal, familiar e profissional, mas que resultou seguramente em crescimento.



## 8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendoeira, J (2018). *Revisão Sistemática da Literatura - A Scoping Review*. Santarém: Escola Superior de Saúde de Santarém.
- Amendoeira, J., Cândido, A., Sarroeira, C., Cunha, F., Lino, A., Silva, H., Fernandes, P., & Silva, E. (2018). Consulta de Enfermagem: Intervenção dos Enfermeiros com pessoas portadoras de PMD e CDI. Um estudo qualitativo. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 6 (2), 80-94. doi: <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16134>
- Arriaga, M. T. (2019). Prefácio. Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor literacia em saúde do cidadão. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 11-15). Lisboa: Edições ISPA. ISBN: 978-989-8384-57-7
- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) (2021). Disponível em <https://apdp.pt/diabetes/material-educacional/>
- Bardin, I. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Editora Edições Setenta.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology, 1: Theoretical models of human development* (6th ed), (pp.793-828). New York: John Wiley. ISBN-13: 978-0471272885
- Calado, M., Pedrosa, S., Amendoeira., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). Promoção do autocuidado à pessoa diabética tipo 2 na prevenção do pé diabético. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8, 192-202. doi: <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19889>
- Câmara Municipal de Leiria (2017). *Projeto de Intervenção no Bairro Social Sá Carneiro*. Leiria: Câmara Municipal.
- Câmara Municipal de Leiria (2018). Recuperado de [https://www.cmleiria.pt/frontoffice/pages/617?news\\_id=3385](https://www.cmleiria.pt/frontoffice/pages/617?news_id=3385)
- Costa, E. (2019). *A Literacia para a Saúde em Pessoas Idosas Institucionalizadas*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.26/31947>
- Costa, A., Saboga-Nunes, L. & Costa, L. (2016). Avaliação do nível de literacia para a saúde numa amostra portuguesa. *Observações Boletim Epidemiológico*, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2 (17), 38-40. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/80518865.pdf>
- Costa, A., Arriaga, M., Mendes R., Miranda, D., Barbosa, P., Sakellarides, C., Peralta, A., Lopes, N., Roque, C., Ribeiro, S. (2019). A Strategy for the Promotion of Health Literacy in Portugal, Centered around the Life-course Approach: The Importance of Digital Tools. *Portuguese Journal of Public Health*, 37 (1): 50-54. Disponível em [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/A\\_Strategy\\_for\\_the\\_Promotion\\_of\\_Health\\_Literacy\\_in.pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/A_Strategy_for_the_Promotion_of_Health_Literacy_in.pdf)
- Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. Diário da República, 1ª Série, Nº 60/2006. Lisboa. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/671387>

- Dias, V. (2019). Artigo de opinião. *Jornal Médico dos cuidados de saúde primários*, 71. Disponível em <https://justnews.pt/artigos/pe-diabetico-cerca-de-50-das-amputacoes-e-ulceracoes-poderao-ser-prevenidas#.YBb04-j7TIU>
- Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2011). *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*. Norma da DGS nº 002/2011 de 14/01/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Consultado em 30 de julho de 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes/norma-da-direccao-geral-da-saude-n-0022011-de-14012011.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2011). *Abordagem Terapêutica Farmacológica na Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto*. Norma da DGS n.º 052/2011 de 27/12/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Consultado em 30 de julho de 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0522011-de-27122011-atualizada-a-30072013-jpg.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde, extensão e revisão a 2020*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2018). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021-Portugal*. Consultado em 30 de julho de 2020. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2019). *Programa Nacional para a Diabetes, desafios e estratégias*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde* (3ª Ed.), Lisboa: Obras Avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Centro*. Consultado em 30 de julho de 2020. Disponível em <http://censos.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2018). *Estatísticas Demográficas 2017*. Lisboa, Instituto Nacional de Estatística. ISSN: 0377-2284
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA, IP] (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): relatório metodológico*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP). ISBN: 978-989-8794-22-2
- International Diabetes Federation (2017). *IDF Diabetes Atlas* (8<sup>th</sup> ed). Consultado em 30 de julho de 2020. Disponível <http://www.diabetesatlas.org>
- Marques, M., Coutinho, J., Martins, M., Lopes, M., Maia, J., & Silva, M. (2019). Educational intervention to promote self-care in older adults with diabetes mellitus. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de Saúde Pública*, 53, e03517. Epub, 1-8. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x 2018026703517>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model*. (3<sup>th</sup>ed). USA: Library of Congress. ISBN: 9780838567012

- Neuman B & Fawcett J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th Ed.), Upper Saddle River (US): Pearson.
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as suas ferramentas de Auxílio* (1ª Ed.), Lisboa: Chiado Editora.
- Observatório Nacional da Diabetes (2017). Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – Parte I. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12 (1): 40-48. Disponível em <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-12-n%C2%BA-1-Mar%C3%A7o-2017-Relat%C3%B3rios-p%C3%A1gs-40-48.pdf>
- Oliveira, S. & Morais, C. (2016). Promoção da literacia e capacitação de pessoas diabéticas tipo 2 idosas em cuidados de saúde primários. *Millenium*, 2 (1), 175-182. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/6646>.
- Organização Mundial da Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Consultado em 30 de julho de 2020. Disponível em [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf;jsessionid=D06D49EE27E7011A8E778B3F62AD87DB?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=D06D49EE27E7011A8E778B3F62AD87DB?sequence=6)
- Pereira, M.C. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.14/24199>.
- Regulamento nº 428/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2ª Série, Nº 135, p. 19354. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeirospt/media/8418/115698536.pdf>.
- Regulamento nº 348/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2ª Série, Nº 118/19, 16481 - 16486. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/67540266>
- Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (2010). Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (2015). Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_V\\_F\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_V_F_site.pdf)
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 70-A/2020. Diário da República n.º 178/2020, 1º Suplemento, Série I de 2020-09-11. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/142601170>
- Rixillo, M. (2011). *Modelo de Sistemas de Betty Neuman*. Recuperado de <http://pt.slideshare.net/rixillo/modelo-de-sistemas-de-neuman>.
- Rodrigues, J., Borrego, C. Chicau., Ruivo, P., Sobreiro, P., Catela, D., Amendoeira, J., ... Matos, R. (2020). Conceptual Framework for the Research on Quality of Life. *Sustainability*, 12(4911), 1-16. doi: <https://doi.org/10.3390/su1212491>
- Rootman, I & Gordon-El-Bihbety, D. (cords) (2017). *A Vision for a Health Literate Canada*. Report of the Expert Panel on Health Literacy. Ottawa: Canadian Public Health Association. ISBN: 978-1-897485-00-2. Disponível em <https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/healthlit/raporte.pdf>

- Saboga-Nunes, L. (2000). O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico. Actas do IV Congresso Português de Sociologia. Disponível em: [https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR462e0a1588ba7\\_1.pdf](https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR462e0a1588ba7_1.pdf)
- Saboga-Nunes, L., Kristine, S., & Pelikan, J. (2014). *Hermenêutica da literacia em saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT)*. Paper apresentado no VIII Congresso Português de Sociologia, em Évora, Portugal. Disponível em [http://historico.aps.pt/viii\\_congresso/VIII\\_ACTAS/VIII\\_COM0526.pdf](http://historico.aps.pt/viii_congresso/VIII_ACTAS/VIII_COM0526.pdf)
- Sackett, L., Straus, S., Richardson, S., Rosenberg, W. & Haynes, R. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. Chuechill Livingstone. Londres.
- Santos, Z. (2011). Hipertensão Arterial – Um Problema de Saúde Pública [Editorial]. *Revista Brasileira em Promoção da saúde*, 24(4), 285-286. doi: <https://doi.10.5020/18061230.2011.p285>
- Sousa, M. R., McIntyre, T., Martins, T. e Silva, E. (2015). Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD): propriedades psicométricas. *Revista portuguesa de saúde pública*, 33 (1).
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Unidade de Cuidados à Comunidade Dr. Arnaldo Sampaio (2020). *Apresentação Sumária 2020*. Leiria.
- World Health Organization (1997). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index1.html>
- World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Consultado em 30 de julho de 2020. Disponível em <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies*. Consultado em 30 de julho de 2020. Disponível em [https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/)
- World Health Organization (2011). *Global Status report on noncommunicable diseases*. Geneva.
- World Health Organization (2013). *Health literacy: The solid facts*. ISBN: 978 92 890 00154. Consultado em 30 de julho de 2020. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326432/9789289000154-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization (2015). *The Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Consultado em 30 de julho de 2020. Disponível em <https://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>
- World Health Organization (2018). *Diabetes*. Consultado em 30 de julho de 2020. Disponível em [https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1)
- World Health Organization (2020). *Noncommunicable diseases progress monitor*. ISBN 978-92-4-000140-4. Consultado em 30 de julho de 2020. Disponível em <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/9789240000490-eng.pdf>

ANEXOS



## ANEXO I – Projeto de estágio



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**

**8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

## **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**Autor:**

Mónica Mendes

Santarém, setembro de 2020

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO E RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

## PROJETO DE INTERVENÇÃO –

*Diabetes no “SAKA”:*

**Promoção da literacia em saúde nos idosos**

**Autor:**

Mónica Mendes, N.º 180400144

**Orientadora:**

Prof.ª Doutora Maria do Carmo Figueiredo

**Enf.ª Cooperante:**

Enf.ª Mestre Inês Pereira

Santarém, setembro de 2020

## ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

ACES PL - Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral

APA - *American Psychological Association*

ARS - Administração Regional de Saúde

Br. SC - Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro

CML - Câmara Municipal de Leiria

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

DM - Diabetes *Mellitus*

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EpS - Educação para a Saúde

EEEC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

Enf.<sup>o</sup> (a) – Enfermeiro (a)

ESSS - Escola Superior de Saúde de Santarém

*et al.* – Entre outros

f. - folha

HbA1c – Hemoglobina glicada A1c

IGAPHE - Instituto de Gestão e Alienação do Património Habitacional do Estado

INE - Instituto Nacional de Estatística

INSEF - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

LS - Literacia em Saúde

NHC - Nova Habitação Cooperativa

OND - Observatório Nacional da Diabetes

OMS - Organização Mundial da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. – página

pp. - páginas

PLS - Plano Local de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PND - Programa Nacional para a Diabetes

PNSPI - Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas

Profª - Professora

PrS - Promoção da Saúde

QCD - Questionário dos Conhecimentos da Diabetes

RSI - Rendimento Social de Inserção

SCO - Sentido de coerência

UCCAS - Unidade de Cuidados na Comunidade Dr. Arnaldo Sampaio

UE - União Europeia

WHO – *World Health Organization*

## INDICE

	f.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO</b> .....	10
1.1 - CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DR. ARNALDO SAMPAIO.....	10
1.2 - CARATERIZAÇÃO DO BAIRRO DR. FRANCISCO SÁ CARNEIRO.....	12
<b>2 - CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA</b> .....	14
2.1 – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO.....	14
2.2 – DIABETES <i>MELLITUS</i> .....	16
2.3 – MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN.....	20
<b>3 - PLANEAMENTO EM SAÚDE</b> .....	23
3.1 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	23
3.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	24
3.3 - FIXAÇÃO DE OBJETIVOS.....	25
3.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	26
3.5 - ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS.....	27
<b>3.5.1 - Projeto de Intervenção Comunitária: Diabetes no “SAKA”: Promoção da literacia em saúde nos idosos</b> .....	28
3.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO.....	29
<b>3.6.1 – Plano de Atividades</b> .....	30
<b>3.6.2 – Cronograma de Atividades</b> .....	39
<b>4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	40
<b>5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	41

## INDICE DE FIGURAS

	f.
<b>Figura 1</b> - Elementos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman.....	21

## INDICE DE QUADROS

	f.
<b>Quadro 1</b> – Constituição da equipa multidisciplinar da UCCAS.....	11

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento deste projeto está inserido na Unidade Curricular Estágio e Relatório de Intervenção Comunitária, no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS), e consiste no planeamento da intervenção de enfermagem comunitária que será concretizada no decorrer do estágio, tendo como finalidade a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC).

O estágio decorre no período de 27 de julho a 18 de dezembro de 2020, com uma duração total de 18 semanas, na Unidade de Cuidados na Comunidade Dr. Arnaldo Sampaio (UCCAS), do Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral (ACES PL), e tem como principais objetivos: analisar os processos de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária; desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária numa perspetiva transdisciplinar; criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

Assim, de forma a definir a área de intervenção e tendo em conta as fases do Planeamento em Saúde, tornava-se imperativo iniciar o projeto pela etapa do diagnóstico de situação seguida da determinação de prioridades. Tendo em conta que existia na UCCAS um diagnóstico de situação elaborado recentemente, no ano de 2019, aos idosos com 65 ou mais anos do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro (Br. SC) o qual permitiu estabelecer vários diagnósticos de enfermagem comunitária, e que nem todos tinham sido alvo de intervenção, considerou-se pertinente a intervenção numa dessas áreas.

Após o levantamento dessas necessidades, por forma a analisar em qual seria mais prioritária a intervenção, realizaram-se entrevistas semiestruturadas a três informantes-chave as quais foram analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1994). Após essa análise, entre outros problemas, foi identificado como prioritário o seguinte diagnóstico de enfermagem comunitária: Alteração do metabolismo dos glúcidos nos idosos com 65 ou mais anos de idade do Br. SC.

De acordo com o diagnóstico de situação realizado a estes idosos em 2019, a Diabetes estava presente em 51,5% da amostra, e quando questionados se a patologia afetava a sua vida diária, 30,3% referiu que interferia muito nas suas atividades. No entanto, não foram analisados os conhecimentos dos idosos relativos à gestão e controlo da doença, pelo que se objetiva com este projeto de intervenção de enfermagem comunitária avaliar os conhecimentos dos idosos com 65 ou mais anos, residentes no Br. SC, sobre a Diabetes através da aplicação do Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD).

Nas entrevistas realizadas aos informantes-chave, o Enf.º Tércio Nóbrega e a Enf.ª Dina Pascoal enquanto elementos participativos na elaboração do diagnóstico de enfermagem comunitária aos idosos do Br. SC e dinamizadores de projetos de intervenção dirigidos a essa mesma população, e a Enf.ª Catarina Afonso enquanto elemento cooperante na elaboração e execução desses mesmos projetos, a subcategoria Saúde Física, onde está englobada a Diabetes, foi a segunda com mais unidades de registo.

Também o Plano Local de Saúde (PLS) do ACES PL para 2018-2020 na sua lista de priorização de problemas de saúde, a Diabetes *Mellitus* (DM) vem em segundo lugar estando também alinhado com uma das metas do Plano Nacional de Saúde (PNS) revisão e extensão 2020, que visa reduzir a mortalidade prematura ( $\leq 70$  anos) para um valor inferior a 20%, através da redução da mortalidade referente a doenças não transmissíveis na qual se inclui a Diabetes, entre outras (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015).

A DM é uma doença crónica cuja prevalência em Portugal é elevada, estimando-se que atualmente afete mais de um milhão de portugueses (Programa Nacional para a Diabetes [PND], 2019). É a mais comum das doenças não transmissíveis, afetando, segundo as estimativas, mais de 32 milhões de cidadãos da União Europeia (UE), ou seja, cerca de 10% da população total da UE. É uma patologia que pode condicionar várias complicações, com redução da qualidade vida, aumentando o risco de morte antes dos 70 anos (PND, 2019) tendo sido em 2016 a sétima causa de morte a nível mundial segundo a *World Health Organization* (WHO, 2020).

Por todos estes factos, é amplamente reconhecida a necessidade do fortalecimento dos sistemas públicos de saúde no sentido de melhorar a abordagem à Diabetes, desde a sua prevenção até à sua gestão, uma vez estabelecida a doença, a fim de reduzir o risco de ter DM e as suas complicações. Assim, a sua prevenção constitui um objetivo de desenvolvimento sustentável, reconhecido pela Assembleia Geral das Nações Unidas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Parlamento Europeu (PND, 2019), sendo, para tal, necessária uma intervenção efetiva por parte dos profissionais de saúde.

O conhecimento e a adesão ao regime terapêutico são aspetos fundamentais para um eficaz controlo da Diabetes, exigindo ao indivíduo um papel ativo quer no planeamento quer na implementação do regime de tratamento face à complexidade deste e às alterações que implica frequentemente nos estilos de vida do indivíduo em diferentes áreas. O conhecimento que a pessoa diabética possui sobre os determinantes da saúde é fundamental para que possa tomar decisões conscientes, tendo como objetivo comportamentos saudáveis, assim como para o desenvolvimento de competências na gestão do regime terapêutico. Apesar do conhecimento, por si só, não ser suficiente para a mudança comportamental, a literatura tem demonstrado que este é essencial na adesão ao regime terapêutico (Sousa, 2015).

O EEEC enquanto elemento que desenvolve uma prática centrada na comunidade, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos e comunidade), proporcionando ganhos efetivos em saúde (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010). Pretende-se, desta forma, mobilizar e integrar os conhecimentos de enfermagem na compreensão da comunidade fazendo uso de uma perspetiva sistémica, incorporando todos os sistemas integrantes dessa comunidade.

Para tal, neste projeto procede-se à fixação de objetivos e à elaboração do programa de intervenção que posteriormente será operacionalizado no decorrer do estágio. O projeto foi intitulado de Diabetes no “SAKA”: Promoção da literacia em saúde nos idosos.

Este documento é composto por um capítulo inicial onde é feita a contextualização do estágio, seguida de uma conceptualização teórica com a descrição do problema apresentado bem como uma fundamentação com base em critérios epidemiológicos. No terceiro capítulo apresenta-se o projeto de intervenção, percorrendo as várias fases do planeamento em saúde, terminando com as considerações finais e referências bibliográficas.

Este trabalho cumpre as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa assim como a Norma da *American Psychological Association* (APA) – 6ª edição.

## **1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO**

Betty Neuman no seu Modelo de Sistemas define meio ambiente como todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa, isto é, todas as condições, circunstâncias ou influências, rodeando ou afetando o desenvolvimento da comunidade, que estão dentro e fora dela e que fazem parte do meio ambiente (Neuman, 1995). Assim, antes da elaboração de um programa de intervenção torna-se fundamental conhecer o contexto intersistémico do grupo populacional (grupos de indivíduos associados por características semelhantes ou experiências comuns dentro de um sistema geopolítico) e da comunidade geopolítica (lugar, área geográfica específica e delimitada) como cliente, a fim de adequar o programa ao contexto. No grupo populacional como cliente, o contexto intersistémico está confinado ao sistema de prestação imediata de cuidados de saúde. Na comunidade geopolítica como cliente, a apreciação da comunidade é realizada segundo oito subsistemas, sendo eles: Saúde e Segurança, Sociocultural, Educacional, Comunicação e Transportes, Recreação e Economia (Neuman, 1995).

Nesse sentido apresenta-se de seguida a caracterização do local de estágio, a UCCAS, bem como a caracterização do Br. SC e da sua população.

### **1.1 - CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DR. ARNALDO SAMPAIO**

Este estágio decorre na UCCAS, que se encontra situada no edifício sede do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, na freguesia de Marrazes, e está inserida no ACES PL pertencente à Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, tendo como área de abrangência 8 freguesias do município de Leiria (UCCAS, 2020).

A UCCAS viu o seu plano de ação aprovado em outubro de 2010, tendo iniciado a sua atividade nesta data. Funciona de segunda a sexta-feira das 8h às 20h, aos feriados e fins-de-

semana das 9h-13h apenas para atividades da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). É constituída por uma equipa multidisciplinar conforme se apresenta no Quadro 1.

**Quadro 1** – Constituição da equipa multidisciplinar da UCCAS

<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>N.º</b>
Especialista em Enfermagem Comunitária	2
Especialista em Enfermagem de Reabilitação	1
Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1
Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1
Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1
Enfermeira generalista	1
Médico	1
Psicólogo	1
Fisioterapeuta	1
Técnica de serviço social	1
Assistente Técnica	1

Tem como missão, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do concelho de Leiria, visando a obtenção de ganhos em saúde através da intervenção de cariz comunitário de uma equipa multidisciplinar, que atua em parceria com as várias unidades funcionais do agrupamento e com várias entidades parceiras do concelho, desenvolve atualmente diversos Programas e Projetos, em quatro principais áreas de intervenção, no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde (PrS), nomeadamente:

- Programa do Nascimento e Parentalidade;
- Programa do Aleitamento Materno;
- Programa da Parentalidade Positiva;
- Programa das crianças e jovens em risco;
- Programa de saúde Escolar;
- Programa da Diabetes, onde está inserido o projeto Cuide da sua diabetes;
- Programa do Envelhecimento;
- Programa das doenças respiratórias;
- ECCI;
- Programa das doenças reumatológicas;
- Programa “Intervenção Comunitária em Saúde Mental” (UCCAS, 2020).

## 1.2 - CARATERIZAÇÃO DO BAIRRO DR. FRANCISCO SÁ CARNEIRO

O Br. SC surgiu em 1984 na atual freguesia de Marrazes, Barosa e Leiria, no concelho de Leiria, sob a responsabilidade do Instituto de Gestão e Alienação do Património Habitacional do Estado (IGAPHE), com a tipologia de bairro social. Surgiu com intuito de dar resposta a uma situação, que se arrastava há mais de dez anos, de alojamento em condições muito precárias e promíscuas, de cerca de 600 pessoas vindas das ex-colónias portuguesas, após a revolução de abril de 1974 e que estavam, provisoriamente, alojadas nas instalações de um antigo quartel (Câmara Municipal de Leiria [CML], 2017).

Desde 2009 que a gestão do bairro ficou ao cargo da Nova Habitação Cooperativa (NHC). O Br.SC é composto por 26 edifícios, com 8 frações cada, num total de 208 fogos. Dos 26 blocos, três são propriedade integral da NHC, um é completamente propriedade de privados e nos restantes a NHC divide a titularidade dos fogos com proprietários individuais e com a Câmara Municipal. Construídos em 1984, os 26 edifícios são compostos por 4 pisos, em betão armado e alvenaria de tijolo, cobertos a chapa de fibrocimento. As tipologias variam entre T2, T3 e T4. Em finais de 2010 iniciou-se um processo de reabilitação integrada do bairro, cuja empreitada foi adjudicada pela NHC, compreendendo a reabilitação essencialmente a nível de exteriores. Segundo a CML (2017), no Br. SC existem 156 fogos de arrendamento de cariz social (147 fogos pertencentes à NHC e 9 à CML) e 52 a particulares.

No que concerne aos seus moradores, segundo dados publicados pela CML em 2017, é composto por um total de 434 habitantes, sendo 59,1% (n=256) do género feminino e 40,4% (n=175) do género masculino. A maioria dos ocupantes do bairro é adulta, cerca de 83,2% (n=361), seguindo-se 8% de adolescentes (n=35) e 7,4% de crianças (n=32). Relativamente ao **Subsistema Económico**, dos adultos 19,8% (n=86) são pensionistas, com mais de 65 anos de idade. Verifica-se ainda que a maioria dos residentes 34,3% (n=131) possui o terceiro ciclo de escolaridade e 29,1% o 1º ciclo (n= 117). Em relação à sua situação face ao emprego verifica-se que a maioria são ativos embora o número de pensionistas seja muito semelhante. Quanto ao número de desempregados e beneficiários de Rendimento Social de Inserção (RSI) representam 25% de um total de 331 habitantes, em relação aos quais foi possível obter esta informação. Verifica-se ainda que existe um número muito significativo de fogos ocupados por apenas um morador (40,5%) ou dois moradores (34,3%).

Em termos de acessibilidade, e tendo em conta o **Subsistema Comunicação e Transportes**, o bairro situa-se nas proximidades de um conjunto de infraestruturas rodoviárias e ferroviárias, nacionais e regionais, que permitem importantes ganhos de acessibilidade. Em

termos mais locais, nomeadamente para deslocação para a cidade de Leiria é abrangido pela rede de transportes urbanos de Leiria “*Mobilis*” com conexões regulares a toda a cidade.

Quanto a recursos a nível do **Subsistema da Educação** o Br. SC está abrangido pelo Agrupamento de Escolas de Marrazes, o qual abrange desde o ensino pré-escolar ao 3º ciclo do ensino básico. Relativamente ao **Subsistema de Recreação** o bairro dispõe de um parque infantil assim como de jardins e espaços verdes nas suas imediações. Conta ainda com um parque desportivo na zona que ladeia o bairro assim como um pavilhão multiusos.

Quanto ao **Subsistema Sociocultural** existe no bairro a Associação dos moradores do bairro Dr. Sá Carneiro, que constitui uma organização sem fins lucrativos com um espaço físico que permite o encontro e o convívio entre os moradores além de organizar diversos eventos ao longo do ano.

No que ao **Subsistema Saúde e Segurança** diz respeito, o bairro é servido pelo Centro Hospitalar de Leiria e pelo Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio. Em termos de segurança pública nas suas proximidades o bairro conta com a presença da Polícia Segurança Pública assim como da sede dos Bombeiros Municipais de Leiria.

O Br. SC tem características específicas, como o facto de ser habitado atualmente por pessoas provenientes de diferentes culturas, o que não se verificava aquando sua construção. Nele existem grupos de pessoas que entre si partilham, ou não, visões semelhantes de vida, mas visões distintas de outros grupos, que podem até residir na mesma área geográfica, ou desenvolverem as mesmas atividades profissionais, tendo assim os mesmos padrões culturais (Queirós & Pagliuca, 2001). Cada contexto cultural integra tradições e práticas complexas e próprias, inclusive práticas de saúde. O Enfermeiro, ao reconhecer a diversidade cultural existente numa comunidade, deve empenhar-se em providenciar cuidados culturalmente apropriados (Lowdermilk & Perry, 2008).

Conscientes de que para além da recuperação dos edificados existe a necessidade de intervir a nível social e comunitário, entendeu a CML promover a inclusão social ativa, com a implementação de um projeto em 2018 intitulado “Viver Melhor no Saka”, do qual a UCCAS é parceira, e que tem como objetivos globais: promoção da inclusão social; combate à pobreza e discriminação; e, desenvolvimento de medidas ativas de inclusão e participação cívica do maior número possível de moradores e comunidade envolvente (CML, 2018).

## 2 - CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

Ao longo das últimas décadas, Portugal, à semelhança de outros países na Europa e no mundo, tem sido alvo de uma profunda alteração na sua estrutura etária e densidade populacional. O envelhecimento demográfico apresenta-se como um processo irreversível nos próximos anos a nível mundial e nos países desenvolvidos (Silva, 2012). A diminuição da taxa de fertilidade e da taxa de mortalidade, com o conseqüente aumento da esperança média de vida, têm contribuído para que este fenómeno se venha a intensificar.

A esperança de vida ao nascer da população mundial aumentou 19 anos desde 1950. Atualmente, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais, mas em 2050 esta relação será de um para cinco. O número de centenários (de 100 anos ou mais) aumentará 15 vezes, atingindo os 2,2 milhões em 2050, contra 145 000 pessoas em 1999 (Veras, 2004 citado por Silva, 2012).

Em Portugal, segundo os Censos de 2011, o número de pessoas com 65 ou mais anos ultrapassa os dois milhões, representando cerca de 19% da população total do país, assistindo-se a um particular aumento das pessoas acima dos 75 anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012). Em 2015 o índice de envelhecimento da população portuguesa agravou-se para 147 (era de 128 em 2011), o que significa que por cada 100 jovens há 147 idosos. As projeções do INE apontam para que este índice possa (no cenário central) mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens (INE, 2018).

Pessoa idosa é definida por Fonseca (2004, p. 33), como sendo “um ser humano que vive a sua condição existencial à semelhança de qualquer outro”, ou seja, deve ser olhada simplesmente como uma pessoa, com potencialidades e incapacidades, desejos e frustrações, exatamente como quaisquer outros grupos etários (Silva, 2012).

Por se tratar de um processo gradual, não é consensual a idade a partir da qual se consideram as pessoas idosas. A WHO no seu projeto sobre envelhecimento ativo, considera idoso o indivíduo com 60 ou mais anos, mas reconhece que este limite mínimo pode variar

segundo as condições de cada país (WHO, 2002). Em Portugal, o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (PNSPI) considera pessoas idosas os homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos (DGS, 2006). O mesmo critério é adotado pelo INE nas suas análises estatísticas.

Ainda que se assuma necessária a definição de uma idade mínima sobre a qual se consideram as pessoas idosas, é consensual que a idade cronológica não é, de forma alguma, um marcador preciso para o início das alterações que caracterizam o processo de envelhecimento, uma vez que as pessoas envelhecem a um ritmo diferente e de forma heterogénea, dependendo de fatores externos e de fatores internos (Schneider & Irigaray, 2008).

Contudo, o envelhecimento é associado a um aumento da fragilidade e da incapacidade, ampliando os custos sociais e de saúde. É, assim, fundamental criar condições de saúde, sociais e económicas, para que a pessoa possa permanecer autónoma e independente o maior número de anos possível (WHO, 2011).

O Regulamento nº 348/2015, do Diário da República nº 118, II série, de 19 junho de 2015: 16481, refere que:

O envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico e na estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, bem como as ameaças emergentes à saúde das comunidades, determinam novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, focalizadas na promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes, nos cuidados de (re)adaptação e de suporte.

Conhecer as circunstâncias deste envelhecimento ajuda a compreender e fundamentar a atuação do enfermeiro junto da população idosa. Saber superar as adversidades determina o nível de adaptação a mudanças e a crises próprias do processo de envelhecimento (WHO, 2015).

Este aumento da esperança de vida, aliado às modificações dos estilos de vida da população, tem levado ao aumento de fatores de risco de doenças crónicas, designadamente, o excesso de peso, o sedentarismo, o baixo consumo de frutos e produtos hortícolas, bem como o consumo de álcool. Estima-se que mais de metade das mortes prematuras sejam provocadas por doenças crónicas; o tratamento destas doenças, apesar de ser gerador de melhoria na qualidade de vida, comporta avultados custos em terapêutica prolongada e utilização dos serviços de saúde (PNS, 2012-2016).

O envelhecimento, os estilos de vida menos saudáveis e as influências ambientais negativas acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas e a redução das capacidades físicas e mentais das pessoas idosas, o que limita a sua independência, autonomia e participação social. Assim sendo, a deteção precoce e o controlo adequado das doenças

crónicas e do declínio físico e mental são essenciais para um melhor prognóstico, redução da prevalência de comorbilidades e manutenção da capacidade funcional (DGS, 2017).

## 2.2 – DIABETES MELLITUS

Uma das metas do PNS revisão e extensão 2020 visa reduzir a mortalidade prematura ( $\leq 70$  anos) para um valor inferior a 20%, através da redução da mortalidade referente a doenças não transmissíveis, na qual se inclui a DM, entre outras (PNS, 2015).

A OMS estima que o número de pessoas diagnosticadas com Diabetes tenha evoluído de 108 milhões em 1980 para 422 milhões em 2014, correspondendo a uma prevalência de 8,5% em pessoas acima dos 18 anos. Além disso, registou-se ainda, entre 2000 e 2016, um aumento de 5% na mortalidade prematura por DM (WHO, 2020).

No caso particular do nosso país, Portugal é um dos países europeus com uma das mais elevadas taxas de prevalência da doença. Os dados do Observatório Nacional da Diabetes [OND], 2016, evidenciam que 13,3% da população com idade compreendida entre os 20 e os 79 anos é diabética, o que corresponde a mais de um milhão de portugueses.

Também o Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016), no Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF), analisou os dados epidemiológicos relativos à DM e concluiu que a prevalência da doença (com base na medição da Hemoglobina glicada A1c [HbA1c], toma de medicação para a DM ou auto-reporte de diagnóstico de DM), na população residente em Portugal com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, foi de 9,8%, tendo sido de 7,7% entre as mulheres e de 12,1% entre os homens. O mesmo estudo verificou ainda que a prevalência de Diabetes aumentou com a idade, observando-se a prevalência mais elevada para os indivíduos com idade entre os 65 e os 74 anos (23,8%) e a mais baixa no grupo etário dos 35 aos 44 anos (0,9%). Relativamente ao nível de escolaridade e à situação perante o trabalho, os dados do INSEF mostram que a prevalência da DM é mais elevada nos indivíduos sem escolaridade ou com o ensino básico (20,1%) e nos indivíduos sem atividade profissional remunerada (20,6%).

A Diabetes é assim um grave problema de saúde pública, tanto a nível nacional como mundial, sendo equiparada a uma pandemia. De acordo com a OMS é uma doença metabólica, crónica, hereditária ou adquirida, caracterizada por um estado crónico de hiperglicemia que afeta vários sistemas orgânicos, em particular vasos sanguíneos e nervos, com consequências graves a longo prazo, que poderão ter importantes implicações na qualidade de vida da pessoa

com DM (WHO, 2020).

O diagnóstico de Diabetes, que se encontra definido na Norma da DGS nº 002/2011 de 14/01/2011, é feito com base nos seguintes parâmetros e valores para plasma venoso na população em geral:

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

De acordo com a mesma norma, a patologia é classificada em quatro tipos clínicos, etiologicamente distintos: Diabetes tipo 1 (insulinopenia absoluta); Diabetes tipo 2 (insulinopenia relativa, com maior ou menor grau de insulinorresistência); Diabetes gestacional (anomalia do metabolismo da glicose documentado, pela primeira vez, durante a gravidez); Outros tipos específicos de Diabetes (defeitos genéticos, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias diversas, induzida por químicos ou fármacos).

Enquanto que na Diabetes tipo 1 não se conhece a sua causa nem os meios de preveni-la, na Diabetes tipo 2 sabe-se que esta é em grande parte o resultado do excesso de peso corporal e da inatividade física. Assim, demonstrou-se que medidas simples de estilo de vida são eficazes na prevenção ou retardamento do início da Diabetes tipo 2, tais como: manter um peso corporal saudável; ser fisicamente ativo (fazer pelo menos 30 minutos de atividade regular de intensidade moderada na maioria dos dias); fazer uma alimentação saudável, evitando açúcar e gorduras saturadas; e, evitar o uso de tabaco (WHO, 2020).

Sendo uma doença crónica, a DM não tem cura. Contudo existem medidas que possibilitam o seu controlo, o que significa ter níveis de açúcar no sangue dentro de certos limites, o mais próximos possível da normalidade. O método mais habitual para avaliar o estado de controlo da Diabetes é a determinação da HbA1c, através de uma análise sanguínea que fornece uma visão global de como está a compensação da doença nos últimos três meses (OND, 2016).

O controlo da doença engloba medidas farmacológicas, através de insulino-terapia e/ou antidiabéticos orais, bem como medidas não farmacológicas como alimentação saudável, realização de exercício físico, auto-vigilância e auto-contolo da Diabetes. Dada a associação da doença com a hipertensão arterial e o colesterol elevado, que podem agravar as suas

complicações, o controlo destes dois fatores de risco faz também parte integrante do controlo da Diabetes (OND, 2016).

Ao longo do tempo, uma Diabetes não controlada e a consequente persistência de um nível elevado de glicose no sangue, tem um grande impacto na saúde da pessoa, acarretando complicações em diversos órgãos, frequentemente fatais. Em praticamente todos os países desenvolvidos, a DM é a principal causa de cegueira, insuficiência renal e amputação de membros inferiores além de que constitui, atualmente, uma das principais causas de morte, principalmente por implicar um risco significativamente aumentado de doença coronária e de acidente vascular cerebral. Além do sofrimento humano que as complicações relacionadas com a doença causam nas pessoas com Diabetes e nos seus familiares, os seus custos económicos são enormes (OND, 2016).

A literatura evidencia o contributo dos profissionais de saúde na prevenção de complicações e na manutenção da qualidade de vida da pessoa com DM, através de consultas de vigilância, do acompanhamento e desenvolvimento de estratégias educacionais que auxiliem a pessoa diabética e sua família ou cuidadores, promovendo uma melhor gestão e adaptação ao regime terapêutico (Dias, 2019).

A adesão ao regime terapêutico possui extrema relevância nas pessoas portadoras de doenças crónicas, sendo a chave para o sucesso na prevenção e gestão dessas doenças. O problema da adesão ao tratamento é um indicador central de avaliação da qualidade em qualquer sistema de saúde que ambicione ser moderno e eficaz (Bugalho & Carneiro, 2004).

Para Santos (2011) existe adesão quando o comportamento de uma pessoa, na toma de medicação, no cumprimento de uma dieta, e/ou nas mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde. O mesmo autor considera que existem vários fatores que exercem influência neste processo: características biológicas e socioculturais; representações da doença e do tratamento; relação profissional de saúde-pessoa doente; participação familiar; e acesso ao sistema de saúde.

O papel determinante dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) tem sido reconhecido, com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos, no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica. Neste sentido, é necessário que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, podendo ainda desenvolver atributos inerentes ao *empowerment*, num processo contínuo e numa relação de confiança (Pereira, 2017).

Nos dias atuais a PrS é vista como um processo mais abrangente, que reúne a comunidade e saúde dos indivíduos, saúde pública, CSP, política de saúde e equidade social, mas que pode conter elementos de educação para a PrS (Pereira, 2017). Ainda segunda a mesma

autora, a PrS pode ser encarada na perspetiva de um conceito amplo, que engloba atividades de Educação para a Saúde (EpS), e poderá ser usada sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de obterem e manterem práticas de vida saudáveis. A PrS consiste, fundamentalmente, na combinação de apoios educativos e ambientais a ações e condições de vida que conduzem à saúde e influenciam os fatores determinantes desta tendo por objetivo permitir ao indivíduo adquirir maior domínio sobre os fatores determinantes da sua própria saúde (Saboga-Nunes, 2000).

A Enfermagem Comunitária constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados na PrS à pessoa, à família e à comunidade, sendo o alicerce da estrutura dos cuidados da Enfermagem. No que se refere à Diabetes, a consciencialização, controlo e tratamento podem levar a uma melhoria da qualidade de vida da pessoa bem como a uma redução dos custos no setor da saúde. Tais premissas colocam o EEEEC como agente privilegiado que intervém no sentido da PrS e na promoção da Literacia em Saúde (LS) da pessoa com DM, proporcionando conhecimento e *empowerment*, através de estratégias como a capacitação, relação de ajuda, promoção da adesão e EpS.

A WHO (1998, p. 10) define LS como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde”. Esta implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e PrS, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida. É considerada como um dos recursos que desempenham um papel relevante no incremento da resiliência e bem-estar individual

Num estudo de investigação realizado entre 2011-2016 por Costa, Saboga-Nunes e Costa (2016) em que foi avaliado o nível de LS de uma amostra portuguesa, os resultados obtidos mostraram uma prevalência de LS limitada apresentando o segundo nível mais baixo comparativamente aos oito países incluídos no estudo desenvolvido. Além disso, os mesmos autores mencionam que pessoas com baixo nível de literacia e com doenças crónicas são menos capazes de cuidar de si, fazendo mais uso dos serviços de saúde. Assim, a promoção da LS junto das pessoas, das comunidades, e das organizações, constitui-se como uma importante oportunidade e desafio da Saúde Pública.

Capacitar o cidadão para lidar com os *stressores* é uma preocupação emergente e que tem orientado as políticas de saúde (WHO, 1997). A forma como as pessoas reagem a esses agentes de *stress* é um fator decisivo para a sua saúde. Assim, a prevenção das reações adversas de natureza física e mental, resultantes do *stress* causado pelos acontecimentos de vida,

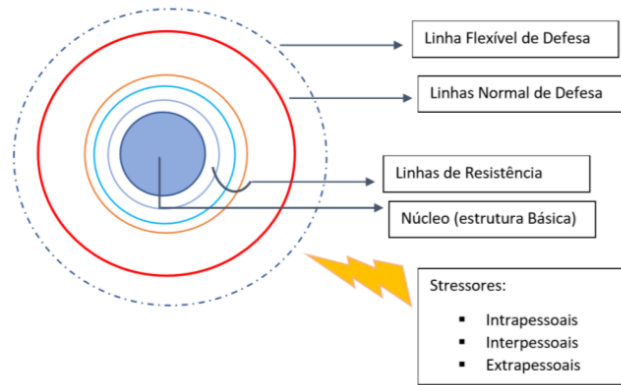
representa um passo importante na humanização e qualidade dos serviços de saúde portugueses (Saboga-Nunes, 2000). Neste contexto, é fundamental que os profissionais de saúde possuam uma boa compreensão das estratégias a seguir para uma intervenção positiva, gestora saudável do *stress* do cidadão.

A PrS encontra, atualmente, no paradigma salutogénico um novo contributo com a proposta de *Antonovsky*, através do conceito de sentido de coerência (SCO), definido como uma hipotética estrutura cognitivo-emocional-social, o qual envolve a hipótese de que um alto SCO aproxima o indivíduo no contínuo disfuncionalidade / funcionalidade deste último polo. Reforçar o SCO da pessoa supõe reforçar a capacidade de os indivíduos gerirem, de modo saudável, a sua exposição a fatores traumáticos de natureza psicossocial. Sendo o SCO um instrumento de ponderação que entra em linha de conta simultaneamente com vários aspetos da pessoa humana (afetividade, as redes informais e formais de apoio social, aspetos cognitivos e informacionais) revela-se promissor quanto à sua capacidade auxiliadora no completar de um quadro de diagnóstico que oriente o profissional de saúde nos cuidados a prestar (Saboga-Nunes, 2000).

### 2.3 - MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN

Pela natureza dos cuidados que o EEEC presta, este atua adotando uma abordagem sistémica, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade com os outros profissionais, o que vai ao encontro dos postulados do Modelo Sistémico de Betty Neuman (1995).

Este modelo holístico, também designado de Teoria de Sistemas de Cuidados de Saúde, tem uma visão multidimensional e de totalidade da pessoa, em que esta é vista como um cliente/sistema em permanente equilíbrio dinâmico com o ambiente no sentido da estabilidade (Pereira, 2017). Os três eixos que compõem o sistema no seu todo são: o ser humano, os *stressores* e a resposta da pessoa aos mesmos. Esta teoria compreende quatro conceitos metaparadigmáticos: pessoa, ambiente, saúde/doença e enfermagem. Na figura 1 apresenta-se um esquema representativo deste modelo.



**Figura 1** - Elementos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman  
 Fonte: Esquema baseado no Modelo de Neuman (Neuman, 1995)

O conceito de pessoa é apresentado enquanto cliente/sistema, que pode ser um indivíduo, família, grupo ou comunidade, sendo composto por variáveis fisiológicas, psicológicas, de desenvolvimento, socioculturais e espirituais constituindo em conjunto a essência do ser, que corresponde ao núcleo. Estas variáveis organizam-se na forma de linhas concêntricas protetoras que agem na retenção, obtenção ou conservação do equilíbrio e integridade desse sistema que compõe a pessoa (Braga & Silva, 2011). Ao proteger o núcleo, constituído pelos fatores básicos de sobrevivência comuns a todos os seres humanos, as linhas de resistência representam condições internas, como última barreira face aos agentes agressores, que quando eficazes ajudam a estabilizar e a retornar a um estado normal de bem-estar (Martins, 2014; Cross, 1993).

De seguida vem representada a linha normal de defesa, que é concebida como um nível de saúde desenvolvido e adaptado através do tempo e considerado normal para um indivíduo em particular ou um sistema. Este estado normal de bem-estar, refere-se às capacidades e habilidades da pessoa a partir das vivências, representando o equilíbrio ou adaptação aos *stressores* (Martins, 2014; Cross, 1993). Já a linha flexível de defesa é dinâmica e pode ser modificada rapidamente. Ela age como um amortecedor para a linha normal de defesa quando o ambiente é *stressante*, e funciona como um “filtro” quando o ambiente oferece apoio, servindo nesse contexto como uma força positiva que contribui para o crescimento e desenvolvimento pretendendo conservar o estado de bem-estar e o núcleo da pessoa (Martins, 2014).

Quando estas linhas são quebradas por um agente *stressor*, ocorre uma reação na linha normal, afetando o estado de bem-estar da pessoa, o que leva ao aparecimento de sinais e sintomas de desequilíbrio provocados pelo estado de doença. Neuman utilizou a definição de *stress* como sendo a resposta não específica do corpo a qualquer pedido, surgindo como

causador de tensão, com o potencial de causar instabilidade no sistema e, por consequência, desequilíbrio ou distúrbio na harmonia pessoal. Esta desarmonia pode ocorrer sempre que os fatores de *stress* rompem as linhas de defesa. Estes *stressores*, são de origem ambiental e podem-se dividir em fatores intrapessoais (relacionados com as forças da própria pessoa); fatores interpessoais (relativos às forças exteriorizadas entre duas ou mais pessoas); e, fatores extrapessoais (relacionados com as forças exteriores ao sistema que influenciam a pessoa) (Neuman, 1995; Cross, 1993).

O modelo analisado tem presente um campo energético aberto (fluxo contínuo de entrada e processo, saída e feedback) em que a pessoa está sujeita a *stressores*, como tal, as linhas de defesa deverão ser reforçadas para o equilíbrio do continuum saúde-doença. É precisamente neste ponto que a atuação de enfermagem tem a sua importância, pela ajuda no reforço das diversas linhas de defesa através de intervenções, entendidas como ações de PrS do cuidador dentro do sistema de saúde, nos diversos níveis de cuidados, tal como refere Martins (2014) e Amaral (2009):

- **Prevenção primária:** atuação para evitar que o *stressor* afete a linha flexível de defesa, visando a identificação de fatores de risco de modo a prevenir possíveis reações;
- **Prevenção secundária:** quando não se consegue proteger a linha normal de defesa, inicia-se o tratamento de sintomas após a reação a fatores de *stress* para reduzir os seus efeitos nocivos;
- **Prevenção terciária:** ajudar à readaptação, manutenção do equilíbrio e a reeducação para prevenção de novos eventos. Esta ocorre depois da linha de defesa normal ter sido atingida, porém, após a intervenção no nível secundário, foi adquirida alguma reconstituição.

As intervenções de enfermagem em qualquer um dos níveis mencionados, visam auxiliar o sistema a adaptar-se ou a ajustar-se e a reter, restaurar ou manter um grau de estabilidade entre as variáveis do sistema do cliente e os *stressores* ambientais, reforçando assim o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar (Neuman e Fawcett, 2011). Prevenir os *stressores* através da intervenção é a chave para o bem-estar do cliente devendo esta começar, assim que um fator de risco ou *stressor* é identificado ou tem sua existência comprometida, antes que ocorra uma resposta negativa do cliente (Rixillo, 2011).

### 3 - PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento em saúde é entendido como a racionalização na utilização dos recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993). Para Tavares (1990), o planeamento é um processo que visa selecionar, entre várias alternativas, um percurso de ação.

Este processo que é contínuo, cíclico e dinâmico integra diversas fases, designadamente o diagnóstico da situação, definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional e a avaliação Tavares (1990).

#### 3.1 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Nesta primeira etapa, o diagnóstico de situação, são identificados os problemas de saúde da população em estudo e determinadas as suas necessidades (Tavares, 1990). Segundo este autor, um problema de saúde corresponde a um estado de saúde julgado deficiente, enquanto que a necessidade exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir, representando a diferença entre o que existe e o que é desejável em termos de estado de saúde. O diagnóstico de situação deve terminar com uma lista de problemas, sendo então, o ponto a partir do qual será medido o avanço alcançado com as nossas atividades (Imperatori & Giraldes, 1993).

Existia na UCCAS um diagnóstico de situação elaborado recentemente, no ano de 2019, aos idosos com 65 ou mais anos do Br. SC o qual permitiu estabelecer vários diagnósticos de enfermagem comunitária, sendo que nem todos tinham sido alvo de uma intervenção. Assim, em conjunto com a enfermeira coordenadora da UCCAS, a enfermeira cooperante e a professora orientadora, considerou-se pertinente a intervenção numa dessas áreas.

Assim, e após o levantamento dessas necessidades, por forma a analisar em qual seria mais prioritária a intervenção, realizaram-se entrevistas semiestruturadas a três informantes-

chave: dois enfermeiros que participaram na elaboração desse diagnóstico de situação após o qual implementaram dois projetos de intervenção no bairro, e a enfermeira coordenadora da UCCAS enquanto elemento que acompanhou o desenvolvimento desses projetos. Para tal foram elaborados dois guiões de entrevista. As entrevistas foram realizadas no dia 28 de julho, após obtenção do consentimento informado dos entrevistados para a sua colaboração bem como áudio-gravação das mesmas. Após a sua transcrição, foi feita a análise das entrevistas segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1994).

Através da análise de ambos documentos foram identificados vários problemas, sendo que todos os que foram identificados nas entrevistas também tinham sido identificados no diagnóstico de situação para além de outros.

Nas entrevistas realizadas aos informantes-chave a subcategoria Saúde Social em que era destacado o problema da solidão dos idosos foi a que obteve mais unidades de registo. Contudo esta necessidade já foi alvo de um projeto de intervenção comunitária, apesar de não ter tido continuidade. A subcategoria Saúde Física, onde está englobada a Diabetes, foi a segunda com mais unidades de registo correspondendo também a um dos diagnósticos elaborados aquando do diagnóstico de situação. De acordo com os dados deste, a Diabetes estava presente em 51,5% da amostra, e quando questionados se a patologia afetava a sua vida diária, 30,3% dos idosos referiu que interferia muito nas suas atividades.

Assim, e após esta análise, concluiu-se ser prioritário intervir no seguinte diagnóstico de enfermagem comunitária: Alteração do metabolismo dos glúcidos nos idosos com 65 ou mais anos de idade do Br. SC.

Para uma melhor avaliação e diagnóstico das necessidades dos idosos relativos à DM será aplicado neste projeto o QCD, um instrumento de avaliação de conhecimentos acerca da DM e seu tratamento, que foi construído para a população portuguesa, tendo em conta o seu nível de literacia bem como as suas crenças sobre a doença. É constituído por 20 questões agrupadas em 3 dimensões (tratamento, controlo e complicações, causas e duração) (Sousa et al., 2015). Para utilização do questionário foi solicitada autorização aos autores do mesmo.

### 3.2 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Após a definição dos problemas de saúde é crucial selecionar quais deverão ser solucionados em primeiro lugar, através de uma das diferentes metodologias possíveis e utilizando-se critérios de diversa ordem para este fim (Imperatori & Giraldes, 1993).

No diagnóstico de situação realizado aos idosos com 65 ou mais anos do Br. SC a validação e hierarquização das necessidades reais de saúde foi realizada com base no Método de *Hanlon*. Segundo a DGS (2016), este método constitui-se como um método complexo, mas vantajoso quando o objetivo é produzir uma lista de problemas de saúde baseados em dados numéricos. Além disso, foi ainda realizada junto da população uma sessão de validação e hierarquização das necessidades reais, a fim de verificar se estas iam ao encontro das necessidades sentidas. A percepção que a comunidade tem de determinado problema é de suma importância, na hierarquização das prioridades, e a sua aceitação e reconhecimento sentido pela comunidade, poderá envolver a mesma e ditar o sucesso do planeamento delineado (Nunes, 2016).

Duas dessas necessidades identificadas como prioritárias foram ainda em 2019 alvo de projetos de intervenção. Um na área do *empowerment* aos idosos com Hipertensão Arterial e outro que trabalhou a intergeracionalidade para a promoção de atividades recreativas com idosos.

### 3.3 - FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Imperator e Giraldes (1993) definem esta fase como a elaboração do enunciado do resultado desejável em relação aos problemas definidos como prioritários, alterando a tendência da sua evolução. De acordo com Tavares (1990), os objetivos deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, fornecendo a possibilidade de uma correta avaliação posterior. Assim, fixar objetivos consiste em definir para onde se vai, sendo a forma como se lá chega parte integrante da etapa seguinte: a seleção das estratégias (Tavares, 1990).

Assim, após a identificação e enquadramento da problemática em questão e com a finalidade de contribuir para a minimização da problemática da Diabetes, define-se como objetivos gerais deste projeto os seguintes:

- Avaliar os conhecimentos dos idosos com 65 ou mais anos, residentes no Br. SC, sobre a Diabetes através da aplicação do QCD.
- Promover a literacia em saúde na prevenção da Diabetes nos idosos com 65 ou mais anos, residentes no Br. SC, através de um projeto de intervenção de enfermagem comunitária, de julho 2020 a dezembro 2020.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993) há necessidade de transpor o objetivo geral em objetivos operacionais, uma vez que a capacidade de os alcançar revela a capacidade de atingir o objetivo principal.

Enquanto objetivos específicos estabelecem-se os seguintes:

- Aplicar o QCD;
- Instruir para a problemática da Diabetes e necessidade de vigilância de saúde;
- Capacitar para identificação de fatores de risco da Diabetes;
- Negociar para a adoção de hábitos na adesão ao regime terapêutico não farmacológico;
- Aconselhar para a importância da adesão ao regime terapêutico farmacológico;
- Instruir para as complicações inerentes à Diabetes;
- Educar sobre a autovigilância do risco de Diabetes.

### 3.4 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Imperatori e Giraldes (1993) definem a seleção de estratégias como a escolha de um conjunto coerente de técnicas específicas, de gestão ou operacionais, organizadas com o fim de definir o processo mais adequado para alcançar os objetivos fixados e assim reduzir os problemas de saúde prioritários.

Os mesmos autores referem que as estratégias englobam a tecnologia a aplicar, os procedimentos administrativos e outros, os aspetos organizacionais da distribuição da prestação de serviços, política ou legislação a modificar, formas de introduzir as modificações necessárias nas atitudes dos indivíduos ou dos profissionais, entre outros. Assim nesta fase deve esboçar-se a descrição dos resultados esperados, dos grupos de população a atingir e das técnicas a utilizar, a escolha dos equipamentos e do pessoal, as necessidades essenciais em serviços de apoio, e uma estimativa grosseira dos custos.

Neste projeto em concreto, espera-se o aumento dos conhecimentos sobre a Diabetes bem como a aquisição de competências cognitivas e sociais que capacitem a pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a prevenir a Diabetes ou a gerir o seu controlo no caso de já ser portador da doença.

Para tal, serão desenvolvidas várias ações de EpS, designadamente relativas ao conhecimento sobre a doença, o tratamento e a prevenção bem como a importância de aderir

ao regime terapêutico, no sentido de capacitar a pessoa para uma tomada de decisão em seu próprio benefício.

A população a que este projeto se dirige são os idosos com 65 ou mais anos residentes no Br. SC e que se mostrem disponíveis para participar no projeto. Estes serão convocados através de pósteres e folhetos informativos que publicitem o projeto, mencionando as suas atividades, data, hora, local e responsáveis pelo projeto. Para facilitar este processo de divulgação do projeto e de motivação da população à adesão ao mesmo recorrer-se-á a parceiros da comunidade como seja a responsável do projeto “*Viver melhor no SAKA*” da CML, a associação de moradores do Br. SC, entre outros.

As atividades do projeto decorrerão na associação de moradores do Br. SC e no seu espaço envolvente, no caso das atividades a realizar no exterior. Em termos de recursos materiais serão utilizados meios informáticos, como o computador e o projetor, assim como outros materiais didáticos para a realização de atividades práticas que facilitem a aquisição das competências. A nível de recursos humanos o projeto contará com a participação da equipa da UCCAS.

### 3.5 - ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

Um projeto de intervenção em saúde é um documento orientador pormenorizado com ações, devidamente alicerçadas, a serem desenvolvidas, com a finalidade de responder às necessidades de saúde identificadas e que visam promover a qualidade de vida e ampliar o nível de saúde de uma dada população, através do reforço do envolvimento comunitário na resolução dos problemas identificados, decorrendo num período bem delimitado de tempo (Tavares, 1990).

É importante distinguir programa de projeto. Um programa é “o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que exigem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 129). Um projeto é definido como “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 129).

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018 da OE (2018) que define as competências específicas do EEEC, o estabelecimento de programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados é uma das suas unidades de competência. Assim, ao

implementar um projeto de intervenção comunitária o EEEC concebe, planeia e executa intervenções para os problemas de saúde pública complexos, atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde. Para tal é fundamental a otimização dos recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos programas e projetos de intervenção assim como mobilizar os responsáveis organizacionais e políticos nas intervenções aos problemas de saúde. Estes programas são elaborados ainda com base na evidência científica de forma a suportar as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos. A sua execução só é possível através de um trabalho em parceria/rede, com vista à participação multissetorial, no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções.

### **3.5.1 - Projeto de Intervenção Comunitária: Diabetes no “SAKA”: Promoção da literacia em saúde nos idosos**

Tal como já referido, este projeto de intervenção comunitária surge após a identificação do diagnóstico de enfermagem comunitária: Alteração do metabolismo dos glúcidos nos idosos com 65 ou mais anos de idade do Br. SC.

O presente projeto foi denominado de Diabetes no “SAKA”: Promoção da literacia em saúde nos idosos. A designação de Diabetes no “SAKA” relaciona-se com o facto de se pretender com este projeto intervir na área da DM, no sentido de prevenir a doença e suas complicações. “SAKA” é o nome que os jovens atribuíram ao bairro onde vivem, o Br. SC. Sendo a LS uma importante estratégia educacional que auxilia a pessoa e sua família ou cuidadores na sua capacitação para a tomada de decisão no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e PrS, de forma a manter ou melhorar a sua qualidade de vida, considerou-se pertinente intervir a este nível.

Com a escolha deste nome pretende-se alertar para a importância de instruir e capacitar os idosos para a aquisição de hábitos de vida saudáveis com o intuito da prevenção da Diabetes e suas das complicações bem como do impacto negativo que a patologia poderá causar na saúde e bem-estar dos idosos. Procura-se com este projeto fomentar a PrS através da aquisição de conhecimentos, da adoção de estilos de vida saudáveis e da vigilância da saúde, a fim de proporcionar melhor saúde e conseqüentemente melhor qualidade de vida às pessoas, contribuindo para um envelhecimento ativo.

Este projeto está enquadrado no “Programa da Diabetes” da UCCAS, e terá também a colaboração da enfermeira responsável pelo mesmo.

### 3.6 - PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Estando as necessidades em saúde identificadas e as estratégias definidas para colmatar os problemas em causa, segue-se o planeamento operacional para executar o projeto. Imperatori e Giraldes (1993), referem-se a esta etapa como o estudo pormenorizado das atividades imprescindíveis à execução, parcial ou total, de uma estratégia para atingir um ou mais objetivos. Cada atividade deve conter: a atividade em si, quem, quando, onde e como a realiza, qual o objetivo que pretende atingir e a avaliação dessa mesma atividade (Tavares, 1990).

Para a execução deste projeto prevê-se a realização de quatro sessões de EpS que englobam uma primeira parte de transmissão e partilha de conhecimentos em diferentes áreas-chave da Diabetes e uma segunda parte mais prática em que os idosos possam concretizar esses saberes adquiridos. Será ainda assinalado o dia mundial da Diabetes, que se comemora a 14 de novembro, com realização de atividade física ao ar livre.

Para fundamentar estas intervenções, irá proceder-se à procura da melhor evidência científica com recurso à realização de uma *Scoping Review* no sentido de orientar e de preparar as sessões de EpS de forma científica e com a metodologia adequada e eficaz para este projeto de intervenção, numa Prática de Enfermagem Baseada na Evidência.

Assim, apresenta-se de seguida o plano operacional a implementar compreende os objetivos específicos, as atividades, o local, os recursos, o horizonte temporal e os indicadores de avaliação.

### 3.6.1 – Plano de Atividades

**Área de intervenção:** Promoção da literacia em saúde na prevenção da Diabetes

**População-alvo:** Idosos com 65 ou mais anos que residem no Br. SC

**Objetivos gerais:**

- Analisar os processos de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária numa perspetiva transdisciplinar;
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ATIVIDADES	LOCAL	RECURSOS	HORIZONTE TEMPORAL	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<b>G1.1 — Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.</b>	- Conhecer a UCCAS e integrar a Equipa Multidisciplinar.	- Apresentação à equipa da UCCAS. - Visita ao espaço físico da UCCAS. - Consulta dos documentos que regem a atividade da UCCAS. - Reunião de apresentação na UCCAS com a Enf. <sup>a</sup> coordenadora. - Discussão das propostas de intervenção.	- UCCAS	- Equipa da UCCAS - Mónica Mendes - Enf. <sup>a</sup> Catarina Afonso - Arminda Matos	- 27 de julho de 2020 a 31 de julho de 2020	- Nº de propostas de intervenção produzidas na reunião.  - Nº de intervenções individuais propostas para cada estudante.  - Nº de projetos onde a estudante será integrada.

	- Identificar as necessidades em saúde da comunidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Análise do relatório de diagnóstico de situação aos idosos com 65 ou mais anos do Br. SC elaborado em 2019.</li> <li>- Realização e análise das entrevistas aos informantes-chave para validação dos problemas.</li> <li>- Análise de indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde.</li> <li>- Identificação do diagnóstico de enfermagem comunitária a intervir.</li> <li>- Aplicação do QCD na 1ª sessão do projeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UCCAS</li> <li>- Outros contextos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mónica Mendes</li> <li>- Informantes-chave</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 27 de julho de 2020 a 15 de outubro de 2020</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de entrevistas realizadas.</li> <li>- Taxa de idosos que preenchem o QCD corretamente.</li> <li>- Taxa de respostas certas no QCD.</li> </ul>
<b>G1.2 — Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade.</b>	- Validar as áreas de intervenção para implementação do projeto.	- Reunião com a Enf.ª Cooperante, Enf.ª Coordenadora da UCCAS e com a Profª Orientadora para validação das áreas de intervenção e do tema do projeto de intervenção.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UCCAS</li> <li>- Programa Zoom para reunião <i>on-line</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mónica Mendes</li> <li>- Enf.ª Inês Pereira</li> <li>- Profª Mª do Carmo Figueiredo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 27 de julho de 2020</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de propostas efetuadas para o projeto de intervenção.</li> </ul>

				- Enf.ª Catarina Afonso		
<b>G1.3 — Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.</b>	- Definir os objetivos gerais e os objetivos específicos do projeto de intervenção.	- Reunião para análise da população alvo do projeto de intervenção para adequação deste às suas características específicas.  - Definição dos objetivos gerais e dos objetivos específicos do projeto de intervenção com vista à obtenção de ganhos em saúde para a população.  - Seleção das estratégias de intervenção, adequando-as à população alvo do projeto.	- UCCAS  - Outros contextos	- Mónica Mendes  - Enf.ª Inês Pereira  - Profª Mª do Carmo Figueiredo  - Enf.ª Catarina Afonso	- 27 de julho de 2020 a 11 de setembro de 2020	- Taxa de concretização dos objetivos segundo o formador.
<b>G1.4 - Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados</b>	- Desenvolver o projeto de intervenção comunitária face ao diagnóstico de enfermagem definido.	- Elaboração do projeto de intervenção, do plano de atividades e do cronograma.  - Participação em reuniões com a Enfª Coordenadora da UCCAS, a Enfª Cooperante e a Profª Orientadora para validação e discussão do projeto de intervenção.	- UCCAS  - Br. SC	- Mónica Mendes  - Enf.ª Inês Pereira  - Profª Mª do Carmo Figueiredo	- 27 de julho de 2020 a 25 de setembro de 2020	- Nº de reuniões efetuadas.  - Nº de propostas de intervenção com os idosos.  - Nº de parcerias concretizadas.  - Nº de intervenções

		- Participação em reuniões com os parceiros envolvidos para apresentação do projeto e aferição da operacionalização do mesmo.		- Enf. <sup>a</sup> Catarina Afonso  - Parceiros do Projeto "Viver Melhor no Saka"		estabelecidas para o projeto.  - Documento com a proposta das atividades a realizar com o grupo de idosos.
	- Planear intervenções para a promoção da literacia em saúde dos idosos.	- Elaboração do plano de formação a implementar.  - Validação do planeamento da intervenção com a Enf. <sup>a</sup> Cooperante e a Prof. <sup>a</sup> Orientadora.	- UCCAS  - Br. SC	- Mónica Mendes  - Enf. <sup>a</sup> Inês Pereira  - Prof. <sup>a</sup> M. <sup>a</sup> do Carmo Figueiredo	- 14 de setembro de 2020 a 09 de outubro de 2020	- Documento com o planeamento das intervenções.
	- Elaborar uma <i>Scoping Review</i> de acordo com a problemática definida para um Prática Baseada na Evidência.	- Realização de pesquisa bibliográfica.  - Elaboração da pergunta de investigação, objetivos e restante protocolo do <i>Joanna Briggs Institute</i> , para ir ao encontro da melhor evidência científica.  - Obtenção de evidências	- UCCAS  - ESSS	- Mónica Mendes  - Prof. <sup>a</sup> M. <sup>a</sup> do Carmo Figueiredo	- 7 de setembro de 2020 a 25 de setembro de 2020	- Documento da <i>Scoping Review</i> .  - Nº de artigos incluídos em resposta à questão de investigação.

		científicas que conduzam a uma resposta mais adequada ao diagnóstico de enfermagem formulado.				
<b>G2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania</b>	- Divulgar o projeto de intervenção à comunidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efetuar a convocatória dos idosos à participação nas atividades do projeto.</li> <li>- Divulgação das atividades do projeto em zonas de referência do Br. SC através de pósteres informativos.</li> <li>- Elaboração e distribuição de panfletos informativos na comunidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UCCAS</li> <li>- Br. SC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mónica Mendes</li> <li>- Enf.ª Inês Pereira</li> <li>- Enf.ª Catarina Afonso</li> <li>- Parceiros do Projeto "Viver Melhor no Saka"</li> <li>- Outros parceiros</li> </ul>	- 28 de setembro de 2020 a 27 de novembro de 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de panfletos e pósteres distribuídos.</li> <li>- Nº de idosos abrangidos pela divulgação da informação.</li> </ul>
	- Integrar alguns projetos do plano de ação da UCCAS	Participação nos programas e projetos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa do Nascimento e Parentalidade;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UCCAS</li> <li>- Outros contextos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mónica Mendes</li> <li>- Equipa da UCCAS</li> </ul>	07 de setembro de 2020 a 04 de dezembro de 2020	- Feedback da Comunidade e dos profissionais de saúde da UCCAS.

	com necessidade de intervenção comunitária.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa do Aleitamento Materno;</li> <li>- Programa da Parentalidade Positiva;</li> <li>- Programa de saúde Escolar;</li> <li>- Programa do Envelhecimento;</li> <li>- Programa das doenças respiratórias;</li> <li>- ECCI.</li> </ul>				
	- Refletir de forma crítica as atividades e estratégias de intervenção com base nas competências específicas do EEEC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participação no Seminário Intercalar.</li> <li>- Análise crítico-reflexiva dos resultados do projeto de intervenção comunitária.</li> <li>- Elaboração do relatório de estágio.</li> <li>- Participação no seminário final para partilha e discussão dos resultados.</li> </ul>	-ESSS	- Mónica Mendes	- 14 de setembro de 2020 a 18 de dezembro de 2020	- Documento do Relatório de Estágio.
<b>G2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária,</b>	- Implementar o projeto de intervenção com os idosos.	- Planeamento e realização das sessões com os idosos, considerando os objetivos, os conteúdos, as estratégias e a avaliação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UCCAS</li> <li>- Br. SC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mónica Mendes</li> <li>- Equipa da UCCAS</li> </ul>	- 05 de outubro de 2020 a 27 de novembro de 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de realização das atividades.</li> <li>- Taxa de assiduidade dos</li> </ul>

<p><b>conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais.</b></p> <p><b>G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade</b></p>		<p>- Realização das seguintes sessões de EpS:</p> <p><b>Sessão nº 1</b> "Diabetes: vigilância da saúde, fatores de risco e complicações".</p> <p><b>Sessão nº 2</b> "Diabetes: adoção de hábitos na adesão ao regime terapêutico não farmacológico - Alimentação Saudável".</p> <p><b>Sessão nº 3</b> "Diabetes: adoção de hábitos na adesão ao regime terapêutico não farmacológico - Atividade Física" com prática de Atividade Física em Grupo.</p> <p><b>Sessão nº 4</b> "Diabetes: Importância de Adesão ao Regime Terapêutico Farmacológico".</p> <p><b>Sessão nº 5</b> Comemoração do dia mundial da Diabetes, 14 de novembro de 2020, com realização de atividade física ao ar livre.</p>	<p>- Comunidade do Br. SC</p> <p>- Parceiros do "Projeto Viver Melhor no Saka"</p> <p>- Outros parceiros</p>		<p>idosos nas atividades.</p> <p>- Taxa de participantes com conhecimentos adquiridos em cada sessão.</p> <p>- Taxa de melhoria da classificação final face à inicial de cada sessão.</p> <p>- Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre a problemática da DM.</p> <p>- Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre alimentação saudável.</p>
---	--	---	--	--	---

						<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre a importância da atividade física.</li> <li>- Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre adesão ao Regime Terapêutico Farmacológico.</li> </ul>
<b>G1.5. Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração das fichas de avaliação de conhecimentos dos participantes, a aplicar em cada sessão.</li> <li>- Elaboração da ficha de avaliação das sessões.</li> <li>- Elaboração da ficha de satisfação acerca da prestação dos educadores.</li> <li>- Processo reflexivo ao longo do projeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UCCAS</li> <li>- Br. SC</li> <li>- Outros contextos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mónica Mendes</li> <li>- Enf.ª Inês Pereira</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 de outubro de 2020 a 27 de novembro de 2020</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de avaliação das atividades segundo os participantes.</li> <li>- Taxa de avaliação do desempenho do formador segundo os participantes.</li> </ul>

		<p>- Participação em reuniões com a Enf.<sup>a</sup> cooperante na fase intermédia e na fase final da intervenção para avaliação do projeto.</p>				<p>- Percentagem de satisfação dos idosos relativa à participação no projeto.</p> <p>- Avaliação de processo na fase intermedia e final da intervenção comunitária.</p>
--	--	--	--	--	--	---

## 3.6.2 – Cronograma de Atividades

ATIVIDADES	ANO	2020																		
	MÊS	julho	agosto	setembro				outubro				novembro				dezembro				
	DIAS	27 31	03 31	01 04	07 11	14 18	21 25	28 02	05 09	12 16	19 23	26 30	02 06	09 13	16 20	23 27	30 04	7 11	14 18	
Reunião de Introdução ao estágio																				
Apresentação à equipa da UCCAS e visita ao espaço físico da UCCAS																				
Reunião com a Enf. <sup>a</sup> cooperante e com a Prof. <sup>a</sup> orientadora																				
Entrevistas aos informantes-chave																				
Elaboração do Projeto de Intervenção																				
Reunião com Parceiros																				
Pesquisa Bibliográfica																				
Planeamento das intervenções																				
Divulgação do Projeto																				
Implementação das intervenções planeadas																				
Seminários na ESSS																				
Elaboração da <i>Scoping Review</i>																				
Participação nos programas e projetos da UCCAS																				

#### 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Adotar uma «educação para a vida», saudável e com exercício, é o grande desafio. A dificuldade desta doença e da sua prevenção está no dia-a-dia, mais no regime alimentar e na relação com a família e os outros do que propriamente no tratamento farmacológico. Se a pessoa tiver uma boa educação terapêutica, consegue prevenir o surgimento da DM ou as suas complicações no caso de ser diabético.

Tendo consciência dos ganhos em saúde que o presente projeto poderá significar para a comunidade em causa, tudo será feito para que se alcancem os objetivos nele delineados. Contudo, esse processo de mudança efetiva é um processo complexo que acarreta grande esforço quer por parte dos profissionais de saúde quer por parte dos utentes pelo que se procurará ao longo do desenvolvimento do projeto ultrapassar as dificuldades inerentes.

É ainda de ressaltar que o projeto poderá estar sujeito a alterações programáticas e/ou ajustes, por limitações que possam surgir no decorrer do mesmo.

Espera-se conseguir concorrer de maneira construtiva para a capacitação desta população em concreto, e desta forma contribuir para o *empowerment* da comunidade e da sociedade em geral.

Deste modo, espera-se com a implementação deste plano de intervenção a consecução dos objetivos nele propostos com vista à melhoria da saúde, bem-estar e qualidade de vida dos idosos diabéticos do Br. SC.

## 5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, M. (2009). *Parceria de Cuidados entre Enfermeiras e Pais de Recém-Nascidos Prematuros Internados, a Visão das Enfermeiras*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Bardin, I. (1994). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Editora Edições Setenta.
- Braga, G. e Silva, J. (2011). *Teorias de Enfermagem*. São Paulo: Iátria.
- Bugalho, A. e Carneiro, A. (2004). *Intervenção para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
- Câmara Municipal de Leiria (2017). *Projeto de Intervenção no Bairro Social Sá Carneiro*. Leiria: Câmara Municipal.
- Câmara Municipal de Leiria (2018). Disponível em: [https://www.cm-leiria.pt/frontoffice/pages/617?news\\_id=3385](https://www.cm-leiria.pt/frontoffice/pages/617?news_id=3385)
- Costa, A.; Saboga-Nunes, L. e Costa, L. (2016). Avaliação do nível de literacia para a saúde numa amostra portuguesa. *Observações\_Boletim Epidemiológico*, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (17) (2ª série), pp. 38-40.
- Cross, J. (1993). *Teorias de Enfermagem – os fundamentos para a prática profissional*, pp. 227-240. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dias, Vanessa (2019). Artigo de opinião. *Jornal Médico dos cuidados de saúde primários*. Nº 71. Disponível em [https://justnews.pt/artigos/pe-diabetico-cerca-de-50-das-amputacoes-e-ulceracoes-poderao-ser-prevenidas#.XTmj9kK\\_DeM](https://justnews.pt/artigos/pe-diabetico-cerca-de-50-das-amputacoes-e-ulceracoes-poderao-ser-prevenidas#.XTmj9kK_DeM).
- Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2011). Norma da DGS nº 002/2011 de 14/01/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 30 de julho de 2020 em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes/norma-da-direccao-geral-da-saude-n-0022011-de-14012011.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Disponível em: <http://pns.dgs.pt>.
- Direção Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde, extensão e revisão a 2020*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

- Direção Geral de Saúde (2016). *Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2019). *Programa Nacional para a Diabetes, desafios e estratégias*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento: Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. 3ª edição, Lisboa: Obras Avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Centro. Lisboa. Disponível em: <http://censos.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2018). Estatísticas Demográficas 2017. Lisboa, Portugal
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA, IP] (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015)*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP)
- Lowdermilk, P. e Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*, 7ª ed., Loures: Lusodidacta.
- Martins, N. (2014). *Pessoas Idosas e Incontinência Urinária: Trajetória da Proposição de um Modelo de Sistematização da Assistência Especializada em Enfermagem*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Brasil: Universidade Federal de Juiz de Fora.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ª edição. USA: Library of Congress
- Neuman B. e Fawcett J. (2011). *The Neuman Systems Model*. 5th Edição., Upper Saddle River (US): Pearson.
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as suas ferramentas de Auxílio*. 1ª Edição, Lisboa: Chiado Editora.
- Observatório Nacional da Diabetes (2016). *DIABETES Factos e Números, o ano 2015. Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Portugal. Disponível em: [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE\\_FINAL\\_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf)
- Queirós, M e Pagliuca, L. (2001). *Conceito De Enfermagem Transcultural: Análise De Seu Desenvolvimento Em Uma Dissertação De Mestrado*. Revista Brasileira de Enfermagem, 4 (54), pp. 630-637. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v54n4/v54n4a11.pdf>

- Regulamento 348/2015. Diário da República, N.º 118/19 de junho de 2015 -2.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Regulamento nº 428/2018. Diário da República, N.º 135/ 16 de julho de 2018 -2.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Rixillo, M. (2011). *Modelo de Sistemas de Betty Neuman*. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/rixillo/modelo-de-sistemas-de-neuman>.
- Saboga-Nunes, L. (2000). O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico. Actas do IV Congresso Português de Sociologia. Disponível em: [https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR462e0a1588ba7\\_1.pdf](https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR462e0a1588ba7_1.pdf)
- Santos, Z. (2011) Hipertensão Arterial – Um Problemas de Saúde Pública [Editorial]. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 24, pp. 285-286.
- Schneider, R e Irigaray, T. (2008). *O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais*. *Estudos de Psicologia*, 25, pp. 585-593.
- Silva, C. (2012). *Espiritualidade e religiosidade das pessoas idosas: consequências para a saúde e bem-estar*. Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em enfermagem. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.
- Sousa, M. R., McIntyre, T., Martins, T. e Silva, E. (2015). Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD): propriedades psicométricas. *Revista portuguesa de saúde pública*, 33 (1).
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Unidade de Cuidados à Comunidade Dr. Arnaldo Sampaio (2020). *Apresentação Sumária 2020*. Leiria.
- World Health Organization (1997). *Health for all for the twenty-first century: the health policy for Europe*, Copenhagen. Geneva.
- World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Geneva.
- World Health Organization (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva.
- World Health Organization (2011). *Global Status report on noncommunicable diseases*. Geneva.
- World Health Organization (2015). *The Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Geneva. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>
- World Health Organization (2020). *Diabetes*. Geneva. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>



ANEXO II – Problemas identificados no diagnóstico de situação em 2019

**Problemas identificados no Diagnóstico de Situação aos idosos com 65 ou mais anos do**

**Br. SC em 2019, hierarquizados por prioridades:**

- 1) Atividade física diminuída;
- 2) Bem-estar físico comprometido;
- 3) Atividades recreativas deficitárias;
- 4) Vigilância da saúde diminuída;
- 5) Fragilidade económica;
- 6) Bem-estar social comprometido;
- 7) Bem-estar psicológico comprometido
- 8) Padrão de sono alterado;
- 9) Envolvimento comunitário diminuído;
- 10) Solidão;
- 11) Uso de álcool.

ANEXO III – Guiões de entrevista aos informantes-chave e consentimento informado

## GUIÃO DA ENTREVISTA

**Projeto de Intervenção:** dirigido aos Idosos do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro

**Objetivo:** Colher informação relativa ao diagnóstico realizado com a população idosa do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro

**Entrevistadora:** Mónica Neves Mendes

**Entrevistado:** Informante-chave enquanto elemento participativo na elaboração do Diagnóstico de Enfermagem Comunitária aos Idosos do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro e dinamizador de um projeto de intervenção dirigido a essa mesma população.

**Data:** \_\_\_\_\_

**Local:** \_\_\_\_\_

**Hora de início:** \_\_\_\_\_

**Hora de término:** \_\_\_\_\_

QUESTÕES	INDICADORES
1. Fale-me do seu projeto de intervenção a este grupo de idosos.	Caraterização do grupo alvo Tema do projeto Diagnósticos de Enfermagem Comunitária Instrumentos de colheita de dados Contactos feitos Objetivos de intervenção Estratégias de intervenção Metas
2. O que pensa dessa intervenção que concretizou no bairro?	Assiduidade das pessoas Pontualidade das pessoas Atividades desenvolvidas Participação das pessoas Avaliação de conhecimentos Avaliação de satisfação das sessões Ganhos em saúde
3. Das necessidades identificadas no Diagnóstico de Enfermagem Comunitária que elaborou quais considera prioritárias?	Fragilidade económica; Solidão, isolamento social, vulnerabilidade social, falta de apoio familiar; Padrão de sono alterado; Alcoolismo; Bem-estar físico comprometido: hipertensão, problemas cardíacos, circulatórios, diabetes, artrite; Atividade física diminuída, sedentarismo; Bem-estar social comprometido; Envolvimento comunitário diminuído; Atividades recreativas deficitárias; Vigilância diminuída da Saúde; Bem-estar psicológico comprometido, ansiedade, baixa autoestima e desinteresse.
4. Que ações futuras perspetiva no bairro?	Ações e estratégias a desenvolver
5. Deseja acrescentar algum contributo ao que foi referido anteriormente?	

## GUIÃO DA ENTREVISTA

**Projeto de Intervenção:** dirigido aos Idosos do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro

**Objetivo:** Colher informação relativa ao diagnóstico realizado com a população idosa do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro

**Entrevistadora:** Mónica Neves Mendes

**Entrevistado:** Informante-chave enquanto elemento cooperante na elaboração do Diagnóstico de Enfermagem Comunitária aos Idosos do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro e nos projetos de intervenção dirigidos a essa mesma população.

**Data:** \_\_\_\_\_

**Local:** \_\_\_\_\_

**Hora de início:** \_\_\_\_\_

**Hora de término:** \_\_\_\_\_

QUESTÕES	INDICADORES
1. Fale-me da sua experiência de acompanhamento nos projetos de intervenção a este grupo de idosos.	Caraterização do grupo alvo Tema do projeto Diagnósticos de Enfermagem Comunitária Instrumentos de colheita de dados Contactos feitos Objetivos de intervenção Estratégias de intervenção Metas
2. O que pensa dessa intervenção que acompanhou no bairro?	Assiduidade das pessoas Pontualidade das pessoas Atividades desenvolvidas Participação das pessoas Avaliação de conhecimentos Avaliação de satisfação das sessões Ganhos em saúde
3. Das necessidades identificadas no Diagnóstico de Enfermagem Comunitária elaborado quais considera prioritárias?	Fragilidade económica; Solidão, isolamento social, vulnerabilidade social, falta de apoio familiar; Padrão de sono alterado; Alcoolismo; Bem-estar físico comprometido: hipertensão, problemas cardíacos, circulatórios, diabetes, artrite; Atividade física diminuída, sedentarismo; Bem-estar social comprometido; Envolvimento comunitário diminuído; Atividades recreativas deficitárias; Vigilância diminuída da Saúde; Bem-estar psicológico comprometido, ansiedade, baixa autoestima e desinteresse.
4. Que ações futuras perspetiva no bairro?	Ações e estratégias a desenvolver
5. Deseja acrescentar algum contributo ao que foi referido anteriormente?	



## CONSENTIMENTO INFORMADO

Projeto de Intervenção dirigido aos Idosos do Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro

Sou enfermeira a frequentar o 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém e a realizar estágio na Unidade de Cuidados à Comunidade Dr. Arnaldo Sampaio, com a cooperação da Enf.<sup>a</sup> Inês Pereira e da Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria do Carmo Figueiredo.

O assunto a abordar relaciona-se com o Diagnóstico de Enfermagem Comunitária aos Idosos com 65 ou mais anos do Bairro Dr. Sá Carneiro, elaborado em 2019.

A partir das necessidades identificadas nesse diagnóstico pretendo selecionar uma e desenvolver um projeto de intervenção com o objetivo de contribuir para a melhoria da saúde e da qualidade de vida desta população tendo em vista um Envelhecimento Ativo.

Para que tal seja possível, solicito a sua colaboração nesta entrevista, no sentido de colher informações que considero pertinentes para o desenho deste projeto de intervenção. Se em qualquer momento manifestar o desejo de interromper a entrevista, isso será imediatamente respeitado.

Os dados recolhidos serão devidamente tratados, mantendo o sigilo e o anonimato.

Solicito que, após se considerar devidamente informado, assine este documento dando o seu consentimento à realização da entrevista.

Assinatura do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistador: \_\_\_\_\_

ANEXO IV – Matriz da análise de conteúdo das entrevistas aos informantes-chave

**Matriz da análise de conteúdo das entrevistas aos informantes-chave**

TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
<b>A</b> <b>COMUNIDADE</b> <b>DO BAIRRO DR.</b> <b>SÁ CARNEIRO</b>	CARATERIZAÇÃO	Idade	E1 – “idosos com 65 ou mais anos” E1 - “(...) manter aquela população idosa, porque a tendência é (...) envelhecer ainda mais, e alguns (...) podem mesmo falecer.”
		Origem	E3 – “(...) eles são todos retornados, eram pessoas que viviam (...) em Moçambique (...) em Angola, (...) e que tiveram com o 25 de abril deixar de forma abrupta a sua terra e vieram com o que tinham vestido.”
		Integração	E3 – “(...) há uma mudança nas pessoas que estavam a ocupar o bairro porque à medida que estes idosos (...) vão falecendo ou vão desocupando as casas por outra razão, aquilo é um bairro social, vão sendo ocupadas por outras pessoas.” E3 – “(...) uma das dificuldades dos idosos era aceitar (...) novas pessoas, porque (...) são pessoas de outras nacionalidades (...) de etnias, (...) a etnia cigana e então havia aqui um conflito (...) nesta aceitação porque eles vão e estragam, e havia algumas queixas.”
	ADESÃO DA COMUNIDADE AOS PROJETOS	Elementos-chave	E1 – “(...) tive a ajuda de alguns elementos fundamentais ali no bairro (...) pessoas da própria comunidade, (...) elementos-chave da comunidade que cativavam, falavam umas com as outras e que as trouxeram até ao projeto e à sua participação. Isso foi fundamental.” E2 – “É importante a ligação com associações do bairro, com elementos-chave (...) que são pessoas fundamentais para promover a adesão das pessoas.” E2 – “Houve uma forte adesão da população (...)” E2 – “(...) sensibilização através dos elementos-chave para conseguir funcionar como satélites para trazer as pessoas ao projeto (...)” E2 – “(...) ligação muito grande entre os dinamizadores e as pessoas que participaram.”

		Responsabilização	E1 – “(...) eles têm noção que têm problemas físicos, mas o mais difícil é levar a uma mudança de atitudes e de comportamentos.”
		Participação	E3 – “As pessoas já estavam habituadas por causa do outro projeto “ <i>Viver Melhor no Saka</i> ” (...) já tinham alguns hábitos de ir e participar nalgumas atividades (...)” E3 – “na escola apareceram mais idosos do que os que faziam parte do grupo de intervenção (...) convidados por estes.” E3 – “(...) um bom pronuncio do que quem está a participar está a sentir, estou-me a sentir bem, estou a gostar levo também a minha irmã, o meu vizinho.”
<b>PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	A PESSOA NO CENTRO DOS CUIDADOS	Estratégias	E2 – “(...) o modo de concretização dos projetos em termos de dinâmica (...) para centrar a atenção das pessoas (...)” E2 – “(...) dinâmicas utilizadas de forma interativa tornando este processo muito contíguo entre as pessoas que estavam a levar a cabo estes projetos e a comunidade (...)” E3 – “(...) as atividades intergeracionais é uma das estratégias que a OMS reconhece como sendo promotoras de um envelhecimento saudável” E3 – “(...) é importante que o idoso seja parte integrante e ativa no desenvolvimento do projeto.”
	IMPACTO	Relacional	E2 – “(...) os próprios foram partilhando (...) só o ir à associação, só o participar nos projetos era muito bom para si próprios porque saíam de casa, conviviam, falavam (...)” E3 - “(...) eles falavam muito é que aquele grupo de pessoas eram todas conhecidas no bairro, mas não se falavam entre si e não tinham relações (...)” E3 - “(...) uma das coisas que falavam como tendo sido muito positivo foi que agora passavam pelas pessoas, mas já há uma palavra porque criaram laços.”
	RESULTADOS	Ganhos em Saúde	E1 – “(...) houve aquisição de conhecimentos (...) em média, houve um aumento em 22%. (...) foi um projeto muito conseguido ali no Bairro.”

			<p>E2 – “(...) a perspetiva com que fiquei no acompanhamento da intervenção (...) houve mudança de pequenas coisas, (...) da confeção dos alimentos, ao nível do isolamento.”</p> <p>E2 – “Em termos de mudança de comportamentos nós não tivemos oportunidade de avaliar”</p> <p>E2 – “(...) o dinamismo e a atividade com as crianças e o não estar só em casa (...) foi um ganho em saúde muito grande para as pessoas.”</p>
	CONTINUIDADE DA INTERVENÇÃO	Gestão da continuidade	<p>E1 – “(...) tinha de haver uma continuidade por parte da UCC para que pudesse avaliar mudança de atitudes e comportamentos. (...)”</p> <p>E1 – “(...) a necessidade de ser um projeto continuado, a própria UCC pegar nos projetos que foram desenvolvidos e dar continuidade.”</p> <p>E2 – “(...) nós não conseguimos no momento dar continuidade à intervenção.”</p> <p>E1 – “(...) a vigilância da saúde é algo que se deve trabalhar (...)”</p> <p>E1 – “(...) não deixar aquela população de lado, (...) trabalhar com ela aspetos relacionados com a sua saúde física, mental, social (...)”</p> <p>E2 – “Projetos na área do envelhecimento ativo (...) Diabetes, (...) da saúde mental, questões relacionadas com o sono que também está ligado com a saúde mental e a área das doenças oncológicas, mas isto será a longo prazo. (...) doenças cardiovasculares, da Diabetes e hábitos de vida saudáveis.”</p> <p>E3 – “(...) aceitação cultural, (...) era uma coisa importante porque (...) eu estou sozinho quando não consigo ver no outro alguém com quem me identifique (...) seria útil trabalhar esta dimensão desta interculturalidade que se vai instalando agora no bairro.”</p> <p>E3 – “(...) seria sempre nesta base de haver momentos em que eles pudessem estar enquanto vizinhos que se conhecessem, (...) perspetiva de criar relações”</p> <p>E3 – “Tudo o que possam ser atividades de coesão, em grupo (...) para aquele bairro era importante.”</p>
	REAIS	Vigilância da Saúde	<p>E1 – “Era muito negligente em relação à vigilância da própria saúde, (...) poderia ter sido abordado a vigilância da saúde.”</p>

<b>PROBLEMAS IDENTIFICADOS</b>	Saúde física	<p>E1 – “A saúde física (...) havia (...) a parte da Diabetes (...) a parte do padrão do sono alterado foi um dos aspetos bastantes relevantes (...)”</p> <p>E2- “(...) de acordo com o Plano Local de Saúde é importante trabalhar áreas chave como a área da Diabetes, a área da obesidade (...)”</p> <p>E3 – Estes padrões de sono alterado, (...)”</p>
	Saúde mental	<p>E1 – “Abusos como o álcool e tabaco (...) mais o álcool que o tabaco, também eram aspetos que poderiam ser abordados ali.”</p>
	Saúde social	<p>E1 – “(...) falta de atividades recreativas, a própria população sentia que queria mais atividades da parte social.”</p> <p>E2 – “(...) o isolamento social. (...) na priorização a solidão tenha vindo no fim há uma forte prevalência no isolamento social.”</p> <p>E2 – “(...) com estes projetos de intervenção promove-se o contato e a redução do isolamento social. “</p> <p>E2 – “(...) seja qual for a abordagem da temática a trabalhar um dos ganhos será sempre a redução do isolamento social.”</p> <p>E3 – “(...) a solidão (...) os testemunhos deles falavam muito da solidão.”</p> <p>E3 – “(...) um problema, mesmo (...) chamados depois não vêm e é para esses que eu acho que é difícil e que são esses que falam de solidão e que sentem a solidão e que eu não sei como é que se consegue chegar porque eles (...) estão cada vez mais incapacitados, estão cada vez mais sozinhos (...)”</p> <p>E3 – “(...) mas era acima de tudo esta questão da solidão.”</p> <p>E3 – “(...) o bem-estar psicológico comprometido com a ansiedade e baixa autoestima tem tudo a ver com estes aspetos da solidão, (...)”</p> <p>E3 – “(...) da falta de apoio familiar, deste isolamento (...), que eles têm.”</p>
	Ambiente domiciliário	<p>E3 – “A fragilidade económica (...) os idosos falaram muito na estrutura das casas, tinham várias queixas quer sonoras, quer as casas frias, (...)”</p> <p>E3 – “com as suas dificuldades de mobilidade os prédios não têm elevador, (...) isso é uma parte mais difícil.”</p>



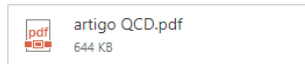
ANEXO V – Autorização para utilização do Questionário dos Conhecimentos da Diabetes



Maria Rui <mariarui@esenf.pt>

qui, 27/08/2020 18:44

Para: Você



Boa tarde

Autorizo a utilização do Questionário dos Conhecimento na Diabetes.

Chamo a atenção para o facto de que este questionário não é uma tradução e adaptação para Português mas sim um instrumento que foi construído propositadamente para a população portuguesa, tendo em conta o seu nível de literacia bem como as suas crenças sobre a doença. Envio o artigo de validação das características psicométricas.

Se tiver alguma dúvida não hesite em contactar-me.

Desejo-lhe as maiores felicidades

Com os melhores cumprimentos  
Maria Rui Sousa



ANEXO VI – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico  
de Santarém

**COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO IPSANTARÉM**

**EMIÇÃO DE PARECER 142020Saúde**

Identificação do Investigador | **Mónica Neves Mendes**

Identificação do Projeto | **Diabetes no "SAKA" Promoção da literacia da Saúde**

**PARECER**

Considerando que:

- Trabalho Académico de Investigação misto (não totalmente claro, dado que utiliza também a finalidade do mesmo para Intervenção Comunitária), integrado no Plano Curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária;
- Identificação das instituições envolvidas (Escola Superior de Saúde de Santarém e Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio do ACES Pinhal Litoral, Leiria);
- Objetivo Geral definido em consonância entre a fundamentação teórica- frágil (Orientação proposta pela OMS) e a metodologia (Colheita de dados através de questionário e entrevistas) propostas;
- Não apresenta claramente a quem serão aplicadas as entrevistas, de que apresenta os respetivos guiões (mantendo-se pouco clara a população/Informantes chave. Devendo ser apresentado os critérios de inclusão/exclusão dos mesmo. O Consentimento informado é apresentado, de forma diferenciada para o questionário e entrevistas) não sendo claro no destino a dar aos questionários e entrevistas (potencialmente audiogravadas);
- Não é apresentada, subentendendo-se que existe a autorização para acesso e colheita dos dados dado que o projeto se integra no Estágio do curso.

Recomenda-se que:

Seja apresentada a informação respeitante á autorização de acesso á colheita de dados;

**Somos de parecer condicionado que o projeto de investigação, reúne todos os requisitos ao seu desenvolvimento, atendendo à recomendação.**

Assinatura

Santarém, 26 de outubro 2020



Carla Chica Borrego  
(Coordenadora da Comissão de Ética)

ANEXO VII – Questionário aplicado aos idosos e Consentimento informado

## Consentimento Informado

**Exº Senhor(a),**

Mónica Mendes, enfermeira e estudante do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém, estou a desenvolver um projeto na UCC Dr. Arnaldo Sampaio, em parceria com a Câmara Municipal de Leiria, designado “*Diabetes no SAKA*”. Este tem como objetivo geral:

- Promover a literacia em saúde na prevenção da Diabetes e suas complicações nos idosos com 65 ou mais anos, residentes no Br. SC.

Este estudo envolverá a sua participação através de resposta ao Questionário de Conhecimentos da Diabetes. Neste sentido apelo à sua participação, sendo a **decisão de participar absolutamente voluntária, podendo alterar a sua intenção a qualquer momento, sem ter de se justificar e sem qualquer prejuízo para a sua pessoa.**

**É garantido que a sua participação não acarreta qualquer tipo de risco, mantendo-se o total anonimato e sigilo, sendo os dados utilizados exclusivamente para a realização deste projeto. Não terá qualquer tipo de encargos económicos, nem receberá nenhum pagamento ou gratificação pela participação no referido projeto.**

O questionário terá a duração de aproximadamente 30 minutos.

### **Certificado de Consentimento**

Declaro que fui informado(a) sobre todos os procedimentos e recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Participarei através de resposta ao questionário de conhecimentos da diabetes.

Para o efeito declaro que aceito/não aceito **(riscar o que não interessa)**

Data: \_\_\_\_\_

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do enfermeiro: \_\_\_\_\_

Eu, enfermeiro, li ou testemunhei a leitura com exatidão do termo de consentimento ao potencial participante, e confirmo que o mesmo deu o seu consentimento livremente.

## AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE A DIABETES

### PARTE I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Assinale com um “X” a opção mais correta

1- Idade:

menos 65	65-74	75-84	85 ou mais

2- Género:

Feminino	Masculino

3- Estado civil:

solteiro	Casado/união de facto	Divorciado/separado	viúvo

4- Escolaridade:

Não sabe ler Nem escrever	Ensino Primário	2º Ciclo ou 3º Ciclo	Ensino secundário	Ensino Profissional	Ensino superior

5- Situação laboral:

Empregado	Desempregado	Reformado/Pensionista

6- Com quem vive?

sozinho	Cônjuge	Filhos	Outros

7- É diabético?

Sim	Não

Se respondeu Não passe para a parte 2

**7.1 – Há quanto tempo lhe foi diagnosticada a doença?**

<b>Menos de 5 anos</b>	<b>Entre 5 a 10 anos</b>	<b>Mais de 10 anos</b>

**7.2 - Qual o tipo da sua Diabetes?**

<b>Tipo 1</b>	<b>Tipo 2</b>

**7.3 – Faz medicação?**

<b>Sim</b>	<b>Não</b>

**7.3.1 Se sim, qual o tipo de medicação?**

<b>Comprimidos</b>	<b>Insulina</b>	<b>Comprimidos e insulina</b>

**7.4 - O pai, mãe ou irmãos são (eram) diabéticos?**

<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não Sei</b>

**7.5 - É seguido em consulta médica e/ou de enfermagem por causa da diabetes?**

<b>Sim</b>	<b>Não</b>

## Parte 2 - Questionário dos Conhecimentos da Diabetes – QCD-20

Maria Rui Sousa e Teresa McIntyre, 2002. Adaptado da Revista portuguesa de saúde pública 2015; 33(1):33– 41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.07.002>

Leia atentamente as seguintes frases e coloque uma cruz (X) no “Verdadeiro”, “Falso” ou “Não sei”, conforme o conhecimento que tem da questão em causa.

	Verdadeiro	Falso	Não sei
1. Para a doença não piorar, deve fazer a picada no dedo para saber os valores de açúcar no sangue;			
2. No tratamento da diabetes normalmente deve tomar sempre a medicação receitada pelo médico;			
3. Para a doença não piorar, a quantidade de açúcar no sangue deve estar próxima dos valores normais;			
4. Para a doença não piorar, é importante vigiar a tensão arterial;			
5. Devido à diabetes, outros problemas de saúde podem causar doenças nos olhos;			
6. Devido à diabetes, outros problemas de saúde podem surgir sem o diabético dar por isso;			
7. No tratamento da diabetes é importante andar a pé (tipo marcha) diariamente e cerca de 20 minutos;			
8. Para a doença não piorar, é importante avaliar a acetona na urina;			
9. Para a doença não piorar, os valores de açúcar no sangue devem estar muito baixos;			
10. No tratamento da diabetes, uma alimentação saudável é tão importante como a medicação receitada pelo médico;			
11. A diabetes é uma doença que dura pouco tempo;			
12. A diabetes é uma doença que vai durar para o resto da vida;			
13. A diabetes é uma doença que é de longa duração;			
14. A diabetes é uma doença que cura completamente, se o doente tomar a medicação receitada pelo médico;			
15. A diabetes é uma doença que aparece e desaparece;			
16. A diabetes pode ser causada por fazer uma alimentação pouco saudável;			
17. A diabetes pode ser causada por ter pouca atividade física;			
18. A diabetes é definida por ter açúcar a mais no sangue;			
19. A diabetes pode ser causada por ter peso a mais;			
20. A diabetes pode ser causada por ter familiares com diabetes.			



ANEXO VIII – Resultados da aplicação do Questionário dos Conhecimentos da Diabetes

## Resultados da aplicação do Questionário dos Conhecimentos da Diabetes

<b>Afirmção Nr.º</b>	<b>% respostas certas</b>	<b>% respostas incorretas</b>	<b>% respostas «Não sei»</b>
<b>1</b>	100%	0%	0%
<b>2</b>	100%	0%	0%
<b>3</b>	100%	0%	0%
<b>4</b>	90,9%	0%	9,1%
<b>5</b>	90,9%	0%	9,1%
<b>6</b>	90,9%	0%	9,1%
<b>7</b>	100%	0%	0%
<b>8</b>	90,9%	0%	9,1%
<b>9</b>	45,4%	36,4%	18,2%
<b>10</b>	100%	0%	0%
<b>11</b>	81,8%	18,2%	0%
<b>12</b>	81,8%	18,2%	0%
<b>13</b>	72,7%	18,2%	9,1%
<b>14</b>	54,5%	18,2%	27,3%
<b>15</b>	63,6%	18,2%	18,2%
<b>16</b>	81,8%	18,2%	0%
<b>17</b>	81,8%	0%	18,2%
<b>18</b>	100%	0%	0%
<b>19</b>	100%	0%	0%
<b>20</b>	90,9%	0%	9,1%

ANEXO IX - *Scoping Review*

## Review Title

Promoção da literacia em saúde sobre Diabetes *Mellitus* aos idosos

## Reviewers

<sup>1</sup> Mónica Mendes - IPSantarém/ESSSantarém

<sup>2</sup> Professora Doutora Marta Rosa - PhD, MsN, RN, IPSantarém/ESSSantarém

<sup>3</sup> Professora Doutora Maria do Carmo Figueiredo - PhD, MsN, RN, IPSantarém/ESSSantarém

## Center conducting the review

Escola Superior de Saúde de Santarém – Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde (UMIS)

## Review question

Quais as intervenções de enfermagem na promoção da literacia em saúde sobre Diabetes *Mellitus* aos idosos?

## Objective

Identificar as intervenções da enfermagem na promoção da literacia em saúde sobre Diabetes *Mellitus* aos idosos.

## Keywords (MeSH Descriptors):

Passam a ser designadas por descritores *MeSH* as palavras-chave: *Nurs\**; *Health Literacy*; *Aged*; *Diabetes Mellitus*, validadas no *MeSH Browser 2020*, as quais foram organizadas conforme o mapa conceptual, que se encontra no *appendix I*.

*Nurs\* (MeSH): The field of nursing care concerned with the promotion, maintenance, and restoration of health.*

*Health Literacy (MeSH): Degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions.*

*Aged (MeSH): A person 65 through 79 years of age. For a person older than 79 years, AGED, 80 AND OVER is available.*

*Diabetes Mellitus (MeSH): A heterogeneous group of disorders characterized by HYPERGLYCEMIA and GLUCOSE INTOLERANCE.*

## **Background**

Ao longo das últimas décadas, Portugal, à semelhança de outros países da Europa, tem sido alvo de uma profunda transformação demográfica caracterizada, entre outros aspetos, pelo aumento da longevidade e da população idosa bem como pela redução da natalidade e da população jovem (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017).

Em Portugal, segundo os Censos de 2011, o número de pessoas com 65 ou mais anos ultrapassa os dois milhões, representando cerca de 19% da população total do país, assistindo-se a um particular aumento das pessoas acima dos 75 anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012). Em 2015 o índice de envelhecimento da população portuguesa agravou-se para 147 (era de 128 em 2011), o que significa que por cada 100 jovens há 147 idosos. As projeções do INE apontam para que este índice possa (no cenário central) mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens (INE, 2018).

Apesar do peso que estes números acarretam é crucial ter em consideração, quando se fala de envelhecimento, que embora este seja comumente associado a perda de habilidades e a múltiplos problemas de saúde, este é um processo que na verdade está apenas vagamente relacionado com a idade cronológica das pessoas. A idade avançada não se relaciona diretamente com a dependência, mas antes com os eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida e que frequentemente são modificáveis (*World Health Organization [WHO], 2015*).

Por se tratar de um processo gradual, não é consensual a idade a partir da qual se consideram as pessoas idosas. A WHO no seu projeto sobre envelhecimento ativo, considera idoso o indivíduo com 60 ou mais anos, mas reconhece que este limite mínimo pode variar segundo as condições de cada país (WHO, 2002). Em Portugal, o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (PNSPI) considera pessoas idosas os homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos (DGS, 2006). O mesmo critério é adotado pelo INE nas suas análises estatísticas.

Ainda que se assuma necessária a definição de uma idade mínima sobre a qual se consideram as pessoas idosas, é consensual que a idade cronológica não é, de forma alguma, um marcador preciso

para o início das alterações que caracterizam o processo de envelhecimento, uma vez que as pessoas envelhecem a um ritmo diferente e de forma heterogénea, dependendo de fatores externos e de fatores internos (Schneider & Irigaray, 2008). Contudo, o envelhecimento é associado a um aumento da fragilidade e da incapacidade, ampliando os custos sociais e de saúde.

O Regulamento nº 348/2015, do Diário da República nº 118, II série, de 19 junho de 2015: 16481, que define os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, refere que:

O envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico e na estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, bem como as ameaças emergentes à saúde das comunidades, determinam novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, focalizadas na promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes, nos cuidados de (re)adaptação e de suporte.

Esta constatação veio colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral o desafio de criar condições de saúde, sociais e económicas, para que a pessoa possa permanecer autónoma e independente o maior número de anos possível. Conhecer as circunstâncias deste envelhecimento ajuda a compreender e a fundamentar a intervenção do enfermeiro junto da população idosa, de forma a contribuir para a vivência de um envelhecimento ativo e saudável. Saber superar as adversidades determina o nível de adaptação a mudanças e a crises próprias do processo de envelhecimento (WHO, 2015).

O aumento da esperança de vida, aliado às modificações dos estilos de vida da população, tem levado ao aumento de fatores de risco de doenças crónicas, designadamente, o excesso de peso, o sedentarismo, o baixo consumo de frutos e produtos hortícolas, bem como o consumo de álcool. Estima-se que mais de metade das mortes prematuras sejam provocadas por doenças crónicas; o tratamento destas doenças, apesar de ser gerador de melhoria na qualidade de vida (QV), comporta avultados custos em terapêutica prolongada e utilização dos serviços de saúde (PNS, 2012-2016).

O envelhecimento, os estilos de vida menos saudáveis e as influências ambientais negativas acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas e a redução das capacidades físicas e mentais das pessoas idosas, o que limita a sua independência, autonomia e participação social. Assim sendo, a DGS (2017) defende que a deteção precoce e o controlo adequado das doenças crónicas e do declínio físico e mental são essenciais para um melhor prognóstico, redução da prevalência de comorbilidades e manutenção da capacidade funcional. Uma das metas do Plano Nacional de Saúde (PNS) da DGS (2015), revisão e extensão 2020, visa reduzir a mortalidade prematura ( $\leq 70$  anos) para

um valor inferior a 20%, através da redução da mortalidade referente a doenças não transmissíveis, nas quais se inclui a Diabetes *Mellitus* (DM) tipo 2, entre outras.

A DM é um problema de saúde pública major e crescente a nível mundial, com repercussões na sobrevivência das pessoas e com elevados custos sócio económicos. De acordo com a WHO (2020) é uma doença metabólica, crónica, hereditária ou adquirida, caracterizada por um estado crónico de hiperglicemia que afeta vários sistemas orgânicos, em particular vasos sanguíneos e nervos, com consequências graves a longo prazo, que poderão ter importantes implicações na QV da pessoa com DM. O conceito de QV é multifacetado, complexo e multidisciplinar com o objetivo de melhorar as condições de vida social, psicológica e física (Rodrigues, et al., 2020).

Em termos globais, estima-se que oito em cada dez adultos tenham algum tipo de distúrbio metabólico da glicémia. Segundo o relatório anual da *International Diabetes Federation* (IDF, 2017), a prevalência global estimada da DM é de 8,8%, sendo que em 2045 estima-se que este número aumente para 9,9% da população mundial. Neste mesmo relatório, a prevalência da diabetes em Portugal em adultos entre os 20 e 79 anos era de 13,9% em 2017, ligeiramente superior ao descrito no relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes (OND, 2017), que estimava uma prevalência de 13,3% no ano de 2015. Em síntese, a taxa de prevalência da DM nos idosos tem vindo a aumentar progressivamente ao longo dos últimos anos.

Também o Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016), no inquérito nacional de saúde com exame físico (INSEF), analisou os dados epidemiológicos relativos à DM e concluiu que a prevalência da doença na população residente em Portugal com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, foi de 9,8%, tendo sido de 7,7% entre as mulheres e de 12,1% entre os homens. O mesmo estudo verificou, ainda, que a prevalência de Diabetes aumentou com a idade, observando-se a prevalência mais elevada para os indivíduos com idade entre os 65 e os 74 anos (23,8%). Relativamente ao nível de escolaridade, os dados do INSEF mostram que a prevalência da DM é mais elevada nos indivíduos sem escolaridade ou com o ensino básico (20,1%).

O diagnóstico de Diabetes, que se encontra definido na Norma da DGS nº 002/2011 de 14/01/2011, é feito com base nos seguintes parâmetros e valores para plasma venoso na população em geral:

- a) Glicemia de jejum  $\geq 126$  mg/dl (ou  $\geq 7,0$  mmol/l); ou
- b) Sintomas clássicos + glicemia ocasional  $\geq 200$  mg/dl (ou  $\geq 11,1$  mmol/l); ou
- c) Glicemia  $\geq 200$  mg/dl (ou  $\geq 11,1$  mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; ou

d) Hemoglobina Glicada (HbA1c)  $\geq$  6,5%.

De acordo com a mesma norma, a patologia é classificada em quatro tipos clínicos, etiologicamente distintos: Diabetes tipo 1 (insulinopenia absoluta); Diabetes tipo 2 (insulinopenia relativa, relacionada com resistência do organismo à insulina ou com a não produção de insulina pelo pâncreas em quantidades suficientes); Diabetes gestacional (anomalia do metabolismo da glicose documentado, pela primeira vez, durante a gravidez); Outros tipos específicos de Diabetes (defeitos genéticos, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias diversas, induzida por químicos ou fármacos).

Enquanto que na Diabetes tipo 1 não se conhece a sua causa nem os meios de preveni-la, na Diabetes tipo 2, o tipo mais comum e frequente em adultos, sabe-se que esta é em grande parte o resultado do excesso de peso corporal e da inatividade física. Assim, demonstrou-se que medidas simples de estilo de vida são eficazes na prevenção ou retardamento do início da Diabetes tipo 2, tais como: manter um peso corporal saudável; ser fisicamente ativo (fazer pelo menos 30 minutos de atividade regular de intensidade moderada na maioria dos dias); fazer uma alimentação saudável, evitando açúcar e gorduras saturadas; e, evitar o uso de tabaco (WHO, 2020).

Sendo uma doença crónica, a DM não tem cura. Contudo medidas como as mencionadas possibilitam o seu controlo, o que significa ter níveis de açúcar no sangue dentro de certos limites, o mais próximos possível da normalidade. O método mais habitual para avaliar o estado de controlo da Diabetes é a determinação da HbA1c, através de uma análise sanguínea que fornece uma visão global de como está a compensação da doença nos últimos três meses (OND, 2017).

O controlo da doença engloba medidas farmacológicas, através de insulino-terapia e/ou antidiabéticos orais, bem como medidas não farmacológicas como alimentação saudável, realização de exercício físico, autovigilância e autocontrolo. Dada a associação da doença com a hipertensão arterial e o colesterol elevado, que podem agravar as suas complicações, o OND (2017) menciona que o controlo destes dois fatores de risco faz também parte integrante do controlo da DM.

Ao longo do tempo, uma Diabetes não controlada e a conseqüente persistência de um nível elevado de glicose no sangue, tem um grande impacto na saúde da pessoa, acarretando complicações em diversos órgãos, frequentemente fatais. Em praticamente todos os países desenvolvidos, a DM é a principal causa de cegueira, insuficiência renal e amputação de membros inferiores além de que constitui, atualmente, uma das principais causas de morte, principalmente por implicar um risco significativamente aumentado de doença coronária e de acidente vascular cerebral. Além do

sofrimento humano que as complicações relacionadas com a doença causam nas pessoas com Diabetes e nos seus familiares, os seus custos económicos são enormes (OND, 2017).

A literatura evidencia o contributo dos enfermeiros na promoção da literacia em saúde (LS), na manutenção da QV da pessoa com DM e na prevenção de complicações, através de consultas de enfermagem, do acompanhamento e desenvolvimento de estratégias educacionais que auxiliem a pessoa com DM e sua família ou cuidadores, promovendo uma melhor gestão e adaptação ao regime terapêutico (Dias, 2019). A adesão ao regime terapêutico possui extrema relevância nas pessoas portadoras de doenças crónicas, sendo a chave para o sucesso na prevenção e gestão dessas doenças.

Para Santos (2011) o problema da adesão ao tratamento é um indicador central de avaliação da qualidade em qualquer sistema de saúde que ambicione ser moderno e eficaz. Existe adesão quando o comportamento de uma pessoa, na toma de medicação, no cumprimento da dieta, e/ou nas mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde. O mesmo autor considera que existem vários fatores que exercem influência neste processo: características biológicas e socioculturais; representações da doença e do tratamento; relação profissional de saúde-pessoa; participação familiar e acesso ao sistema de saúde.

O papel determinante dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) tem sido reconhecido, com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos, no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica. Neste sentido, Pereira (2017) defende que é necessário que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, podendo ainda desenvolver atributos inerentes ao *empowerment*, num processo contínuo e numa relação de confiança.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública (EEESCSP), tem grande responsabilidade na educação para a saúde (EpS) com os idosos e cuidadores para a obtenção de conhecimentos e aptidões para o autocuidado. Os enfermeiros intervêm no sentido da promoção da saúde (PrS), com uma ação educativa, sistemática e integradora ao longo do processo de adaptação do cuidador/família, proporcionando conhecimento e *empowerment*, para incentivar respostas saudáveis às mudanças. (Calado, Pedrosa, Amendoeira, Ferreira & Silva, 2020). Em relação à teoria do autocuidado, esta permite-nos trabalhar este conceito numa perspetiva da capacitação da pessoa em relação ao mesmo. “... a teoria do autocuidado favorece a autonomia do indivíduo para o autocuidado ao conduzir a pessoa assistida ao reconhecimento de suas habilidades e capacidade de cuidar de si e do outro...” (Silva, 2017: 43).

A PrS é entendida como um processo muito mais amplo, que engloba a comunidade e saúde da população, saúde pública, CSP, política de saúde e equidade social, mas que pode conter elementos

de EpS (Pereira, 2017). Ainda segundo a mesma autora, a PrS pode ser encarada na perspectiva de um conceito amplo, que engloba atividades de EpS, e poderá ser usada sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de obterem e manterem práticas de vida saudáveis. A PrS consiste, fundamentalmente, na combinação de apoios educativos e ambientais a ações e condições de vida que conduzem à saúde e influenciam os fatores determinantes desta tendo por objetivo permitir ao indivíduo adquirir maior domínio sobre os fatores determinantes da sua própria saúde (Arriaga, 2019).

De acordo com Costa, Saboga-Nunes e Costa (2016: 38) a PrS é entendida como “o processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os fatores determinantes da saúde (estilos de vida individuais, redes sociais comunitárias e condições socioeconómicas, culturais e ambientes gerais), no sentido de melhorá-la”.

A enfermagem comunitária constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados na PrS à pessoa, à família e à comunidade, sendo o alicerce da estrutura dos cuidados da Enfermagem. No que se refere à DM, a consciencialização, controlo e tratamento podem levar a uma melhoria da QV da pessoa bem como a uma redução dos custos no setor da saúde. Tais premissas colocam o EEECSPP como agente privilegiado que intervém no sentido da PrS e na promoção da LS da pessoa com DM, proporcionando conhecimento e *empowerment*, através de estratégias como a capacitação, relação de ajuda, promoção da adesão e EpS.

Existe um elo muito forte entre literacia, educação e saúde. A saúde e a aprendizagem estão intimamente relacionadas e a interação entre elas é clara em todas as idades, desde a infância à velhice. A evidência científica nas áreas da saúde e da educação consideram a LS como um trajeto que liga a educação a resultados na saúde (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2017). A LS é considerada uma componente chave da aprendizagem ao longo da vida, que permite às pessoas tomarem decisões fundamentadas por via do conhecimento e como um dos recursos que desempenham um papel relevante no incremento da resiliência, QV e bem-estar individual.

De acordo com o *Health Promotion Glossary*, da WHO (1998: 20), a LS “representa as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos de obter acesso, compreender e usar informações de modo a promover e manter uma boa saúde”. Isso significa mais do que ser capaz de ler panfletos e com sucesso marcar compromissos. Ao melhorar o acesso das pessoas às informações de saúde e sua capacidade de as usar de forma eficaz, a LS é fundamental para o empoderamento.

Na revisão do documento, o mesmo autor surge com nova definição, referindo que a LS “implica a obtenção de um nível de conhecimento, habilidades pessoais e confiança para tomar

medidas para melhorar a saúde pessoal e comunitária, mudando estilos de vida pessoais e condições de vida” (p10). Isto significa ter a capacidade para tomar decisões fundamentadas em saúde, no decorrer da sua vida diária, possibilitando o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades.

No sentido de tornar esta definição mais fácil de entender, um painel de especialistas do Canadá, coordenado por Rootman & Gordon-El-Bihbety (2017: 10), mudou o conceito de LS para: “A capacidade de aceder, compreender, avaliar e comunicar informações como forma de promover, manter e melhorar a saúde em uma variedade de ambientes ao longo do curso de vida”. Nesta definição, o acesso é mais do que a disponibilidade de informações e serviços. É mediado pela educação, cultura e língua, pelas habilidades de comunicação dos profissionais, pela natureza de materiais e mensagens, e pelos ambientes em que os apoios relacionados com a saúde são fornecidos. Dizem Amendoeira et al. (2018: 82) que podem, ainda, “existir défices cognitivos ou estados emocionais que interfiram com o acesso e compreensão da informação disponível, ou discrepâncias entre as crenças culturais e o conhecimento científico atual”.

Esta definição sugere que a LS é um recurso para a vida diária em ambientes onde as pessoas vivem, aprendem, trabalham, adoram e se divertem. Ele reconhece que o estado de saúde e aprendizagem são intimamente ligados em todas as idades e fases da vida. A LS eficaz começa na primeira infância e se baseia continuamente no conhecimento e na experiência adquiridos ao longo da vida.

A LS, sendo um recurso fundamental no aumento da resiliência e bem-estar individual, entendido como a consequência do acesso da pessoa a informações de saúde, contribui para a adoção de estilos de vida promotores de saúde (Saboga-Nunes, Sorensen & Pelikan, 2014; Costa, 2019). A busca da informação sobre saúde e cuidados de saúde, pode ser entendida pela pessoa como o desenvolvimento das suas capacidades de compreensão da informação, influenciando a avaliação das atitudes relativamente a saúde. Esta avaliação, determina-se pela capacidade de gestão e mobilização do conhecimento adquirido sobre a sua saúde, nas atitudes de vida diária, mediante o investimento que a pessoa faz, na estruturação das suas opções de vida (Saboga-Nunes, Sorensen & Pelikan, 2014; Costa, 2019).

Uma inadequada LS tem várias implicações na receção de cuidados, pois as pessoas, nomeadamente as idosas, necessitam de saber ler rótulos de medicamentos, compreender intervenções educativas de autocuidado, entre outros.

De acordo com Pedro, Amaral e Escoval (2016) existem três níveis de literacia: literacia funcional que possibilita competências suficientes para ler e escrever, permitindo um funcionamento

efetivo nas atividades do dia-a-dia; LS interativa que desenvolve competências cognitivas e de literacia mais avançadas que, em conjunto com as capacidades sociais, podem ser usadas para participar nas atividades no dia-a-dia, para obter informação e significados a partir de diferentes formas de comunicação e aplicar essa nova informação; LS crítica que desenvolve competências cognitivas mais avançadas que, juntamente com as capacidades sociais, podem ser utilizadas para analisar criticamente a informação e usar esta informação para exercer maior controlo sobre as situações da vida.

Na 7ª Conferência Global de PrS, no Nairobi, em 2009 (*Nairobi Call To Action*), evidenciou-se o chamamento para o *empowerment* da comunidade através da LS. Para que uma pessoa adote comportamentos saudáveis, é necessário ter bases de LS, neste caso, sobre como auto gerir a sua situação de doença. Só depois de possuir a informação, é que a pessoa decide com conhecimento, que mudanças implementa, baseadas nas suas necessidades.

O *empowerment* pode ser definido como um processo pelo qual as pessoas, organizações e comunidades ganham mestria sobre os seus assuntos, com a capacitação da comunidade no contexto de mudança do seu ambiente social e político para melhorar a equidade e a QV (Pereira, 2017). Segundo a mesma autora, é um conceito amplo que move indivíduos e grupos na tomada de consciência para o alcance dos seus objetivos. Refere ainda que é através do *empowerment* que é possível capacitar as pessoas para aprenderem através da vida, constituindo-se o mesmo como uma das bases teóricas mais importantes para a saúde, sendo o eixo central da PrS. O *empowerment* assume-se não como um fim, mas como um meio, sendo a sua principal vantagem: as pessoas adquirirem conhecimentos e capacidades discursivas, cognitivas e procedimentais, que lhes proporcionem poder de intervenção, permitindo aos que nele participam a criação de hábitos de vida mais saudáveis (Pereira, 2017).

O Plano de Ação para a LS da Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde [DSPDPS], 2018), prevê a gestão da doença crónica e promoção do bem-estar, tendo como prioridade o envelhecimento ativo e saudável e o objetivo de capacitar as pessoas com 65 e mais anos.

Desenvolver um programa de apoio e educação demora tempo, pois exige ajudar a pessoa a fazer mudanças no estilo de vida, incorporando novas formas de comportamento no seu quotidiano, estando por isso, também relacionado com a disposição para mudar (Amendoeira et al., 2018).

Num estudo de investigação realizado por Costa, Saboga-Nunes & Costa (2016) em que foi avaliado o nível de LS de uma amostra portuguesa, os resultados obtidos mostraram uma prevalência de 60% de LS limitada, o que corresponde à soma dos níveis “problemática” e “inadequada” em pessoas com 65 ou mais anos, apresentando Portugal o segundo nível mais baixo comparativamente

aos oito países incluídos num outro estudo a nível europeu. Além disso, os mesmos autores mencionam que pessoas com baixo nível de literacia e com doenças crónicas são menos capazes de cuidar de si, fazendo mais uso dos serviços de saúde. Estes resultados mostram claramente o potencial para aumentar o investimento na LS.

Arriaga (2019) acrescenta que vários estudos desenvolvidos ao longo dos anos revelam que populações com níveis mais elevados de LS evidenciam um conjunto de indicadores positivos, como: melhor utilização dos serviços de saúde, participação ativa e informada nos cuidados de saúde, diminuição dos gastos com a saúde, redução das desigualdades em saúde e melhores resultados de saúde, assim como o aumento do bem-estar.

No que às doenças crónicas não transmissíveis diz respeito, Arriaga (2019) admite que é conhecido o impacto da intervenção da LS no âmbito da melhoria dos indicadores destas doenças, o que indica que a transversalidade das intervenções e a antecipação dos períodos críticos surgem como condições centrais na capacitação das pessoas para a gestão e controlo da sua saúde. A LS desempenha um papel crucial capacitando as pessoas para gerirem a sua condição clínica de forma autónoma e independente (WHO, 2013).

Face ao exposto é possível depreender que a Enfermagem tem como foco de interesse a pessoa que vive experiências de saúde, em interação contínua com o ambiente que a rodeia. Relevase a importância de uma relação terapêutica como um processo continuado de manutenção da saúde, como um estado de bem-estar, o que vai ao encontro da perspetiva de Neuman (1995), na medida em que cada cliente é um sistema aberto, total e multidimensional em interação com o ambiente que o rodeia, no qual a saúde de cada um é um estado de bem-estar e a intervenção de enfermagem visa a interação cliente/ambiente adotando estratégias que se focam na redução dos possíveis *stressores* e em simultaneidade fortalecem as linhas de defesa do sistema cliente. Neste caso, são os enfermeiros, os agentes de parceria e de mudança junto das pessoas com DM e seus cuidadores. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (2015: 99), define a Enfermagem como a profissão que, na área da saúde, “tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

Também o Regulamento de Competências Específicas do EEESCSP (Regulamento nº 428/2018) determina no seu artigo 2º, nº1, alínea b) que, no âmbito das suas competências específicas em Enfermagem Comunitária, o enfermeiro especialista nessa área “contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (Diário da República, 2018: 19354).

Várias são as fontes que dão ênfase à pessoa como ser individual, alvo de cuidados. É nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que se encontra a definição de que a pessoa “(...) é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2012: 8-9).

A pessoa durante o ciclo vital desenvolve capacidades de acordo com um conjunto de fatores intrínsecos e extrínsecos que lhe permitem construir de forma integrativa os valores, padrões sociais e culturais, cujos pilares emergem da família, da escola, dos pares com que se relaciona, das crenças que lhe são transmitidas, da forma como as vivencia e das regras da sociedade em que se insere (Silva, 2017). Todas estas dimensões se relacionam com a construção da pessoa enquanto ser único, responsável pelas suas ações e decisões, “(...) no entanto, a sua capacitação depende não só da forma como as integra, mas também daquilo que valoriza neste processo de construção do seu projeto de vida” (Silva, 2017: 21).

Tendo como objetivo a LS da pessoa idosa com DM, elegeu-se como referencial teórico o Modelo de Sistemas de Neuman (1995) que se baseia na teoria dos sistemas, em que o sistema está em constante mudança e em interação recíproca com o ambiente. Os três eixos que compõem o sistema no seu todo são: o ser humano, os *stressores* e a resposta da pessoa aos mesmos. Enquanto modelo holístico com uma visão multidimensional e de totalidade da pessoa, vê esta como um cliente/sistema em permanente equilíbrio dinâmico com o ambiente no sentido da estabilidade (Neuman, 1995). O modelo apresenta uma estrutura básica de energia, a linha flexível de defesa, a linha normal de defesa, a linha de resistência, que funcionam como uma barreira aos fatores de stress (intra, inter ou extrapessoais) e a prevenção como intervenção de enfermagem. No sentido deste fortalecimento é necessário que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, tendo em conta as respostas do cliente ao *stress*.

Vendo a pessoa como o núcleo do sistema e como um ser multidimensional e total com variáveis interrelacionadas e tendo uma conceção positiva de saúde, é possível enquadrar os modelos socio ecológicos e mobilizá-los na prática da LS, como por exemplo o modelo bioecológico de Bronfenbrenner & Morris (2006) conjugando os elementos multidirecionais inter-relacionados: processo, pessoa, contexto e tempo, que se constituem como promotores de desenvolvimento.

## **Inclusion criteria**

**Types of participants:** pessoas com diabetes tipo 2, com idade de 65 ou mais anos

**Concept:** Enfermagem; Literacia em saúde; Idosos; Diabetes *Mellitus*

**Context:** em contexto domiciliário ou de serviços de saúde.

**Types of studies:** Qualitativos, Quantitativos e Mistos

## Search strategy

Nesta etapa de elaboração da *scoping* definiu-se como expressão de pesquisa, com a conjugação dos booleanos *AND* e *OR* articulando-se: *Nurs\** *AND Health Literacy* *AND Aged* *OR Diabetes Mellitus*, selecionando o AB Resumo.

Procedeu-se à pesquisa no dia 07/09/2020, de artigos primários e secundários, publicados em texto integral, nas bases de dados abaixo indicadas.

### Bases de Dados científicas:

- Plataforma EBSCO *Host*:
  - *CINAHL Complete*
  - *MEDLINE Complete*
  - *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*
  - *MedicLatina*
- *PubMed*

Para essa pesquisa foram definidos os limitadores comuns e os específicos.

**Limitadores comuns:** texto completo; friso temporal da data de publicação 01/08/2015 a 31/08/2020; referências disponíveis.

### **Limitadores específicos:**

- **CINAHL complete:** Resumo disponível; Língua inglesa; Humano; Qualquer autor é enfermeiro; Faixa etária: idoso com 65 ou mais anos; Texto completo em PDF.
- **MEDLINE complete:** Humano; Resumo disponível; Língua inglesa; relacionado à idade: idoso com 65 ou mais anos.
- **Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive:** Texto completo em PDF.

- **MedicLatina:** Texto completo em PDF.
- **Pubmed:** Tipo de artigos: *Clinical trial* e *Review*; Humanos; Língua inglesa e portuguesa; Idade: Idoso com 65 ou mais anos.

O resultado das fontes seleccionadas encontra-se no *Appendix II, Initial Search Strategy*, onde se apresenta a tabela de cruzamento dos dados com as diferentes conjunções booleanas.

## Study Selection

De forma a garantir a qualidade metodológica, foi utilizado o PRISMA 2009 *Flow Diagram* (*Appendix III*). Assim foram identificados 139 artigos, através das bases de dados referenciadas. Iniciando pela leitura do título verificou-se que não existiam artigos duplicados. Seguindo para o *screening*, com a leitura do título e do *Abstract*, foram eliminados 134 artigos, reunindo-se cinco artigos elegíveis. Após leitura em *full text*, os artigos foram submetidos aos critérios de inclusão definidos, tendo-se excluídos três artigos pelo facto de a idade da amostra do estudo não corresponder ao tipo de participantes incluídos nesta *scoping review*. Assim, foram incluídos dois artigos que cumpriam os critérios de elegibilidade, ambos de abordagem quantitativa.

### Artigos incluídos:

**Artigo n.º 1** - Intervenção educativa para a promoção do autocuidado de idosos com diabetes *mellitus*

**Artigo n.º 2** – Promoção da literacia e capacitação de pessoas diabéticas tipo 2 idosas em cuidados de saúde primários

### Artigos excluídos:

**Artigo n.º 3** – The effect of diabetes knowledge and attitudes on self-management and quality of life among people with type 2 diabetes

**Artigo n.º 4** – Study Protocol: The Norfolk Diabetes Prevention Study [NDPS]: a 46 month multi - centre, randomised, controlled parallel group trial of a lifestyle intervention [with or without additional support from lay lifestyle mentors with Type 2 diabetes] to prevent transition to Type 2 diabetes in high risk groups with non - diabetic hyperglycaemia, or impaired fasting glucose

**Artigo n.º 5 - Evaluation of an Innovative Program To Improve Outcomes among Military Beneficiaries with Diabetes**

### **Data collection**

Os dados para este protocolo foram colhidos através de um instrumento presente no *Appendix IV - Data Extraction Instrument*, o qual é constituído por 9 variáveis, que permitem caracterizar cada estudo: autores, ano de publicação, país de origem, objetivos, metodologia/ métodos, fontes de pesquisa utilizadas, interpretação desenvolvida, nível de evidência alcançado, e o contributo para a questão de revisão da presente *scoping review*.

### **Data synthesis**

Em ambos os artigos analisados, os autores corroboram o facto de que a DM é uma doença crónica pandémica, que comporta um elevado peso em termos de complicações e um crescente consumo de cuidados de saúde e de custos financeiros, diretos e indiretos. A diabetes na população idosa está relacionada a um maior risco de morte prematura por conta da associação com outras co morbilidades, o que vai ao encontro dos dados do PNS 2012-2016 que estima, que mais de metade das mortes prematuras sejam provocadas por doenças crónicas (DGS, 2014).

Amendoeira et al. (2018), mencionam diferentes estudos que demonstram que a transmissão de informação é uma das estratégias que capacita a pessoa promovendo melhoria da QV.

Os mesmos resultados foram encontrados no estudo de Marques et al. (2019) que referem que a intervenção educativa de enfermagem favoreceu a melhoria dos parâmetros clínicos e dos aspetos da adesão e da implementação das orientações relacionadas à alimentação saudável e para a autovigilância dos pés.

Amendoeira et al. (2018) também referem que desenvolver um programa de apoio e educação demora tempo, pela exigência de ajudar a pessoa a fazer mudanças no estilo de vida e novas formas de comportamento.

Esta ideia foi encontrada no estudo de Marques et al. (2019) e de Oliveira e Morais (2016), pois o controlo de parâmetros glicémicos em pessoas idosas é mais difícil de ser realizado e requer mais tempo para que haja uma melhoria significativa.

Pereira (2017) salienta que o *empowerment* é um processo pelo qual as pessoas ganham

mestria sobre os seus assuntos, com a capacitação da comunidade no contexto de mudança do seu ambiente social e político para melhorar a equidade e QV, e na tomada de consciência para o alcance dos seus objetivos. Refere ainda que é através do *empowerment* que é possível capacitar as pessoas, sendo a sua principal vantagem: as pessoas adquirirem conhecimentos e capacidades discursivas, cognitivas e procedimentais, que lhes proporcionem poder de intervenção, permitindo aos que nele participam a criação de hábitos de vida mais saudáveis.

Marques et al. (2019), mencionam que o cuidado na autogestão apresenta desafios específicos nos idosos tornando-se necessário priorizar ações relacionadas à PrS e à prevenção de complicações, tornando as intervenções educativas essenciais, favorecendo o *empowerment* das pessoas em condição crónica e, conseqüentemente, potenciando a capacidade funcional.

O EEESCSP, tem grande responsabilidade na PrS e EpS com os idosos e cuidadores para a obtenção de conhecimentos e aptidões para cuidar de si mesmo e dos outros. Os enfermeiros intervêm no sentido da PrS, com uma ação educativa, sistemática e integradora ao longo do processo de adaptação do cuidador/família, proporcionando conhecimento e *empowerment*, para incentivar respostas saudáveis às mudanças (Calado et al., 2020).

Tanto Marques et al. (2019) como Oliveira e Morais (2016) enfatizam que a educação voltada para a autogestão é imprescindível para a pessoa com diabetes, a qual deve favorecer a aquisição de conhecimento, habilidades e capacitar para o autocuidado, a fim de melhorar os resultados clínicos, estado de saúde e a QV.

A evidência científica nas áreas da saúde e da educação consideram a LS como um trajeto que liga a educação a resultados na saúde (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2017). A LS desempenha um papel crucial capacitando as pessoas para gerirem a sua condição clínica de forma autónoma e independente (WHO, 2013).

A LS, sendo um recurso fundamental no aumento da resiliência e bem-estar individual, contribui para a adoção de estilos de vida promotores de saúde (Saboga-Nunes et al., 2014; Costa, 2019). A busca da informação sobre saúde e cuidados de saúde, pode ser entendida pela pessoa como o desenvolvimento das suas capacidades de compreensão da informação, influenciando a avaliação das atitudes relativamente a saúde. Esta avaliação, determina-se pela capacidade de gestão e mobilização do conhecimento adquirido sobre a sua saúde, nas atitudes de vida diária, mediante o investimento que a pessoa faz, na estruturação das suas opções de vida (Saboga-Nunes et al., 2014; Costa, 2019).

O estudo de Oliveira & Morais (2016) utilizou a Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes – versão breve (DES-SF) e o Teste Breve de Conhecimentos sobre a Diabetes (DKT). Dos resultados

mostram que apenas 35.8% demonstraram adesão à terapêutica nutricional, o que é preocupante, na medida em que a adoção de comportamentos saudáveis é praticamente duas vezes mais efetiva do que o tratamento farmacológico, no controlo desta doença; baixos conhecimentos por parte dos participantes, acerca da doença sobretudo em aspetos primordiais na autogestão da doença. Aqueles são instrumentos que os enfermeiros podem utilizar no estudo sistémico das características abstratas do cliente, da família e da comunidade, através da análise precisa e global, das relações de espaço e tempo das quais estas características dependem (Neuman, 1995).

Oliveira & Morais (2016) referem que níveis adequados de LS e capacidade de controlo da doença são aspetos exigidos às pessoas com DM, os quais são suscetíveis de amplo desenvolvimento. Os mesmos autores, verificaram a existência de uma associação muito significativa entre a capacidade de controlo da DM e os conhecimentos acerca da doença.

De acordo com Pedro et al. (2016) apontam três níveis de literacia: literacia funcional LS interativa e LS crítica. Os enfermeiros devem considerar estes níveis com foco nas pessoas cuidadas, pois como dizem Amendoeira et al. (2018) pode “existir défices cognitivos ou estados emocionais que interfiram com o acesso e compreensão da informação disponível, ou discrepâncias entre as crenças culturais e o conhecimento científico atual” (p. 82).

Estes achados reforçam a importância do contributo dos enfermeiros, na prevenção de complicações e na manutenção da QV da pessoa com DM, do acompanhamento e desenvolvimento de estratégias educacionais que auxiliem a pessoa diabética e sua família ou cuidadores, promovendo uma melhor gestão e adaptação ao regime terapêutico tal como refere Dias (2019).

A intervenção de enfermagem visa a interação cliente/ambiente adotando estratégias que se focam na redução dos possíveis *stressores* e em simultaneidade fortalecem as linhas de defesa do sistema cliente. No sentido deste fortalecimento é necessário que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, tendo em conta as respostas do cliente ao *stress*.

Pereira (2017) menciona que a PrS engloba atividades de educação para a saúde, e poderá ser usada sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de obterem e manterem práticas de vida saudáveis. De facto, Marques et al. (2019) revelam que estudos de intervenção relacionados ao autocuidado em diabetes estabelecem uma relação positiva com as ações de PrS e a manutenção de ações de autocuidado nos idosos.

Marques et al. (2019) acrescentam que o enfermeiro é um dos profissionais da saúde que atinge bons resultados como facilitador destas atividades educativas para o autocuidado. Além disso, referem que o trabalho educativo com grupos é uma alternativa para as práticas profissionais que

apresenta potencial para fortalecimento do vínculo entre profissional e doente e melhorias na condição clínica deste.

Oliveira & Morais (2016) referem ser necessário formar profissionais de saúde, de forma a adquirirem competências não só técnicas, mas também comunicacionais e relacionais.

Relativamente às medidas recomendadas para a prevenção e gestão da DM, os estudos analisados são consensuais aos evidenciarem que as medidas não farmacológicas, relativas ao estilo de vida, nomeadamente alimentação saudável, realização de exercício físico, manter um peso corporal saudável, evitar o uso de tabaco assim como medidas de autovigilância da saúde e autocontrolo da DM são fundamentais nesse processo. Recomendações essas que vão ao encontro das indicações emanadas quer pela WHO (2020) quer pelo OND (2017).

Para tal, os enfermeiros devem desenvolver um plano de cuidados com o idoso e/ou seus cuidadores, em parceria com o enfermeiro de família, com base nas melhores evidências disponíveis, com o objetivo de personalizar os cuidados ao indivíduo, respeitando a sua autonomia, maximizando a sua capacidade funcional e favorecendo a adoção de estratégias adaptadas à sua capacidade cognitiva, física, social, familiar e económica.

## Conflicts of interest

Os autores não têm conflitos de interesse a declarar.

## References

- Amendoeira, J., Cândido, A., Sarroeira, C., Cunha, F., Lino, A., Silva, H., Fernandes, P., & Silva, E. (2018). Consulta de Enfermagem: Intervenção dos Enfermeiros com pessoas portadoras de PMD e CDI. Um estudo qualitativo. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 6 (2), 80-94. doi: <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16134>
- Arriaga, M. T. (2019). Prefácio. Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor literacia em saúde do cidadão. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 11-15). Lisboa: Edições ISPA. ISBN: 978-989-8384-57-7
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology, 1: Theoretical models of human development* (6th ed), (pp.793-828). New York: John Wiley. ISBN-13: 978-0471272885
- Calado, M., Pedrosa, S., Amendoeira., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). Promoção do autocuidado à pessoa diabética tipo 2 na prevenção do pé diabético. *Revista da UIIPS – Unidade de*

*Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8, 192-202. doi: <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19889>

Costa, E. (2019). *A Literacia para a Saúde em Pessoas Idosas Institucionalizadas*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.26/31947>

Costa, A.; Saboga-Nunes, L. e Costa, L. (2016). Avaliação do nível de literacia para a saúde numa amostra portuguesa. *Observações\_Boletim Epidemiológico*, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (17) (2ª série), pp. 38-40.

Dias, V. (2019). Artigo de opinião. *Jornal Médico dos cuidados de saúde primários*. Nº 71. Disponível em [https://justnews.pt/artigos/pe-diabetico-cerca-de-50-das-amputacoes-e-ulceracoes-poderao-ser-prevenidas#.XTmj9kK\\_DeM](https://justnews.pt/artigos/pe-diabetico-cerca-de-50-das-amputacoes-e-ulceracoes-poderao-ser-prevenidas#.XTmj9kK_DeM).

Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2011). Norma da DGS nº 002/2011 de 14/01/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 30 de julho de 2020 em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes/norma-da-direccao-geral-da-saude-n-0022011-de-14012011.aspx>

Direção Geral da Saúde (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Disponível em: <http://pns.dgs.pt>.

Direção Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde, extensão e revisão a 2020*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral da Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS). Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar (2018). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021-Portugal*. Consultado em 30 de julho de 2020. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

International Diabetes Federation (2017). *IDF Diabetes Atlas* (8<sup>th</sup> ed). Consultado em 30 de julho de 2020. Disponível <http://www.diabetesatlas.org>

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Centro*. Lisboa. Disponível em: <http://censos.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2018). *Estatísticas Demográficas 2017*. Lisboa, Portugal.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA, IP] (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015)*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP).

- Marques, M., Coutinho, J., Martins, M., Lopes, M., Maia, J., Silva, M. (2019). Educational intervention to promote self-care in older adults with diabetes mellitus. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de saúde Pública*, 53, pp. 1-8. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018026703517>
- Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model*. (3th ed). USA: Library of Congress. ISBN: 9780838567012
- Observatório Nacional da Diabetes (2017). Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – Parte I. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12 (1): 40-48. Disponível em <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-12-n%C2%BA-1-Mar%C3%A7o-2017-Relat%C3%B3rios-p%C3%A1gs-40-48.pdf>
- Oliveira, S. e Morais, C. (2016). Promoção da literacia e capacitação de pessoas diabéticas tipo 2 idosas em cuidados de saúde primários. *Millenium*, 2 (1), pp. 175-182.
- Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Portugal. Disponível em: [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE\\_FINAL\\_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf)
- Regulamento nº 428/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2ª Série, Nº 135, p. 19354. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>.
- Regulamento 348/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2ª Série, Nº 118/19, 16481 - 16486. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/67540266>
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), 2015, p. 99. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Rodrigues, J., Borrego, C. Chicau., Ruivo, P., Sobreiro, P., Catela, D., Amendoeira, J., ... Matos, R. (2020). Conceptual Framework for the Research on Quality of Life. *Sustainability*, 12(4911), 1-16. doi: <https://doi.org/10.3390/su1212491>
- Rootman, I & Gordon-El-Bihbety, D. (cords) (2017). *A Vision for a Health Literate Canada*. Report of the Expert Panel on Health Literacy. Ottawa: Canadian Public Health Association. ISBN: 978-1-897485-00-2. Disponível em <https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/healthlit/rapporte.pdf>

Saboga-Nunes, L., Kristine, S., & Pelikan, J. (2014). *Hermenêutica da literacia em saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT)*. Paper apresentado no VIII Congresso Português de Sociologia, em Évora, Portugal. Disponível em [http://historico.aps.pt/viii\\_congresso/VIII\\_ACTAS/VIII\\_COM0526.pdf](http://historico.aps.pt/viii_congresso/VIII_ACTAS/VIII_COM0526.pdf)

Santos, Z. (2011) Hipertensão Arterial – Um Problemas de Saúde Pública [Editorial]. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 24, pp. 285-286.

Schneider, R e Irigaray, T. (2008). *O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais*. *Estudos de Psicologia*, 25, pp. 585-593.

Silva, M. (2017). Enfermagem na Promoção da autogestão regime terapêutico em pessoas com doença cardiovascular (Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/106473>.

World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Consultado em 30 de julho de 2020. Disponível em <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

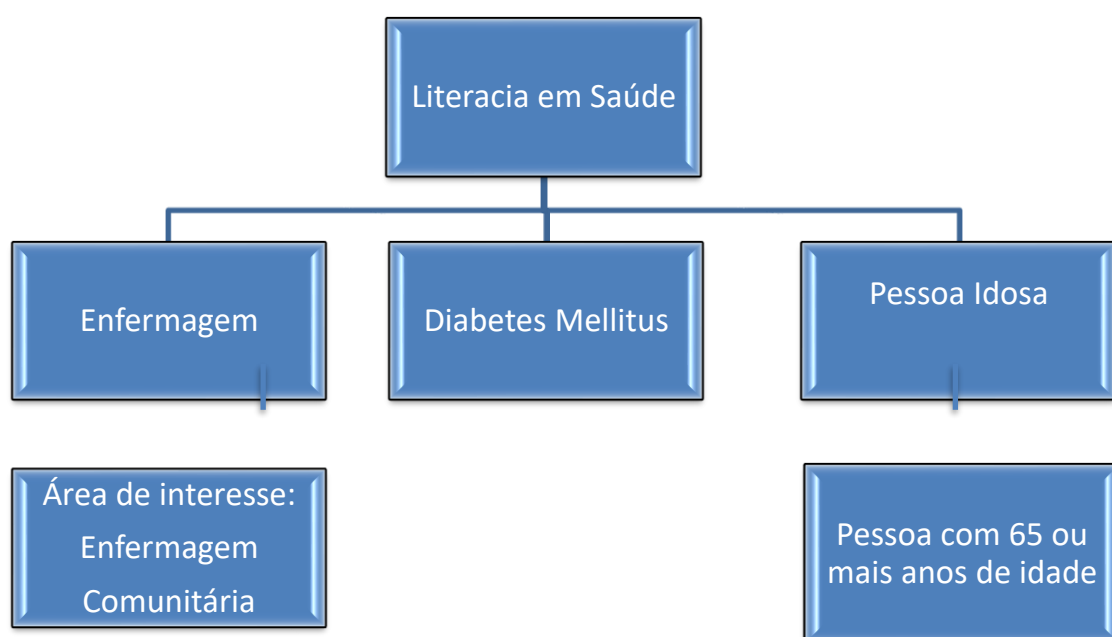
World Health Organization (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva.

World Health Organization (2013). *Health literacy: The solid facts*. ISBN: 978 92 890 00154. Consultado em 30 de julho de 2020. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326432/9789289000154-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization (2015). *The Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Geneva. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>

World Health Organization (2020). *Noncommunicable diseases progress monitor*. ISBN 978-92-4-000140-4. Consultado em 30 de julho de 2020. Disponível em <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/9789240000490-eng.pdf>

## Appendix I: Mapa Conceptual



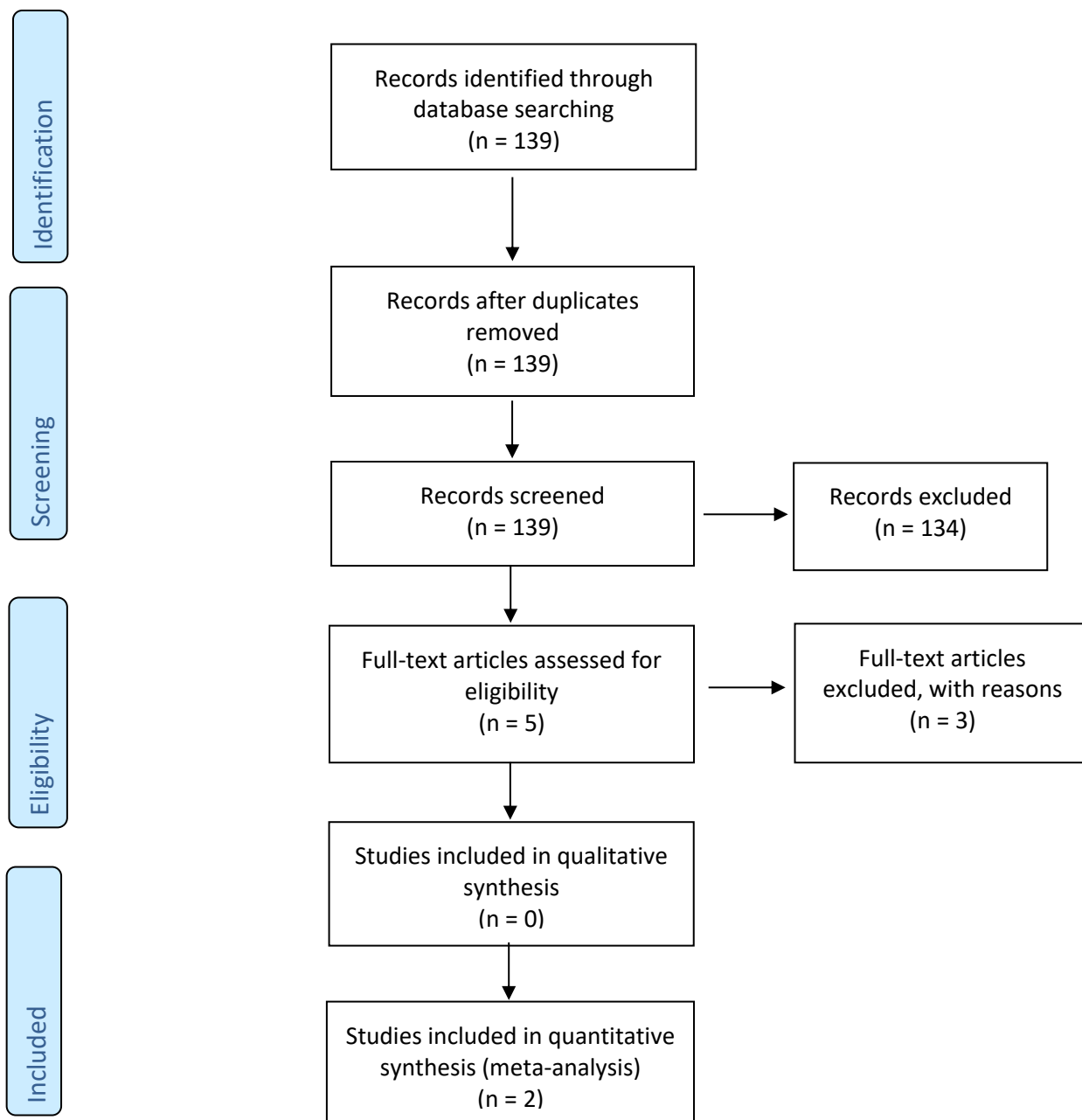
**Appendix II: Initial Search Strategy**

Bases de Dados	Plataforma EBSCOhost				PubMed	Total
	CINAHL Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	MedLine Complete	Medic Latina		
Descritores						
<i>Nurs*</i> (1)	2	1 112	0	0	34	1 148
<i>Health Literacy</i> (2)	0	55	0	0	1	56
<i>Aged</i> (3)	0	1 256	0	0	918	2 174
<i>Diabetes Mellitus</i> (4)	0	86	0	0	53	139
<i>Nurs*</i> AND <i>Health Literacy</i> (1 e 2)	0	5	0	0	1	6
<i>Nurs*</i> AND <i>Aged</i> (1 e 3)	0	29	0	0	34	63
<i>Nurs*</i> AND <i>Diabetes Mellitus</i> (1 e 4)	0	9	0	0	4	13
<i>Health Literacy</i> AND <i>Aged</i> (2 e 3)	0	6	0	0	1	7
<i>Health Literacy</i> AND <i>Diabetes Mellitus</i> (2 e 4)	0	0	0	0	0	0
<i>Aged</i> AND <i>Diabetes Mellitus</i> (3 e 4)	0	11	0	0	53	64
<i>Nurs*</i> AND <i>Health Literacy</i> AND <i>Aged</i> AND <i>Diabetes Mellitus</i> (1 e 2 e 3 e 4)	0	0	0	0	0	0
<i>Nurs*</i> AND <i>Health Literacy</i> AND <i>Aged</i> OR <i>Diabetes Mellitus</i> (1 e 2 e 3 ou 4)	0	86	0	0	53	139
<b>Total</b>	2	2 655	0	0	1 152	

Appendix III: Appraisal instruments



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).

#### Appendix IV: Data extraction instrument

**Artigo n.º 1** – Intervenção educativa para a promoção do autocuidado de idosos com diabetes *mellitus*

**Revisor:** Mónica Mendes

**Título da Revisão:** Promoção da literacia em saúde sobre Diabetes *Mellitus* aos idosos

**Questão:** Quais as intervenções de enfermagem na promoção da literacia em saúde sobre Diabetes *Mellitus* aos idosos?

**Critérios de Inclusão (PCC):**

**População:** pessoas com diabetes tipo 2, com idade de 65 ou mais anos

**Conceitos:** Enfermagem; Literacia em saúde; Idosos; Diabetes *Mellitus*

**Contexto:** contexto domiciliário ou de serviços de saúde

➤ **Autores:**

Marília Braga Marques; Janaína Fonseca Victor Coutinho; Mariana Cavalcante Martins; Marcos Venícios de Oliveira Lopes; Juliana Cunha Maia; Maria Josefina da Silva.

**Artigo publicado em:** Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo, 53.

**DOI:** <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018026703517>

➤ **Ano da Publicação:**

2019

➤ **País de origem:**

Brasil

➤ **Objetivos:**

O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia de uma intervenção educativa de enfermagem no autocuidado para idosos com Diabetes *Mellitus* (DM).

➤ **Metodologia/métodos:**

Trata-se de um estudo quase-experimental, do tipo antes-depois com dois grupos: o grupo de controlo e o grupo de intervenção.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

A pesquisa foi desenvolvida em duas unidades de Cuidados de Saúde Primários (CSP) do município de Fortaleza/Ceará, durante o período de abril de 2014 a janeiro de 2015. A população em estudo é composta por idosos com diagnóstico de DM, seguidos nessas unidades de CSP.

A amostra foi constituída por 103 idosos e os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos; ter diagnóstico de DM; e, fazer acompanhamento em unidades de CSP.

Foram excluídos da amostra os participantes que possuíam doenças e/ou condições com acentuado comprometimento cognitivo ou funcional que impedissem a participação nas etapas propostas pelo estudo assim como os que não compareceram a todas as etapas do estudo.

A investigação foi desenvolvida em três etapas: na primeira foi feita uma colheita de dados sociodemográficos e clínicos, seguida da aplicação do Questionário de Autocuidado em Diabetes (QAD); na segunda etapa foi realizada a intervenção educativa no grupo de intervenção enquanto o grupo de controlo seguiu o acompanhamento convencional; na última fase, 30 dias após a intervenção, ambos os grupos foram avaliados pelo preenchimento do QAD e nova avaliação dos parâmetros clínicos.

O QAD é instrumento composto por 18 itens, relacionados com atividades e comportamento referente aos últimos 7 dias, abordando atividades de autocuidado em diabetes, voltado para a alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicémia, cuidados com os pés, medicação e tabagismo. Emprega-se em cada item a escala tipo *likert*, que varia de 0 a 7, calculando-se o percentual referenciado em cada item. Para a análise dos dados, utilizou-se a média de dias referente a cada item avaliado.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

➤ **Interpretação desenvolvida:**

“A DM, de entre as doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se devido a elevada prevalência e ao impacto nos indicadores de morbimortalidade no âmbito nacional e mundial.”

“Estima-se que a população mundial com DM atualmente seja de aproximadamente 387 milhões, com expectativa de 471 milhões em 2035 (...).”

“Estudos mostram que a diabetes acomete 18% dos idosos e que 50% das pessoas com DM tipo 2 apresenta mais de 60 anos de idade, além disso, a diabetes nesta população está relacionada a um maior risco de morte prematura por conta da associação com outras comorbidades e grandes síndromes geriátricas.”

“Assim, é necessário priorizar ações relacionadas à promoção da saúde e à prevenção de complicações, tornando as intervenções educativas essenciais nesse contexto de atendimento, favorecendo o empoderamento das pessoas em condição crônica e, conseqüentemente, potencializando a capacidade funcional.”

“A equipa multidisciplinar de saúde deve promover o desenvolvimento de capacidades de autocuidado com o objetivo de corresponsabilizar as pessoas com DM com o seu tratamento, por meio da modificação ou da manutenção de hábitos saudáveis e do fortalecimento da autoconfiança.”

“A educação voltada para a autogestão é imprescindível para o doente com diabetes, a qual deve favorecer a aquisição de conhecimento, habilidades e capacitar para o autocuidado, a fim de melhorar os resultados clínicos, estado de saúde e a qualidade de vida.”

“Os estudos de intervenção relacionados ao autocuidado em diabetes estabelecem uma relação positiva com as ações de promoção da saúde e manutenção de ações de autocuidado na população de adultos.”

“Atividades educativas voltadas para o autocuidado são desenvolvidas, em geral, pela equipa de CSP e possuem como objetivo fazer com que as pessoas conheçam mais profundamente suas condições crônicas de saúde para geri-las melhor.”

“O enfermeiro é um dos profissionais da saúde que atinge bons resultados como facilitador destas atividades educativas para o autocuidado. “

“O trabalho educativo com grupos é uma alternativa para as práticas assistenciais e favorece o aprimoramento dos participantes, tanto no aspeto pessoal como (no) profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença.”

“O estudo avaliou o efeito de uma intervenção educativa de enfermagem com enfoque nas orientações relacionadas ao autocuidado em diabetes, obtendo como principais resultados um efeito positivo, pois favoreceu a melhoria dos parâmetros clínicos e requisitos da adesão e da implementação das orientações relacionadas à alimentação saudável voltada para o controle da DM e para o autocuidado com os pés.”

“Estudos (...) que utilizaram atividades educativas, obtiveram achados semelhantes, nos quais

houve redução do peso, Índice de Massa Corporal (IMC), Tensão Arterial (TA) e glicémia em jejum.”

“A redução dos valores da TA constitui um objetivo crucial para a redução de complicações cardiovasculares (...) um importante aspeto a ser intensificado durante as consultas de acompanhamento (...).”

“(...) intervenções educativas realizadas com pacientes com DM tipo 2, as quais favoreceram o controle da glicémia, TA e IMC.”

“Em estudos randomizados, verificou-se modificação no controle glicémico e de outros parâmetros, como TA e IMC, a partir de 3 meses de intervenção, também foram observados estudos que resultaram nestas alterações após 6 meses de intervenção.”

“(...) verificaram-se mudanças significativas na adesão a dieta saudável. Constatou-se que intervenções educativas realizadas em doentes com diabetes favoreceram as atitudes positivas com relação ao tratamento e ao controle da doença.”

“Investir na educação em saúde relacionada à alimentação saudável durante as consultas de diabetes é primordial para evitar alterações glicémicas e manter o controle da doença, como também investir em atividades em grupos operativos, oficinas e palestras, considerando as características do indivíduo, como idade, escolaridade, tempo de diagnóstico, questões psicossociais e culturais.”

“(...) a adesão de medidas não farmacológicas para tratamento da DM, como alimentação saudável, representa um dos desafios para o controle da doença, pois tal atitude de autocuidado pode ser influenciada por características sociodemográficas e clínicas assim como por questões financeiras.”

“(...) para o combate destas barreiras, destaca-se o papel dos profissionais de saúde na compreensão destas variáveis e na elaboração de estratégias e de intervenções educacionais mais efetivas, de entre estas, as atividades de educação em grupo, que apresentam potencial para fortalecimento do vínculo entre profissional e doente e melhorias na condição clínica deste.”

“No que diz respeito ao exame dos pés, verificou-se que houve mudança comportamental significativa, pois houve aumento do número de dias nos quais os participantes passaram a examinar os pés, aspeto este relevante quanto à prevenção de complicações nos pés (...).”

“Verificou-se que após visitas realizadas por enfermeiros (...) houve aumento do cuidado com os pés, além da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, evidenciando que a

educação regular feita sob medida a longo prazo pode oferecer educação essencial para manter a autogestão em doentes com DM.”

“(…) a mudança de comportamento para o autocuidado requerer mais tempo e envolver diversos aspetos relacionados a motivação, ao estilo de vida, a falta de apoio familiar, aos aspetos sociais, financeiros, culturais, além de particularidades relativas ao tratamento em diabetes, como a ausência de adesão às orientações e ao plano terapêutico. É de suma importância que os profissionais identifiquem e compreendam essas situações, a fim de trabalhar para identificar precocemente seus fatores de risco relacionados e promover um planeamento terapêutico, objetivando superação e alcance de resultados desejáveis.”

“Ressalva-se (…) a solicitação da continuidade das ações (…) muitos relataram que não haviam participado de atividade que abordasse a prevenção do pé diabético, e sugeriram implementação desta intervenção como rotina nos serviços de saúde.”

“A realização das intervenções educativas em uma abordagem grupal evidenciou melhoria nos aspetos da alimentação saudável e do cuidado com os pés, (…) para manter esse resultado satisfatório, bem como ampliar o autocuidado, essa prática deve ser contínua (…)”

“A importância do desenvolvimento de atividades em grupo pelos enfermeiros voltadas para os idosos nos CSP, principalmente para a prevenção de incapacidades e complicações relacionadas às doenças crônicas, em particular, a DM.”

➤ **Nível de Evidência alcançado:**

Level 2.c - Quasi-experimental prospectively controlled study

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

O artigo analisado demonstra a eficácia da intervenção educativa de enfermagem no autocuidado dos idosos com DM.

Esta investigação mostra que intervir em grupos de idosos com diabetes, através de intervenções educativas, conduz a mudanças significativas na adesão a comportamentos saudáveis assim como favorece atitudes positivas em relação ao tratamento e ao controle da doença que previnem as complicações da diabetes como sejam a dieta saudável e os cuidados com os pés.

Através da análise de outras investigações realizadas este estudo prova também que ações de promoção da saúde acarreta benefícios no autocuidado dos idosos com DM, ao revelarem mudanças positivas no seu comportamento, após a participação nas intervenções e que se traduz em resultados como sejam a redução do peso, do IMC, dos valores de TA e de glicémia em jejum.

O artigo salienta também a importância de investir em atividades em grupo, *Workshops* e palestras, uma vez que estas apresentam potencial para conduzir a melhorias na condição clínica do idoso com DM, alertando para a importância da necessidade desta prática ter de ser contínua por forma a que se obtenham resultados positivos.

É ainda evidenciado o papel dos profissionais de saúde na compreensão das variáveis que influenciam o controlo da DM, como as características sociodemográficas, financeiras, clínicas entre outras, elaborando estratégias e intervenções educacionais efetivas.

**Appendix IV: Data extraction instrument**

**Artigo n.º 2** – Promoção da literacia e capacitação de pessoas diabéticas tipo 2 idosas em cuidados de saúde primários

**Revisor:** Mónica Mendes

**Título da Revisão:** Promoção da literacia em saúde sobre Diabetes *Mellitus* aos idosos

**Questão:** Quais as intervenções de enfermagem na promoção da literacia em saúde sobre Diabetes *Mellitus* aos idosos?

**Critérios de Inclusão (PCC):**

**População:** pessoas com diabetes tipo 2, com idade de 65 ou mais anos

**Conceitos:** Enfermagem; Literacia em saúde; Idosos; Diabetes *Mellitus*

**Contexto:** contexto domiciliário ou de serviços de saúde

➤ **Autores:**

Suzete Oliveira e Carminda Morais

**Artigo publicado em:** Millenium, 2 (ed especial nº1), 175-182.

➤ **Ano da Publicação:**

2016

➤ **País de origem:**

Portugal

➤ **Objetivos:**

Este estudo tem como objetivo analisar os conhecimentos específicos, a capacidade de autocontrolo e a Qualidade de Vida (QV), das pessoas diabéticas tipo 2, com 65 ou mais anos numa unidade de Cuidados de Saúde Primários (CSP) com vista a intervir na capacitação dos mesmos com base na evidência produzida.

➤ **Metodologia/métodos:**

Trata-se de um estudo transversal, de natureza exploratória e descritivo correlacional.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

O estudo desenvolveu-se em CSP, em 4 Unidades de Saúde Familiar de um Agrupamento de Centros de Saúde. A amostra foi constituída por 137 indivíduos com diabetes tipo 2, com 65 ou mais anos de idade, inscritos na consulta de DM. O acompanhamento há pelo menos 3 meses e a ausência de patologias do foro psiquiátrico constituíram critérios de inclusão.

A recolha de informação foi efetuada com base em quatro instrumentos, a saber: questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes – versão breve (DES); Teste Breve de Conhecimentos sobre a Diabetes (DKT); e Questionário para a QV EuroQol (EQ-5D). As escalas utilizadas encontram-se traduzidas e validadas para a população portuguesa pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

A DES mede a autoeficácia psicossocial das pessoas com DM. A versão utilizada contém 8 itens, construídos a partir do questionário original que contém 37, representando este, 8 dimensões conceituais (avaliar a necessidade de mudança; desenvolver um plano; ultrapassar barreiras; pedir apoio; apoiar-se; lidar com a emoção; motivar-se; e fazer escolhas de cuidados da diabetes adequadas às prioridades e às circunstâncias de cada um). As respostas são escolhidas entre o 1 e o 5, sendo que o 1 simboliza “Discordo completamente” e o 5 “Concordo completamente”.

O DKT é composto por 23 itens relativos ao conhecimento geral sobre a diabetes. Os primeiros 14 são aplicáveis a pessoas não insulino-tratadas, sendo a totalidade do questionário adequado a pessoas insulino-tratadas.

O EQ-5D é um sistema descritivo, que define a QV relacionada com a saúde em cinco dimensões (mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão), cada uma com três níveis de gravidade (1-nenhum problema; 2-alguns problemas; 3-problemas extremos). Este também inclui uma Escala Visual Analógica, a qual se encontra numerada de 0 a 100, onde o 0 simboliza o pior estado de saúde imaginável e 100, o melhor. Nesta escala, os indivíduos analisados atribuem um valor ao seu estado de saúde atual. O índice EQ-5D encontra-se numa escala que varia de 1 (saúde perfeita) a 0 (morte), admitindo, contudo, valores negativos, correspondentes a estados de saúde considerados piores do que morte.

A recolha da informação ocorreu entre julho a agosto de 2015 após a obtenção do parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde da Região Centro.

Foi obtido o consentimento informado de cada participante e os instrumentos de colheita de dados foram preenchidos pelo investigador.

➤ ***Interpretação desenvolvida:***

“A DM é uma doença crónica pandémica, que comporta um elevado peso em termos de complicações e um crescente consumo de cuidados de saúde e de custos financeiros, diretos e indiretos. Contudo através de medidas apropriadas este cenário poderá ser reversível.”

“Níveis adequados de literacia em saúde e capacidade de controlo da doença são aspetos exigidos às pessoas diabéticas, os quais são suscetíveis de amplo desenvolvimento.”

“No ano de 2013, mais de 382 milhões de pessoas no mundo eram portadoras de DM, isto é 8,3% da população mundial, prevendo-se que até 2040, estes valores continuem a subir de forma exponencial, atingindo nessa altura os 642 milhões de indivíduos. Destes, 46.5 % dos sujeitos desconhecia o seu diagnóstico, evoluindo assim, a patologia de forma insidiosa.”

“No caso concreto de Portugal, apesar de a DM integrar uma das oito áreas de saúde, definidas como prioritárias pelo Governo e constituir objeto de um programa específico no âmbito do Plano Nacional de Saúde, esta apresenta uma das maiores taxas de prevalência da Europa. Segundo o Observatório Nacional da Diabetes (OND) (...) eram portadores desta patologia crónica, em 2014, ou seja, aproximadamente 13.1 % da população nacional, representando as pessoas idosas mais de um quarto das pessoas diabéticas.”

“Neste sentido, tratando-se de uma doença que acarreta alterações complexas na vida diária dos indivíduos e que requiere cuidados prolongados e contínuos, onde as pessoas diabéticas são responsáveis por 98% desses mesmos cuidados, torna-se indispensável que possuam conhecimentos sobre a doença e o seu tratamento e que integrem nas suas vidas, novos comportamentos.”

“A promoção da literacia e a capacitação das pessoas diabéticas passa pela implementação efetiva de programas de educação para a saúde, facilitadores da mudança e da opção de metas realistas e pessoalmente significativas, tornando-as ativas e críticas no seu próprio cuidado.”

“Desta forma, dadas as diversas evidências demonstradas na literatura sobre o impacto de programas de educação estruturados e adaptados às especificidades da população alvo, promotores da literacia é espectável uma redução significativa dos custos humanos e socioeconómicos e melhorias da QV das pessoas com DM.”

“A HTA predomina como patologia associada à DM (31.7%), seguida pelo grupo das dislipidemias (25.4%).”

“Relativamente à adesão ao tratamento, apenas 35.8% cumpria regularmente a terapêutica nutricional e 33.6% avaliava diariamente a glicemia capilar.”

“O índice global médio de conhecimentos foi semelhante entre indivíduos não-insulino-tratados e insulino-tratados.”

“Verificou-se uma elevada falta de conhecimento sobretudo relacionada com a identificação de alimentos compostos maioritariamente por lípidos, o significado clínico de HbA1c, a seleção de alimentos mais apropriados de acordo com as características calóricas, a proveniência de determinados sintomas da doença e a identificação das complicações associadas à DM.”

“Quanto ao índice de QV destacam-se os problemas de Mobilidade (42.3 %) e relativos à Dor/Mal-estar (58.4%). A análise inferencial evidenciou uma correlação estatisticamente significativa entre os constructos em estudo, ou seja, entre a capacidade de controlo e os conhecimentos, a capacidade de controlo e a QV e entre os conhecimentos e a QV.”

“(…) os homens que avaliaram de forma mais positiva a capacidade de controlo e detinham melhor QV. Contudo, não foram encontradas diferenças significativas relativamente aos conhecimentos.”

“As pessoas com menos idade apresentavam melhores conhecimentos e QV, não havendo diferenças significativas na capacidade de controlo.”

“Verificou-se também que a melhores níveis de escolaridade correspondem melhores resultados globais referente à capacidade de controlo, conhecimentos e QV.”

“Em termos clínicos, destaca-se o facto das pessoas com diagnóstico há mais de cinco anos possuírem apenas maior perceção de autocontrolo e as que não possuem nenhuma complicação registarem melhor capacidade de controlo, conhecimentos e QV.”

“Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre as variáveis em estudo e o tipo de tratamento, a hemoglobina glicada e o IMC.”

“O baixo nível de escolaridade, a ter em conta nos programas de educação terapêutica, é transversal à população portuguesa, em particular no grupo etário em estudo.”

“Quanto à adesão à terapêutica nutricional verificou-se que somente 35.8% cumpre regularmente a dieta. Os resultados apresentados são deveras preocupantes, na medida em que a adoção de comportamentos saudáveis é praticamente duas vezes mais efetiva do que o tratamento farmacológico, no controlo desta doença.”

“(…) a grande maioria dos inquiridos aceita a sua doença e percebe um elevado suporte social. (….) uma percepção de baixo conhecimento sobre os aspetos relacionados com insatisfação nos cuidados com esta doença, bem como dificuldade em encontrar diferentes formas para superar os problemas e atingir as metas.”

“Tejada *et al.* (2012) refere que esta doença crónica será melhor gerida quando o utente assumir o controlo do seu tratamento em termos de adesão às prescrições de saúde e mudanças de estilos de vida.”

“Relativamente aos conhecimentos específicos sobre a doença, estes são baixos, sobretudo em aspetos primordiais na autogestão da doença.”

“Por último, a QV registou um valor bastante positivo, (….) dado que contradiz o estereótipo presente na sociedade de que o envelhecimento é uma etapa de deterioração e incapacidade eminente.”

“Associação muito significativa entre a capacidade de controlo da DM e os conhecimentos acerca da doença (….)”

“Alguns investigadores salientam de à necessidade da capacidade de controlo na DM se associarem conhecimentos robustos, a fim de serem tomadas decisões informadas e baseadas em evidências, nas tarefas exigidas pela doença.”

“O presente estudo evidenciou também maior percepção de autocontrolo e da QV no sexo masculino (….) sem, contudo, haver diferenças em termos de conhecimentos. Estes resultados são explicados, pelo menos em grande medida, pelas questões de género e cultura, implicando a sua desconstrução no sentido da promoção efetiva da literacia destas pessoas.”

“Quanto à idade conclui-se que esta tem influência no domínio dos conhecimentos acerca da doença e na QV, tendo as pessoas mais jovens obtido melhores scores nos três instrumentos.”

“(…) as pessoas com escolaridade superior e sem complicações obtido melhores pontuações nas diversas escalas.”

“Quanto à duração da doença (….) relacionada com a capacidade de controlo da DM, tendo as pessoas com um diagnóstico superior obtido melhores resultados. Todavia, esta associação pode ser controversa, na medida em que o aumento do diagnóstico da doença pode ter uma influência positiva no autocuidado causado pelo aumento dos conhecimentos acerca da doença, mas

também, pode levar à perda de motivação ao longo do tempo, devido às múltiplas exigências do tratamento.”

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

Level 4.b – Cross-sectional study

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

O presente estudo demonstrou um pobre conhecimento acerca da doença, uma elevada perceção da capacidade de autocontrolo da DM e da QV, no sexo masculino, nas pessoas mais jovens, com mais escolaridade, maior duração da doença e sem complicações.

Neste sentido, os resultados evidenciam a necessidade de desenvolvimento de programas de educação para a saúde mais efetivos, adaptados aos indivíduos. Contudo, para o efeito é necessário formar profissionais de saúde, de forma a adquirirem competências não só técnicas, mas também comunicacionais e relacionais, orientadas para o envolvimento afetivo das pessoas diabéticas, não só nas sessões de educação terapêutica, mas também no processo de cuidados na globalidade.

ANEXO X – Calendário e íman do projeto

# DIABETES NO SAKA

## CALENDÁRIO DO PROJETO

<b>15 Outubro</b>	DIABETES: o que é, fatores de risco e complicações
<b>23 Outubro</b>	DIABETES: importância do exercício físico
<b>26 Outubro</b>	DIABETES: importância de uma alimentação saudável
<b>29 Outubro</b>	DIABETES: importância da vigilância da saúde
<b>05 Novembro</b>	DIABETES: não brincas comigo!

*Contamos com a sua presença!*



ANEXO XI – Planos das sessões de EpS

## PLANO DA SESSÃO N.º 1

<b>Tema</b>	“DIABETES: o que é, fatores de risco e complicações.”		<b>Data</b>	15/10/2020	
<b>Formador</b>	Mónica Mendes		<b>Hora</b>	9h30m e 10h30m	
<b>Destinatários</b>	Idosos com 65 ou mais anos do Br. SC		<b>Local</b>	Espaço do Projeto “Viver melhor no SAKA”	
<b>Objetivos</b>	<p>Pretende-se que no final da sessão, os participantes sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender o conceito de diabetes <i>mellitus</i>;</li> <li>- Identificar as causas e fatores de risco da diabetes <i>mellitus</i>;</li> <li>- Conhecer as complicações da diabetes <i>mellitus</i>;</li> <li>- Compreender a importância da vigilância da saúde na prevenção e controlo da diabetes <i>mellitus</i>.</li> </ul>				
<b>Etapas</b>	<b>Duração</b>	<b>Conteúdos/temas/atividades</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos humanos e técnico-pedagógicos</b>	<b>Metodologia de Avaliação</b>
<b>Introdução</b>	10 min	- Avaliação de conhecimentos; - Apresentação do sumário e objetivos da sessão;	Método expositivo e ativo.	- Formador e Participantes; - Computador; - Videoprojetor; - Ficha de avaliação de conhecimentos; - Placas com cores do semáforo; - Cartolina e marcador; - Ficha de avaliação da sessão.	- Observação direta; - Participação dos formandos; - Ficha de Avaliação de Conhecimentos; - Ficha de Avaliação da Sessão.
<b>Desenvolvimento</b>	35 min	- Apresentação dos conteúdos da sessão: conceito de diabetes; sintomas; fatores de risco; complicações; vigilância da saúde. - Dinâmica do acrónimo DIABETES;			
<b>Conclusão</b>	15 min	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação de conhecimentos; - Avaliação da sessão.			

## PLANO DA SESSÃO N.º 2

<b>Tema</b>	“DIABETES: importância do exercício físico”		<b>Data</b>	23/10/2020	
<b>Formador</b>	Mónica Mendes; Enf.ª Inês Pereira		<b>Hora</b>	9h30 e 10h30	
<b>Destinatários</b>	Idosos com 65 ou mais anos do Br. SC		<b>Local</b>	Sede do Projeto “Viver melhor no SAKA”; Associação de moradores do Br. SC	
<b>Objetivos</b>	<p>Pretende-se que no final da sessão, os participantes sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender a importância do exercício físico na prevenção e controlo da diabetes <i>mellitus</i>;</li> <li>- Identificar as vantagens do exercício físico;</li> <li>- Reconhecer diferentes tipos de exercício físico;</li> <li>- Demonstrar motivação para realizar exercício físico regularmente.</li> </ul>				
<b>Etapas</b>	<b>Duração</b>	<b>Conteúdos/temas/atividades</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos humanos e técnico-pedagógicos</b>	<b>Metodologia de Avaliação</b>
<b>Introdução</b>	10 min	- Apresentação do sumário e objetivos da sessão;	Método expositivo e ativo.	- Formador, fisioterapeuta do projeto Viver melhor no Saka e Participantes; - Computador; - Videoprojetor; - Ficha de avaliação de conhecimentos; - Placas com cores do semáforo; - Ficha de avaliação da sessão.	- Observação direta; - Participação dos formandos; - Ficha de Avaliação de Conhecimentos; - Ficha de Avaliação da Sessão.
<b>Desenvolvimento</b>	35 min	- Apresentação dos conteúdos da sessão: vantagens do Exercício Físico na Diabetes; dicas importantes; sugestões de Exercício Físico; prevenir as Hipoglicémias; - Sessão prática de exercício físico;			
<b>Conclusão</b>	15 min	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação de conhecimentos; - Avaliação da sessão.			

## PLANO DA SESSÃO N.º 3

<b>Tema</b>	“DIABETES: importância de uma alimentação saudável”		<b>Data</b>	26/10/2020	
<b>Formador</b>	Mónica Mendes; Enf.ª Inês Pereira; Enf.ª Sílvia		<b>Hora</b>	9h30; 10h30; 14h30; 15h30	
<b>Destinatários</b>	Idosos com 65 ou mais anos do Br. SC		<b>Local</b>	Sede do Projeto “Viver melhor no SAKA”	
<b>Objetivos</b>	<p>Pretende-se que no final da sessão, os participantes sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender a importância de uma alimentação saudável na prevenção e controlo da diabetes <i>mellitus</i>;</li> <li>- Identificar as vantagens de uma alimentação saudável;</li> <li>- Reconhecer regras para uma alimentação saudável;</li> <li>- Interpretar a Roda dos Alimentos;</li> <li>- Compreender a importância do consumo reduzido de hidratos de carbono;</li> <li>- Identificar alimentos ricos em hidratos de carbono.</li> </ul>				
<b>Etapas</b>	<b>Duração</b>	<b>Conteúdos/temas/atividades</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos humanos e técnico-pedagógicos</b>	<b>Metodologia de Avaliação</b>
<b>Introdução</b>	10 min	- Apresentação do sumário e objetivos da sessão;	Método expositivo e ativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formador, Enf.ª Sílvia e Participantes;</li> <li>- Kit Relógio da Vida;</li> <li>- Cartaz da roda dos alimentos;</li> <li>- Folheto com plano alimentar diário;</li> <li>- Ficha de avaliação de conhecimentos;</li> <li>- Placas com cores do semáforo;</li> <li>- Ficha de avaliação da sessão;</li> <li>- Saco individual com bolachas pobres em hidratos de carbono, com a respetiva receita.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação direta;</li> <li>- Participação dos formandos;</li> <li>- Ficha de Avaliação de Conhecimentos;</li> <li>- Ficha de Avaliação da Sessão.</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	35 min	<p>Apresentação dos conteúdos da sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>vantagens de uma alimentação saudável</li> <li>regras para uma alimentação saudável</li> <li>Roda dos Alimentos</li> <li>Hidratos de carbono</li> <li>Leitura dos rótulos dos alimentos</li> <li>Plano alimentar para o dia-a-dia</li> </ul>			
<b>Conclusão</b>	15 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Avaliação de conhecimentos;</li> <li>- Avaliação da sessão.</li> </ul>			

## PLANO DA SESSÃO N.º 4

<b>Tema</b>	“DIABETES: importância da vigilância da saúde”.		<b>Data</b>	29/10/2020	
<b>Formador</b>	Mónica Mendes; Enf.ª Inês Pereira		<b>Hora</b>	9h30 e 10h30	
<b>Destinatários</b>	Idosos com 65 ou mais anos do Br. SC		<b>Local</b>	Sede do Projeto “Viver melhor no SAKA”; Associação de moradores do Br. SC	
<b>Objetivos</b>	<p>Pretende-se que no final da sessão, os participantes sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender a importância da vigilância da saúde na prevenção e controlo da diabetes <i>mellitus</i>;</li> <li>- Reconhecer medidas de autocuidado na prevenção e controlo da diabetes <i>mellitus</i>;</li> <li>- Identificar os diferentes tipos de tratamento farmacológico da diabetes <i>mellitus</i>;</li> <li>- Reconhecer os valores normais da glicemia capilar em jejum;</li> <li>- Distinguir Hipoglicemia de Hiperglicemia, sinais e modos de atuação.</li> </ul>				
<b>Etapas</b>	<b>Duração</b>	<b>Conteúdos/temas/atividades</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos humanos e técnico-pedagógicos</b>	<b>Metodologia de Avaliação</b>
<b>Introdução</b>	10 min	- Apresentação do sumário e objetivos da sessão;	Método expositivo e ativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formador e Participantes;</li> <li>- Computador;</li> <li>- Videoprojetor;</li> <li>- Glucómetro;</li> <li>- Ficha de avaliação de conhecimentos;</li> <li>- Placas com cores do semáforo;</li> <li>- Ficha de avaliação da sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação direta;</li> <li>- Participação dos formandos;</li> <li>- Ficha de avaliação de conhecimentos;</li> <li>- Ficha de avaliação da sessão.</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	35 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação dos conteúdos da sessão: vigilância da saúde</li> <li>medidas de autocuidado e autovigilância da saúde</li> <li>tipos de tratamento farmacológico da diabetes</li> <li>valores normais da glicemia capilar em jejum</li> <li>Hipoglicemia e Hiperglicemia, sinais e modos de atuação</li> <li>- Avaliação da glicemia capilar;</li> </ul>			
<b>Conclusão</b>	15 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Avaliação de conhecimentos;</li> <li>- Avaliação da sessão.</li> </ul>			

## PLANO DA SESSÃO N.º 5

<b>Tema</b>	“DIABETES: não brincas comigo!”		<b>Data</b>	05/11/2020	
<b>Formador</b>	Mónica Mendes		<b>Hora</b>	09h30; 10h30; 14h30	
<b>Destinatários</b>	Idosos com 65 ou mais anos do Br. SC		<b>Local</b>	Sede do Projeto “Viver melhor no SAKA”	
<b>Objetivos</b>	<p>Pretende-se que no final da sessão, os participantes possam:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manifestar agrado pela sua participação no projeto;</li> <li>- Demonstrar motivação em aplicar os conhecimentos adquiridos no seu dia-a-dia;</li> <li>- Transmitir adesão a comportamentos saudáveis consequentes da participação no projeto.</li> </ul>				
<b>Etapas</b>	<b>Duração</b>	<b>Conteúdos/temas/atividades</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos humanos e técnico-pedagógicos</b>	<b>Metodologia de Avaliação</b>
<b>Introdução</b>	10 min	- Apresentação do sumário e objetivos da sessão;	Método ativo.	- Formador e Participantes; - Papéis com adivinhas e saco; - Certificados de participação no projeto.	- Observação direta; - Participação dos formandos; - Ficha de avaliação da sessão.
<b>Desenvolvimento</b>	35 min	- Realização das dinâmicas de estimulação cognitiva: “A Diabetes é ...” Adivinhas relacionadas com alimentação - Partilha relativa à participação no projeto “ <i>Diabetes no SAKA</i> ” - Entrega do Certificado de participação no Projeto			
<b>Conclusão</b>	10 min	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da sessão.			

ANEXO XII – Apresentações *PowerPoint* das sessões de EpS

## Apresentação PowerPoint da sessão de EpS n.º 1

Escola Superior de Saúde (ESSantarem)  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
UCCS: A Saúde Sempre



# DIABETES: o que é, fatores de risco e complicações.

ORIENTADORA:  
PROF.ª DOUTORA  
MARTA ROSA

ENF.ª COOPERANTE:  
ENF.ª MESTRE INÊS  
PEREIRA

AUTOR:  
MÓNICA MENDES

15 de outubro de 2020

1

## Ficha de Avaliação Inicial



2

## SUMÁRIO

- ✓ Objetivos;
- ✓ Conceito de diabetes *mellitus*;
- ✓ Prevalência da diabetes *mellitus*;
- ✓ Diagnóstico de diabetes *mellitus*;
- ✓ Sintomas;
- ✓ Fatores de Risco;
- ✓ Complicações;
- ✓ Vigilância da Saúde;
- ✓ Conclusão.



3

## Objetivos

- Compreender o conceito de diabetes *mellitus*;
- Identificar as causas e fatores de risco da diabetes *mellitus*;
- Conhecer as complicações da diabetes *mellitus*;
- Compreender a importância da vigilância da saúde na prevenção e controlo da diabetes *mellitus*.

4

## Prevalência da Diabetes no MUNDO

- 108 milhões em 1980 para 422 milhões em 2016;
- Corresponde a uma prevalência de 8,5% em pessoas acima dos 18 anos;
- Entre 2000 e 2016, houve um aumento de 5% na mortalidade prematura por DM.



Category	Number (Millions)
Total diabetics in 2016	422
Diabetics unaware of their condition	179
Total diabetics including unaware	592

5

## Prevalência da Diabetes em Portugal

Mais de...



1 milhão

1 em cada 8 (13,3%)

Portugueses entre 20-79 anos têm diabetes

2 em cada 5 (5,8%)

Desconhecem ter diabetes

6

## DIABETES MELLITUS: o que é?

É uma doença crônica, caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue, devido à ausência total ou parcial de insulina ou pela sua incapacidade em absorver o açúcar.

7

## Significado do Nome

**DIABETES** - "passar através de um sifão" (assemelha-se à drenagem de água através de um sifão).

**MELLITUS** - havia maior concentração de formigas e moscas em volta da urina de pessoas com diabetes; Willis, no século XVII, provou a urina de uma pessoa com diabetes e referiu que era "doce como mel". Cullen, no séc. XVIII (1769), sugeriu o termo *mellitus* (mel, em latim)

8

## Tipos de Diabetes

- Diabetes tipo 1**
  - causa desconhecida; insulino-dependentes.
- Diabetes tipo 2**
  - relacionada com maus hábitos de vida; controla-se com estilos de vida saudável + medicação (comprimidos ou insulina);
- Diabetes gestacional**
  - surge na gravidez;
- Outros tipos específicos de Diabetes**
  - defeitos genéticos, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias diversas, induzida por químicos ou fármacos.

9

## Diagnóstico

**Análises ao sangue:**

- Glicemia em jejum  $\geq 126$  mg/dl;
- Hemoglobina A1c  $\geq 6,5\%$ .

**Análises à urina:**

- Corpos cetônicos (acetona).

10

## Sintomas

- Sede excessiva
- Urinar com frequência
- Perda de peso
- Falta de energia

11

## Fatores de Risco

- Má alimentação
- Sedentarismo
- Histórico familiar
- Excesso de peso

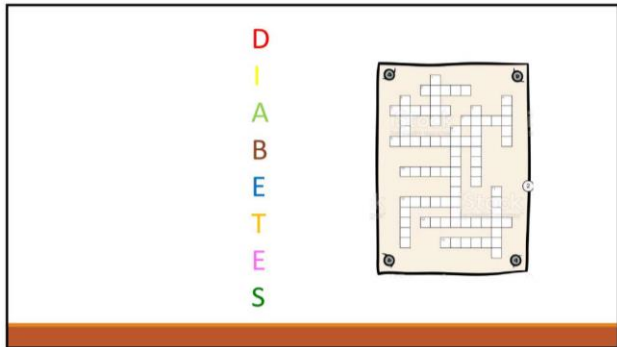
12



13



14



15



16



17



18

## Apresentação PowerPoint da sessão de EpS n.º 2

Escola Superior de Saúde (Ponte de Lima)

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
8º CURSO DE Mestrado em Enfermagem Comunitária

UCC - U. Acad. Santarém

# DIABETES: Importância do Exercício Físico

ORIENTADORA:  
PROF.ª DOUTORA  
MARTA ROSA

ENF.ª COOPERANTE:  
ENF.ª MESTRE INÊS  
PEREIRA

AUTOR:  
MÓNICA MENDES

23 de outubro de 2020

1

## SUMÁRIO

- ✓ Objetivos;
- ✓ Vantagens do Exercício Físico na Diabetes;
- ✓ Dicas importantes;
- ✓ Sugestões de Exercício Físico;
- ✓ Prevenir as Hipoglicémias;
- ✓ Sessão prática de exercício físico;
- ✓ Conclusão.

2

## Objetivos

- Compreender a importância do exercício físico na prevenção da diabetes;
- Reconhecer diferentes tipos de exercício físico;
- Incentivar para a realização de exercício físico regularmente.

3

## Vantagens do Exercício Físico na Diabetes

- ◆ Ajuda a controlar os níveis de glicose no sangue;
- ◆ Ajuda a baixar o colesterol e outras gorduras do sangue;
- ◆ Ajuda a reduzir e/ou a manter o peso;
- ◆ Diminui os valores da Tensão Arterial;
- ◆ Melhora a saúde cardiovascular;
- ◆ Fortalece os músculos e os ossos;
- ◆ Melhora o humor e a auto confiança.

4

## Dicas importantes

5

## O que faço eu no dia-a-dia?

6

### Sugestões de Exercício Físico

**Caminhada**  
30min/45min  
(piso plano e regular)

**Dança**  
1 hora

**Hidroginástica**  
50 min

**Passear o cão**  
30 min

7

### Prevenir as Hipoglicémias

Antes do exercício físico deve fazer uma refeição ligeira

Depois do exercício físico deve fazer uma refeição ligeira

Para evitar hipoglicemias deve vigiar a sua glicémia antes e após da prática de exercício físico.

10

### Sugestões de Exercício Físico

**Passear de bicicleta**  
30min/45min/1h

**Corrida lenta**  
30min / 45min

**Subir lanços de escadas**

8

**NÃO DESISTA!**

Vá aumentando gradualmente o tempo e a intensidade.

**O que interessa é mesmo começar!**

11

### Sugestões de Exercício Físico

9

### Ficha de Avaliação Final

12



13



14

## Apresentação PowerPoint da sessão de EpS n.º 4

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

# DIABETES: Importância da Vigilância da Saúde

ORIENTADORA:  
PROF.ª SOUTORA  
MARTA ROSA

ENF.ª COOPERANTE:  
ENF.ª MESTRE INÊS  
PEREIRA

AUTOR:  
MÓNICA MENDES

29 de outubro de 2020

1

## SUMÁRIO

- Objetivos;
- Vigilância da saúde;
- Medidas de autocuidado e autovigilância da saúde;
- Tipos de tratamento farmacológico de diabetes;
- Valores normais de glicémia capilar em jejum;
- Hipoglicémia e Hiperglicémia, sinais e modos de atuação;
- Avaliação de glicémia capilar;
- Conclusão.



2

## Objetivos

- Compreender a importância da vigilância da saúde na prevenção e controlo da diabetes mellitus;
- Reconhecer medidas de autocuidado na prevenção e controlo da diabetes mellitus;
- Identificar os diferentes tipos de tratamento farmacológico da diabetes mellitus;
- Reconhecer os valores normais de glicémia capilar em jejum;
- Distinguir Hipoglicémia de Hiperglicémia, sinais e modos de atuação.



3

## Vigilância da Saúde



4

## Vigilância da Saúde



5

## Autovigilância da Saúde



6

## Tratamento Farmacológico

7

## VALORES DE GLICÊMIA

En jejum

As pessoas sem diabetes devem ter uma glicemia entre 80 e 110 mg/dl antes das refeições e entre 110 e 140 mg/dl duas horas depois das refeições.

8

## Hiperglicemia

Aumento excessivo da glicemia.

O que fazer?

- hábitos de vida saudáveis;
- aumentar a ingestão de água;
- se persistir, falar com a equipe de saúde que o acompanha.

9

## Hiperglicemia

Hiperglicêmias pontuais provocadas por:

10

## Hiperglicemia

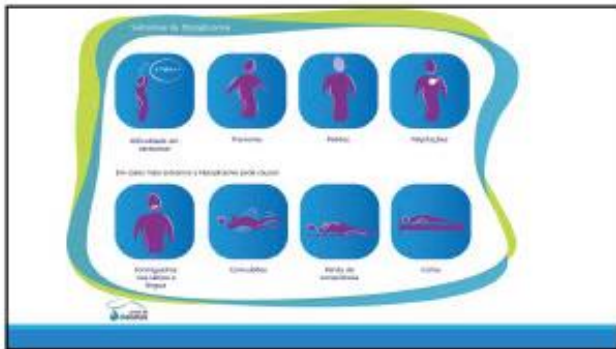
11

## Hipoglicemia

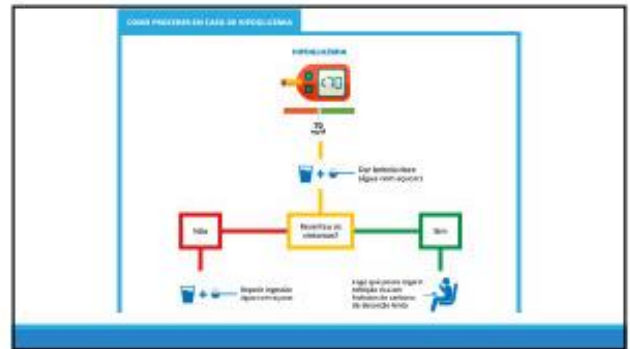
Diminuição acentuada da glicemia.

Geralmente ocorre em diabéticos que utilizam fármacos para controlar a doença, sejam eles insulina ou antidiabéticos orais.

12



13



14



15



16

ANEXO XIII – Fichas de avaliação de conhecimentos das sessões de EpS

## Ficha de Avaliação de Conhecimentos da Sessão n.º 1

### Avaliação Inicial

	Sim	Não	Não Sei
1. Na diabetes os níveis de açúcar no sangue estão aumentados			
2. Ter muita sede e falta de energia são sintomas de Diabetes			
3. A Diabetes traz complicações graves para a saúde			
4. É importante ter uma alimentação saudável para controlar a Diabetes			
5. Tomar comprimidos ou insulina cura a Diabetes			

### Avaliação Final

	Sim	Não	Não Sei
1. Na diabetes os níveis de açúcar no sangue estão aumentados			
2. Ter muita sede e falta de energia são sintomas de Diabetes			
3. A Diabetes traz complicações graves para a saúde			
4. É importante ter uma alimentação saudável para controlar a Diabetes			
5. Tomar comprimidos ou insulina cura a Diabetes			

## Ficha de Avaliação de Conhecimentos da Sessão n.º 2

### Avaliação Final

	Sim	Não	Não Sei
1. O exercício físico ajuda a baixar os níveis de açúcar no sangue			
2. Para ter bons resultados tenho de fazer exercício físico intenso			
3. Fazer 30 minutos de exercício 3 vezes por semana é suficiente			
4. Cada pessoa deve ajustar o tipo de exercício à sua condição física e capacidade			
5. Dançar não conta como exercício físico			

## Ficha de Avaliação de Conhecimentos da Sessão n.º 3

### Avaliação Final

	Sim	Não	Não Sei
1. Ter uma alimentação saudável ajuda a controlar os níveis de açúcar no sangue			
2. Fazer apenas três refeições por dia é saudável			
3. Respeitar a Roda dos Alimentos faz parte de uma alimentação saudável			
4. A massa e o arroz são alimentos ricos em hidratos de carbono			
5. Mesmo num dia de festa é totalmente proibido comer bolo			

## Ficha de Avaliação de Conhecimentos da Sessão n.º 4

### Avaliação Final

	Sim	Não	Não Sei
1. Ir às consultas médicas regularmente é importante para a saúde			
2. Devo estar atento aos sinais que o meu corpo me dá			
3. A diabetes apenas pode ser tratada com insulina			
4. Uma glicemia de 180 em jejum é um valor normal			
5. Uma hiperglicemia trata-se com ingestão de açúcar			



ANEXO XIV – Questionários de avaliação das sessões de EpS

## Questionário de avaliação pelos formandos

SESSÃO N.º:

DATA:

FORMADOR: Mónica Mendes

HORÁRIO:

LOCAL:

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expressa a sua opinião, segundo a escala:

**1 – Pouco; 2 – Muito Pouco; 3 – Suficiente; 4 – Bom; 5 – Muito Bom**

### 1. Apreciação global

	1	2	3	4	5
As minhas expetativas foram satisfeitas					
Contribuiu para aumentar os meus conhecimentos					
Tem aplicação prática no meu dia-a-dia					
Foram abordados temas do meu interesse					
A duração da sessão foi adequada					
O horário foi adequado					
Os métodos utilizados foram adequados					

### 2. Formador

	1	2	3	4	5
Revelou domínio do tema					
Expressou-se com clareza					
Prestou os esclarecimentos solicitados de forma objetiva					
Estabeleceu boa relação com o grupo					
Motivou a participação do grupo					

### 3. Comentários/Sugestões

--

**Obrigado pela sua colaboração!**

## Questionário de avaliação pelo formador

**SESSÃO N.º:**

**FORMADOR:** Mónica Mendes

**DATA:**

**HORÁRIO:**

**LOCAL:**

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expressa a sua opinião, segundo a escala:

**1 – Pouco; 2 – Muito Pouco; 3 – Suficiente; 4 – Bom; 5 – Muito Bom**

### 1. Apreciação Global

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Os objetivos da sessão foram atingidos					
A metodologia utilizada foi a adequada					
A duração da sessão foi adequada					
O espaço onde decorreu a sessão foi adequado					
Participação dos formandos					

### 2. Avaliação global da sessão:

---

---

---

### 3. Sugestões para o futuro:

---

---

---








ANEXO XV – Fotografia do Kit “*Relógio da Vida*” utilizado na sessão de EpS n.º 3



ANEXO XVI - Material pedagógico utilizado na sessão de EpS n.º 3

## Sugestão de plano alimentar diário

					
Pequeno-Almoço	Meio da manhã	Almoço	Meio da tarde	Jantar	Ceia
 	 	  	 	  	 

## Sacos com as bolachas e respectivas receitas



### Bolinhos de Erva Doce

Bater 20gr de açúcar e 1 colher e meia de chá de adoçante líquido com 2 ovos; adicionar 125gr de farinha e 1 colher de chá de erva doce. Num tabuleiro untado com óleo deitar pequenas porções da massa com uma colher. Vai ao forno 15 minutos a 150°C.

### Bolachas de Aveia

Esmagar uma banana com um garfo e envolver com 8 colheres de sopa cheias de flocos de aveia, 1 colher de chá de coco ralado, ½ colher de chá de canele em pó e ½ colher de chá de linhaça. Fazer bolinhas deste preparado, colocar num tabuleiro e espalmar com um garfo. Levar ao forno a 180°C 12 minutos, virar as bolachas e deixar mais 5 minutos.

ANEXO XVII – Certificado de participação no projeto



# Certificado



Certifica-se que \_\_\_\_\_

frequentou o Projeto Diabetes no Saka em outubro de 2020 com excelente desempenho.

05 de novembro de 2020

Enf.<sup>a</sup> Mónica Mendes

Enf.<sup>a</sup> Inês Pereira



ANEXO XVIII – Resultados das fichas de avaliação aplicadas nas sessões de EpS

### Sessão n.º 1

	Sim	Não	Não Sei	% respostas certas
<b>Questão 1</b>	9			100%
<b>Questão 2</b>	9			100%
<b>Questão 3</b>	9			100%
<b>Questão 4</b>	9			100%
<b>Questão 5</b>		9		100%

### Sessão n.º 2

	Sim	Não	Não Sei	% respostas certas
<b>Questão 1</b>	12			100%
<b>Questão 2</b>		12		100%
<b>Questão 3</b>	11	1		91,7%
<b>Questão 4</b>	12			100%
<b>Questão 5</b>		12		100%

### Sessão n.º 3

	Sim	Não	Não Sei	% respostas certas
<b>Questão 1</b>	11			100%
<b>Questão 2</b>	1	10		90,9%
<b>Questão 3</b>	11			100%
<b>Questão 4</b>	11			100%
<b>Questão 5</b>		11		100%

### Sessão n.º 4

	Sim	Não	Não Sei	% respostas certas
<b>Questão 1</b>	9			100%
<b>Questão 2</b>	9			100%
<b>Questão 3</b>		9		100%
<b>Questão 4</b>		9		100%
<b>Questão 5</b>		8	1	88,9%

ANEXO XIX - Tabela comparativa dos resultados do QCD e das fichas de avaliação de conhecimentos das sessões de EpS

Dimensões	Questionário Inicial (QCD)	% respostas certas	Questionário Final	% respostas certas
Tratamento, Controlo e Complicações	1. Para a doença não piorar, deve fazer a picada no dedo para saber os valores de açúcar no sangue;	100%	Uma glicemia de 180 em jejum é um valor normal	100%
	2. No tratamento da diabetes normalmente deve tomar sempre a medicação receitada pelo médico;	100%	Ir às consultas médicas regularmente é importante para a saúde	100%
			A diabetes apenas pode ser tratada com insulina	100%
	3. Para a doença não piorar, a quantidade de açúcar no sangue deve estar próxima dos valores normais;	100%		
	4. Para a doença não piorar, é importante vigiar a tensão arterial;	90,9%	Devo estar atento aos sinais que o meu corpo me dá	100%
	5. Devido à diabetes, outros problemas de saúde podem causar doenças nos olhos;	90,9%		
	6. Devido à diabetes, outros problemas de saúde podem surgir sem o diabético dar por isso;	90,9%	Ter muita sede e falta de energia são sintomas de Diabetes	100%
			A Diabetes traz complicações graves para a saúde	100%
	7. No tratamento da diabetes é importante andar a pé (tipo marcha) diariamente e cerca de 20 minutos;	100%	Para ter bons resultados tenho de fazer exercício físico intenso	100%
			Fazer 30 minutos de exercício 3 vezes por semana é suficiente	91,7%
			Dançar não conta como exercício físico	100%
	8. Para a doença não piorar, é importante avaliar a acetona na urina;	90,9%		
	9. Para a doença não piorar, os valores de açúcar no sangue devem estar muito baixos;	45,4%	Uma hiperglicemia trata-se com ingestão de açúcar	88,9%
10. No tratamento da diabetes, uma alimentação saudável é tão importante como a medicação receitada pelo médico;	100%	É importante ter uma alimentação saudável para controlar a Diabetes	100%	
Duração	11. A diabetes é uma doença que dura pouco tempo;	81,8%	Tomar comprimidos ou insulina cura a Diabetes	100%
	12. A diabetes é uma doença que vai durar para o resto da vida;	81,8%	Tomar comprimidos ou insulina cura a Diabetes	100%
	13. A diabetes é uma doença que é de longa duração;	72,7%	Tomar comprimidos ou insulina cura a Diabetes	100%
	14. A diabetes é uma doença que cura completamente, se o doente tomar a medicação receitada pelo médico;	54,6%	Tomar comprimidos ou insulina cura a Diabetes	100%

	<b>15. A diabetes é uma doença que aparece e desaparece;</b>	<b>36,4%</b>	<b>Tomar comprimidos ou insulina cura a Diabetes</b>	<b>100%</b>
Causas	<b>16. A diabetes pode ser causada por fazer uma alimentação pouco saudável;</b>	<b>81,8%</b>	<b>Ter uma alimentação saudável ajuda a controlar os níveis de açúcar no sangue</b>	<b>100%</b>
			<b>Fazer apenas três refeições por dia é saudável</b>	<b>90,9%</b>
			<b>Respeitar a Roda dos Alimentos faz parte de uma alimentação saudável</b>	<b>100%</b>
			<b>A massa e o arroz são alimentos ricos em hidratos de carbono</b>	<b>100%</b>
			<b>Mesmo num dia de festa é totalmente proibido comer bolo</b>	<b>100%</b>
	<b>17. A diabetes pode ser causada por ter pouca atividade física;</b>	<b>81,8%</b>	<b>O exercício físico ajuda a baixar os níveis de açúcar no sangue</b>	<b>100%</b>
			<b>Cada pessoa deve ajustar o tipo de exercício à sua condição física e capacidade</b>	<b>100%</b>
	<b>18. A diabetes é definida por ter açúcar a mais no sangue;</b>	<b>100%</b>	<b>Na diabetes os níveis de açúcar no sangue estão aumentados</b>	<b>100%</b>
	<b>19. A diabetes pode ser causada por ter peso a mais;</b>	<b>100%</b>		
	<b>20. A diabetes pode ser causada por ter familiares com diabetes.</b>	<b>90,9%</b>		



ANEXO XX – Certificado de apresentação de póster no VIII Congresso Luso-Espanhol de  
Estudantes Enfermagem

# CERTIFICADO- PÓSTER

A Comissão Científica do Congresso Luso-Espanhol vem por este meio certificar que a autora Mónica Neves Mendes realizou um póster no evento denominada Promoção da Literacia em Saúde sobre Diabetes Mellitus aos idosos.

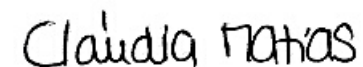
Por ser verdade, e pelo contributo fulcral no desenvolvimento da atividade do evento, este certificado vai ser assinado e carimbado como forma de autenticidade.

18 de maio de 2021



**HÉLIA DIAS**

*Diretora da Escola Superior de Saúde  
de Santarém*



**CLAÚDIA MATIAS**

*Presidente da Comissão Organizadora  
do VIII Congresso Luso-Espanhol*

