



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

**AUTOUIDADO NAS PESSOAS IDOSAS COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2
Intervenções Promotoras de Atividade física e
Alimentação Saudável**

Maria João Baião Piriquito e Gama

**Lisboa
2020**



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

**AUTOCUIDADO NAS PESSOAS IDOSAS COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2
Intervenções Promotoras de Atividade física e
Alimentação Saudável**

Maria João Baião Piriquito e Gama

Orientador: Prof.^a Dr.^a Maria Adriana Pereira Henriques

**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que me apoiaram e acompanharam neste percurso acadêmico, sem eles não seria possível superar os obstáculos encontrados ao longo desta etapa.

Quero deixar um especial agradecimento à Sra. Professora Doutora Maria Adriana Henriques pela sua disponibilidade, compreensão e acima de tudo pelo incentivo dado neste percurso, tendo sempre uma palavra amiga nas minhas fraquezas.

A toda a equipa de enfermagem da USF Dafundo, á qual pertenço, onde foi desenvolvida a minha intervenção comunitária, pela disponibilidade de horário e apoio de todos os colegas, em especial á Enfermeira Cláudia Defesa por ter aceitado o desafio de ser minha orientadora clinica, pela sua disponibilidade e confiança que depositou em mim.

Aos meus filhos e marido pela compreensão e toda a força dada nos momentos difíceis que tive ao longo deste processo.

A todos o meu muito **OBRIGADO!**

RESUMO

Introdução: Atualmente existe um aumento progressivo da incidência e prevalência da Diabetes *Mellitus* tipo 2. Condição de saúde relevante para o envelhecimento da população, aproximadamente um quarto das pessoas idosas são portadoras da doença, considerada uma das doenças crônicas prioritárias na intervenção a nível mundial. Os comportamentos de autocuidado e a gestão da doença são um suporte fundamental para a pessoa. Integra assim um papel ativo no tratamento e controlo da sua doença, mudando comportamentos e adotando estilos de vida saudável, fatores determinantes para a manutenção do seu bem-estar e qualidade de vida. Os Cuidados de Saúde Primários assumem um papel fundamental na educação das pessoas com diabetes, mobilizando estratégias que dêem resposta às necessidades identificadas, capacitando-as para o autocuidado e promovendo a gestão da sua doença.

Objetivo: Promover a adesão do autocuidado a pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* tipo 2, relativamente á atividade física e á alimentação saudável adaptada á sua condição de doença, na USF Dafundo de Outubro de 2019 a Fevereiro de 2020.

Metodologia: Utilizamos a metodologia do Processo de Planeamento em Saúde e a Teoria de Enfermagem do Deficit do Autocuidado de Dorothea Orem, numa amostra de pessoas com 65 e mais anos. Aplicamos a todos os participantes através da entrevista, a avaliação dos dados sociodemográficos, Escala de Barthel, Escala de Lawton & Brody e a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes.

Resultados: Identificamos défices de autocuidado nas pessoas com diabetes pela não adesão á atividade física e a uma alimentação saudável. O processo de capacitação foi promovido através da educação para a saúde individual e em grupo por possibilitar a aquisição individualizado por um lado e a partilha conhecimentos/competências e experiencias vivenciadas, capacitando a pessoa a idosa para a promoção do autocuidado.

Palavras-chave: Autocuidado; Idoso; Diabetes *Mellitus* tipo 2; Promoção; Enfermagem Comunitária.

ABSTRACT

Introduction: Currently there is a progressive increase in the incidence and prevalence of type 2 Diabetes Mellitus. A relevant health condition for the aging of the population, approximately one quarter of the elderly are carriers of the disease, considered one of the priority chronic diseases in global intervention. Self-care behaviors and disease management are a fundamental support for the person. It thus integrates an active role in the treatment and control of your disease, changing behaviors and adopting healthy lifestyles, determining factors for the maintenance of their well-being and quality of life. Primary Health Care plays a key role in educating people with diabetes, mobilizing strategies that respond to the identified needs, empowering them for self-care and promoting the management of their disease.

Objective: To promote adherence to self-care for elderly people with type 2 diabetes mellitus, physical activity and healthy eating adapted to their disease condition, at the USF Dafundo from October 2019 to February 2020.

Methodology: We used the methodology of the Health Planning Process and Dorothea Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory, in a sample of people aged 65 and over. We apply to all participants through the interview, the evaluation of sociodemographic data, Barthel Scale, Lawton & Brody Scale and The Diabetes Self-Care Activity Scale.

Results: We identified self-care deficits in people with diabetes due to non-adherence to physical activity and healthy eating. The training process was promoted through education for individual and group health, as it enables individualized acquisition on the one hand and the sharing of knowledge / skills and experiences, enabling the elderly person to promote self-care.

Keywords: Self-care; Old man; Type 2 Diabetes Mellitus; Promotion; Community Nursing.

SIGLAS

% - Percentagem

ABVD- Atividades básicas de vida diária

ACD - Atividades de Autocuidado com a Diabetes

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

ADA- American Diabetes Association

AIVD- Atividades de vida instrumentais

AVD- Atividades de Vida Diárias

CIPE®- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direcção- Geral da Saúde

DM- Diabetes *Mellitus*

DM2- Diabetes *Mellitus* tipo 2

DNT- Doenças não transmissíveis

EAAD- Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes

EEEC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

ELB- Escala de Lawton & Brody

EpS- Educação para a Saúde

ESCSP- Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HbA1C- Hemoglobina glicada

HTA- Hipertensão arterial

IB- Escala de Barthel

IDF- International Diabetes Federation

IMC- Índice de Massa Corporal

INE- Instituto Nacional de Estatística

LS- Literacia em Saúde

MS- Ministério da Saúde

N- Frequência

OE- Ordem dos Enfermeiros

OECD- Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS- Organização Mundial de Saúde

OND- Observatório Nacional da Diabetes

PIB - Produto Interno Bruto

PNS- Plano Nacional de Saúde

PS- Planeamento em saúde

SNS- Sistema Nacional de Saúde

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

UNFPA- Fundo da População das Nações Unidas

USF- Unidade de Saúde Familiar

WHO- World Health Organization

INDÍCE

	Pág.
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1. Envelhecimento	16
2. Pessoa Idosa com Doença Crónica	18
3. Pessoa idosa com Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2	19
3.1. Gestão da doença na pessoa idosa com Diabates <i>Mellitus</i> tipo 2	21
4. Autocuidado na Pessoa Idosa com Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2	23
5. Intervenções de Enfermagem Comunitária na promoção do Autocuidado na Pessoa Idosa com Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2	25
CAPÍTULO II- METODOLOGIA	28
1. Diagnóstico de situação	28
1.1- Contextualização do local de intervenção	29
1.2- População Alvo/amostra	29
1.3- Procedimentos e instrumentos de colheita de informação	30
1.4- Considerações éticas	32
1.5- Análise e apresentação dos resultados	32
1.6- Diagnósticos de Enfermagem	43
2. Determinação de prioridades	44
3. Fixação de objetivos	46
4. Seleção de estratégias	49
5. Preparação operacional	51
6. Avaliação	55
CAPITULO III- COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	59
CAPITULO IV- CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	63

ANEXOS

Anexo I- Comissão de Ética para a Saúde

Anexo II- Informação ao Participante

Anexo III- Consentimento Informado

APÊNDICES

Apêndice I- Cronograma de Gantt

Apêndice II- Plano Operacional

Apêndice III- Cartaz de divulgação da Sessão Atividade Física
“Caminhada do Dia Mundial da Diabetes ”

Apêndice IV- Cartaz de divulgação da Sessão de Educação para a Saúde
“Mitos de uma Alimentação Saudável”

Apêndice V- Folhas de inscrição para as Sessões de Educação para a
saúde

Apêndice VI- Folheto informativo “Importância da Atividade Física”

Apêndice VII- folheto Informativo “Alimentação saudável”

Apêndice VIII- Sessão de Educação para a Saúde “Importância da
Atividade Física no Idoso com Diabetes *Mellitus*”

Apêndice IX- Sessão de Atividade Física “Caminhada do Dia Mundial da
Diabetes ”

Apêndice X- Sessão de Educação para a Saúde “Mitos de uma
Alimentação Saudável”

Apêndice XI- Sessão de Sensibilização aos Profissionais de saúde

Apêndice XII- Questionários de avaliação sessões de educação para a
saúde

Apêndice XIII- Tabela de monitorização da glicémia capilar “Caminhada
do dia Mundial da Diabetes”

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra	33
Tabela 2. Distribuição da amostra segundo o valor de HbA1C % 1º semestre	35
Tabela 3. Distribuição da amostra segundo o valor de HbA1C % 2º semestre	36
Tabela 4. Caracterização da dependência da amostra	38
Tabela 5. Distribuição da amostra quanto á adesão das atividades de autocuidado com a diabetes e o nº dias da semana	40
Tabela 6. Distribuição da amostra segundo as atividades de autocuidado na diabetes	40
Tabela 7. Determinação de prioridades nos diagnósticos de enfermagem segundo o Método de <i>Hanlon</i>	46
Tabela 8. Indicadores de resultado/ impacto	56
Figura 9. Indicadores de processo / atividade	58

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Distribuição da amostra segundo as comorbilidades	34
Figura 2. Distribuição da amostra segundo o número de medicamentos em simultâneo	34
Figura 3. Distribuição da amostra segundo a gestão da medicação	35
Figura 4. Distribuição da amostra segundo IMC	36
Figura 5. Distribuição da amostra segundo perímetro abdominal homens	37
Figura 6. Distribuição da amostra segundo os hábitos tabágicos	42

INTRODUÇÃO

A Diabetes *Mellitus* (DM) é considerada atualmente uma doença que se tornou num problema de saúde pública major e crescente a nível mundial, pelas consequências clínicas e impacto na qualidade de vida e bem-estar das pessoas, com consequências económicas a nível individual e nos sistemas de saúde. Classificada como uma das principais doenças crónicas não transmissíveis (DNT) da atualidade, não só pelo aumento da sua incidência como também pela sua elevada morbilidade (Direção- Geral da Saúde (DGS) 2017c; Jayanna et al., 2019).

A prevalência da DM tem aumentado, a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que nos próximos 20 anos mais de 20% da população venha a ser diagnosticada DM, considerada a pandemia de doença não transmissível do século XXI (DGS, 2017c). A prevalência da DM é significativa na população idosa, a mortalidade prematura, as complicações da doença e as repercussões que tem na vida diária da pessoa com diabetes é alarmante, exigindo intervenção multidisciplinar (Graue et al., 2013; Oliveira & Zanatti, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016) alerta para a necessidade do desenvolvimento de políticas de saúde eficazes, no apoio e promoção de estilos de vida saudáveis e acesso a cuidados de saúde de qualidade, desafiando a população para a adoção de uma alimentação saudável, atividade física e a evitar o excesso de peso. Isto porque, o estilo de vida que a sociedade moderna adopta como a má alimentação e a pouca actividade física, condicionadores de obesidade são factores responsáveis pela incidência cada vez maior da diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2). A evidência científica revela a importância que a atividade física e a alimentação saudável, tem na promoção e prevenção da doença. A promoção da literacia em saúde poderá ser fundamental na adequada gestão da DM2 e na prevenção de multimorbilidades.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) assume aqui um papel fundamental na capacitação da pessoa idosa com DM2, na gestão do seu processo de saúde com doenças diagnosticadas, promoção do autocuidado procurando aumentar a sua literacia em saúde, bem como ajudar a pessoa a tomar consciência do seu problema de saúde e das suas capacidades de modo a conseguir controlar a sua doença evitando assim o aparecimento de complicações contribuindo para uma melhor qualidade de vida. A educação para a saúde (EpS),

dirigida para a prevenção e controlo da diabetes visa alcançar melhorias no autocuidado e aumentar a literacia em saúde. A adesão ao autocuidado na diabetes passa pela capacitação da pessoa na alimentação, atividade física e regime terapêutico, promovendo assim mudança de comportamentos e adoção de estilos de vida saudável. Neste sentido a intervenção do EEEC tem como propósito desenvolver na pessoa idosa conhecimento, atitudes e habilidades necessárias ao adequado desempenho e autocontrolo da sua doença, daí ser fundamental fornecer ferramentas que possam potenciar a sua autonomia e conseqüentemente ganhos em saúde (Cunha, 2014). A pessoa idosa com DM necessita de um acesso sistemático, regular e organizado dos serviços de saúde, os cuidados de saúde primários constituem um papel fundamental (*International Diabetes Federation (IDF)*, 2017), na prevenção e no diagnóstico precoce da diabetes (DGS 2017c).

Neste sentido realizou-se um Projeto de intervenção comunitária no período de outubro de 2019 a fevereiro 2020, a uma população idosa com DM2 inscrita na Unidade de Saúde Familiar (USF) do Dafundo, com a finalidade de promover o autocuidado, capacitando as pessoas para a prática de atividade física e alimentação saudável, de acordo com o planeamento de cuidados de enfermagem e que venham a permitir obter ganhos em saúde, nomeadamente qualidade de vida, bem-estar e maior adesão a comportamentos de saúde adequados à gestão da doença, envolvendo a pessoa idosa nos seus cuidados de saúde, seguindo a metodologia do planeamento em saúde, de acordo com a Teoria de Enfermagem do Deficit do Autocuidado de Dorothea Orem. A teoria de Orem (1993) corrobora que o autocuidado é um processo dinâmico, o qual depende da vontade da pessoa que recebe os cuidados e dos conhecimentos desta relativamente à sua doença. A teoria de Orem baseia-se na educação para o autocuidado, foi indicada como um guia para a identificação, planeamento e implementação dos cuidados de enfermagem, e a sua aplicação pode ser feita para melhorar comportamentos de autocuidado (Oliveira et al, 2016).

O presente relatório de estágio encontra-se estruturado em quatro capítulos: o primeiro diz respeito ao enquadramento teórico, onde é abordado o envelhecimento da população, a problemática da doença crónica na pessoa idosa estreitando para diabetes na pessoa idosa, importância do autocuidado na diabetes sustentado pela Teoria de Enfermagem do Deficit do Autocuidado de Dorothea Orem e ainda a Intervenção de Enfermagem Comunitária na Promoção do Autocuidado; o segundo

capítulo refere-se à metodologia do planeamento em saúde; o terceiro é destinado às competências desenvolvidas durante a realização do estágio e por último a conclusão. Este relatório foi redigido segundo o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEL (2018) e as normas da *American Psychological Association* (APA).

CAPITULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento

O envelhecimento humano pode ser definido como o processo que se inicia antes do nascimento e desenvolve-se ao longo da vida, caracterizado pela mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos (Zimmerman, 2005; DGS 2004).

O envelhecimento populacional é uma das mais significativas tendências do século XXI em todo o mundo (Fundo da População das Nações Unidas (UNFPA), 2012). No último século com a evolução demográfica, a baixa natalidade e o aumento da esperança média de vida, remetem para um rápido envelhecimento das populações em todo o mundo (World Health Organization (WHO), 2015). Este fenómeno é crescente, em 2012 o número de pessoas idosas aumentou para 810 milhões, projeta-se que 10 anos depois atinja 1 bilhão e estima-se que em 2050 haja cerca de 2 biliões de idosos. Estas alterações demográficas devem-se a diversos fatores que são determinantes na qualidade de vida da população, como a melhoria das condições médico-sanitárias, melhoria no acesso aos cuidados de saúde, desenvolvimento socioeconómico e novas tecnologias (WHO, 2015; UNFPA, 2012).

Portugal tem uma população envelhecida, com mais idosos do que jovens, 21% dos portugueses têm 65 ou mais anos, enquanto 14% têm menos de 15 anos. Existem um milhão de pessoas com 75 ou mais anos (Ministério da Saúde (MS), 2018). Em Portugal, prevê-se que entre 2015 a 2080 o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões, face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080 (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2017).

A OMS (2005) refere que não existe uma referência padronizada, em relação à idade cronológica e ao envelhecimento, existem formas diferentes de defini-la e qualifica-la em conformidade com o envelhecimento. Considera ainda, pessoa idosa desde os 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento, em Portugal, o INE (2017) considera pessoa idosa com 65 ou mais anos e neste trabalho assim será considerado.

Todo o ser humano desde sempre se preocupou com o seu envelhecimento, sendo que cada um encara a velhice com dimensões diferentes. Uns qualificam-na

como um decréscimo das suas capacidades de vida diárias, enquanto outros definem como uma fase da vida com maior vulnerabilidade e dependência, por outro lado existe ainda quem considere que a velhice contempla a sabedoria em pleno, serenidade e bom senso (Fechine & Trompieri, 2012). É fundamental que o processo de envelhecimento seja encarado como um processo natural e não como um problema. Deve ser encarado como uma oportunidade para que as pessoas possam viver autonomamente e de forma saudável no maior espaço de tempo possível até ao fim da sua vida. Importa aqui salientar, a responsabilização da parte da pessoa, de modo a que haja mudança no comportamento, tal como a capacidade de resposta do Sistema de Saúde para dar resposta a essas necessidades (Nunes, 2017). Assim torna-se necessário a adaptação do contexto de acordo com as fragilidades que prevalecem com maior frequência nas pessoas com idade avançada (DGS, 2004).

Para Paúl (2005) o processo do envelhecimento possui três constituintes: a senescência, onde o processo de envelhecimento biológico advém da vulnerabilidade crescente e de maior probabilidade de morrer; o envelhecimento social, referente aos papéis sociais adaptados às expectativas da sociedade e por ultimo o envelhecimento psicológico, definido pela regulação do próprio indivíduo, pela tomada de decisões e opções, ajustando-se ao processo de senescência e do envelhecimento.

Ribeiro e Paúl (2012) advogam que existem conceitos básicos os quais não podem ser descurados, a autonomia (associada ao controlo de vida individual e a capacidade de decisão), independência (capacidade de cuidar de si próprio, na manutenção de si e no exercício de competências do mundo), expectativa de vida saudável (tempo de vida sem necessitar de cuidados especiais) e qualidade de vida (modo complexo em que refere a saúde física, psicológica, o nível de dependência, relações sociais e crenças pessoais e as características do ambiente em que a pessoa se encontra inserida). Toda a pessoa deve ter a oportunidade de viver uma vida longa e saudável para tal é necessário aumentar a esperança média de vida com qualidade, autonomia e independência, criando ambientes e oportunidades propícios de modo a que se reforce a valorização da dignidade humana. Por isso a OMS, apela a todos os países do mundo a reajustarem as suas políticas económico-sociais e de saúde à nova realidade demográfica (WHO, 2018).

Envelhecer é uma das maiores conquistas da humanidade mas também um dos maiores desafios. Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o propósito de melhorar a qualidade de vida conforme as pessoas envelhecem (WHO, 2005; DGS,2017b).

O envelhecimento ativo preconiza que a pessoa idosa participe na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, e que se sinta proactiva e motivada para participar nas intervenções programadas, no sentido de aumentar a qualidade de vida (Ribeiro & Paúl, 2018).

2. Pessoa Idosa com Doença Crónica

As doenças não transmissíveis e de evolução prolongada, com tendência para a cronicidade, constituem a primeira causa de morte no mundo (WHO, 2014), paralelamente em Portugal o MS (2018) considera que são as principais causas de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas, e que conferem um peso significativo a nível económico e na qualidade de vida, para além dos custos individuais, familiares e sociais elevados. Sabe-se, no entanto, que grande parte das complicações destas doenças, podem ser prevenidas ou retardadas envolvendo-se comportamentos saudáveis (WHO, 2015).

As doenças crónicas são responsáveis por 80% da mortalidade nos países europeus. Este contexto demográfico em que vivemos atualmente, marcado pelo envelhecimento da população traduz o reflexo da saúde da nossa sociedade, com grande influência no aumento de doenças crónicas (MS, 2018), associada a complicações que levam a incapacidade, comorbilidades e em alguns casos a morte (Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD), 2018), exigem uma complexidade de cuidados de saúde.

Inevitavelmente os idosos tendem a ter mais doenças que as pessoas mais jovens. Portugal atribui 86% das doenças crónicas como causa da morbilidade/carga da doença (DGS, 2017a). Nas principais causas de morbilidade e mortalidade encontram-se as doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes *mellitus*, neoplasias, patologias respiratórias crónicas, doenças mentais, patologias músculo-esqueléticas (OECD, 2018; DGS, 2017a), apresentam um impacto negativo importante, a sua etiologia tem em comum um conjunto de factores ligados aos

estilos de vida. Assim, podemos dizer que os portugueses vivem mais mas, por outro lado, vivem com mais comorbidades durante os seus últimos anos de vida. Por conseguinte, implica assim uma mudança de comportamentos no que respeita aos estilos de vida saudáveis, como a redução de hábitos nocivos (álcool e tabaco), a adoção de uma alimentação saudável, a prática de atividade física regular, para tal torna-se necessário que se definam políticas a fim de se obter uma redução nas mortes prematuras causadas pelas doenças crónicas (WHO, 2014).

Portugal tem vindo a incrementar medidas específicas, nomeadamente a elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS): Revisão e Extensão a 2020, definindo como principais metas de saúde reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos) para menos de 20%, aumentar em 30% a esperança de vida aos 65 anos de idade e diminuir os fatores de risco associados as DNT (DGS, 2015).

3. Pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* tipo 2

DM é uma condição de saúde importante para o envelhecimento da população, aproximadamente um quarto das pessoas idosas tem DM (American Diabetes Association (ADA), 2019), considerada como uma das quatro doenças crónicas prioritárias na intervenção a nível mundial (Fonseca et al., 2018). É vista como uma doença crónica e progressiva, que pode trazer graves consequências para a saúde e bem-estar da pessoa, leva a custos elevados tanto a nível social como no sistema de saúde. É considerada pela OMS como a pandemia do século XXI, estima-se que pode atingir, nos próximos 20 anos, mais de 20% da população mundial, pelo aumento da sua prevalência (DGS, 2017c).

Em Portugal no ano 2015 a prevalência estimada da DM com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos foi de 13,3%, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem DM, das quais 44% desconhece ter a doença (OND, 2016). A prevalência mais elevada regista-se nas faixas etárias entre os 65-74 anos com uma prevalência de 23,8% (DGS, 2017c). Dados do relatório da OCDE (2018) sobre saúde, revelam que Portugal é o país da Europa com a taxa de prevalência da doença mas elevada. O tratamento para a DM e as suas complicações, traduzem 10% da despesa em saúde o que corresponde a cerca de 1% do PIB Nacional (Observatório Nacional da Diabetes (OND), 2016). Esta faixa

etária apresenta a maior taxa de mortalidade precoce, incapacidade funcional e doenças concomitantes, particularmente pelas suas complicações como a hipertensão e acidente vascular cerebral que os indivíduos sem DM (ADA, 2019).

DM surge devido a uma perda progressiva de secreção de insulina de células β frequentemente no contexto de resistência à insulina. Vários fatores genéticos e ambientais podem resultar na perda progressiva da função de células β que se manifesta clinicamente como hiperglicemia (ADA, 2019). O seu diagnóstico é feito com base nos seguintes critérios (ADA, 2019; DGS, 2011):

1. Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l); ou
2. Glicemia ≥ 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
3. Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$.

DM2 por vezes é diagnosticada tardiamente pelo facto da hiperglicemia se desenvolver de forma gradual na fase inicial da doença, nem sempre os sintomas clássicos da diabetes são detetados. No entanto existe risco de se desenvolver complicações macrovascular e microvascular (ADA, 2019), que se podem tornar incapacitantes ou até mesmo potencialmente fatais (OND, 2015). Tais como doenças cardiovasculares, pé diabético (que pode evoluir inevitavelmente para amputação), retinopatia, neuropatia, nefropatia, são complicações que podem ser retardadas ou prevenidas quando detetadas precocemente através do controlo metabólico, evitando assim além do sofrimento humano os custos económicos elevados (IDF, 2017).

A DM2 é o tipo mais comum de diabetes, representa cerca de 90% dos casos de DM, geralmente em pessoas com histórico familiar de diabetes associado à ausência de hábitos de vida saudáveis (IDF, 2017). A OND (2016) corrobora a existência de uma relação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e a DM, cerca de 90% da população com DM a apresenta excesso de peso (49,2%) ou obesidade (39,6%). O número de pessoas no mundo com DM quadruplicou desde 1980 e duplicou de 1980 a 2014 devido ao excesso de peso e à obesidade e à inatividade física (WHO, 2016). Classificada como uma doença multifactorial, o seu tratamento resulta da associação entre a atividade física, alimentação e terapêutica farmacológica (ODN, 2016).

De acordo com as projeções da *International Diabetes Federation* (2017) os custos com a saúde, no que concerne à DM revelam que há uma grande variação

nos gastos a nível mundial e que os investimentos devem ser a nível dos recursos em intervenções custo-benefício, especialmente em países de baixo e médio rendimento. Neste sentido a OMS (WHO, 2016) alerta para a necessidade urgente do desenvolvimento de políticas de saúde eficazes, no apoio e promoção de estilos de vida saudáveis e acesso a cuidados de saúde de qualidade, desafiando a população a uma alimentação saudável, à prática de actividade física e evitar o excesso de peso. O acompanhamento da pessoa com DM é um desafio para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros, desde o apoio no controlo dos sintomas, na educação de como viver e gerir a doença, sensibilizando para a necessidade de mudanças de comportamento, prevenindo complicações e reduzindo o risco de complicações a longo prazo (ADA, 2019; Nogueira & Nobrega, 2015).

3.1. Gestão da doença na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* tipo 2

A gestão da DM torna-se parte integrante da responsabilidade que a pessoa tem acerca da sua doença. O sucesso da gestão da doença crónica depende essencialmente dos esforços que são desenvolvidos em parceria com o enfermeiro, que ajudam a definir objetivos e a tomar decisões. A pessoa com diabetes tem dificuldades em concretizar as recomendações dos profissionais de saúde (Cardoso et al., 2015).

A intervenção na gestão da doença crónica obriga a interação entre a pessoa e equipa multidisciplinar. O cuidado centrado na pessoa leva a que esta se sinta motivada, tenha a informação, aptidões e confiança necessários para a tomada de decisão da sua saúde.

Como tal os profissionais de saúde devem igualmente estar motivados e disponíveis de modo a lhe transmitir a informação essencial, sendo para isso necessário dispor de sistemas de apoio à decisão e recursos indispensáveis para prestar cuidados de qualidade (Henriques, 2011), a fim de obter maior autonomia na pessoa idosa com DM e inevitavelmente ganhos em saúde.

A intervenção de enfermagem vai de encontro às necessidades de cada pessoa, independentemente da sua situação de saúde (Kitson, 2016). A dimensão do cuidado fundamental envolve o enfermeiro, a pessoa, a família e o sistema de saúde. O cuidado fundamental é multidimensional e depende da relação

estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa receptora dos cuidados (pessoa idosa) (Kitson et al.,2013). Constituindo um grande desafio, no sentido de desenvolver intervenções que visam ajudar as pessoas a gerir a sua doença, promovendo a sua adesão, autovigilância ou até a mudança de comportamentos. As necessidades para o autocuidado mudam conforme a doença e com a incapacidade que esta pode causar (Kitson et al., 2010). O cuidado fundamental é essencial no cuidado centrado na pessoa, tendo em conta as necessidades físicas, psicossociais, culturais e emocionais, responsabilizando-a pelos seus cuidados de saúde independentemente da sua condição de saúde, tornando-se assim parte integrante do processo de tomada de decisão (Kitson, 2016).

Neste contexto a literacia em saúde (LS) é entendida como um pilar essencial para garantir que a pessoa conheça os comportamentos do autocuidado e a gestão da sua doença (Kitson, 2016), suporte fundamental na DM. É consensual que assuma relevância na prevenção, nos cuidados de saúde e na promoção da saúde, adoptando um papel importante na manutenção ou na melhoria da condição de saúde. É vista como uma oportunidade de promover a saúde ao longo do ciclo vital (DGS, 2019). Define-se 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”. (WHO, 1998, p.10). Desempenha assim um papel essencial na capacidade que a pessoa tem para obter, interpretar e compreender a informação básica de saúde de forma a promover a sua própria saúde. Desta forma, é de extrema importância capacitar as pessoas para a gestão da sua doença e para o autocuidado (Sørensen et al. 2012).

Neste sentido desenvolver LS com a pessoa idosa, na perspectiva de promoção em saúde e na prevenção da doença, leva a que a pessoa tenha acesso e apreendido a informação sobre estilos de vida saudáveis e fatores de risco associados, e que consiga avaliar o significado dessas informações de forma crítica e prática (Silva et al., 2018). Emerge assim a necessidade de potencializar as capacidades da pessoa idosa e incentivar as mudanças de comportamento que possam promover a longevidade saudável. Para tal a pessoa idosa deve ser capacitada para desenvolver competências de modo adotar medidas de prevenção de doenças, habilidades no autocuidado e gerir a sua doença (Silva et al., 2018). Nesta perspectiva a pessoa idosa com DM2 torna-se um agente de mudança num processo considerado progressivo, educacional e relacional.

O PNS tem como pretensão reforçar a posição da pessoa, no centro do sistema de saúde e como eixos estratégicos, a cidadania em saúde, acesso à equidade, qualidade e políticas saudáveis (DGS, 2013a). Neste sentido propõe que a nível individual, os cidadãos melhorarem de forma pró-ativa os conhecimentos e a capacidade de exercer as responsabilidades e os direitos, bem como cumprir os deveres em saúde; assumam a responsabilidade pela promoção da saúde e por estilos de vida saudáveis e participem ativamente nas decisões referentes à sua saúde, família e comunidade; criem ligações terapêuticas com os profissionais de saúde, formando parcerias na gestão da doença; promovam a utilização racional e adequada dos serviços de saúde (DGS, 2013a).

4. Autocuidado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* tipo 2

Autocuidado define-se como as atividades que a pessoa realiza por si mesma para manter a vida, saúde e bem-estar, prolongando-se ao conceito de cuidado dependente, quando a pessoa por si só não consegue satisfazer as suas necessidades e necessita que outra desempenhe as suas funções de autocuidado (Orem, 1995). É uma dimensão do comportamento da pessoa, relativamente à medicação, alimentação e atividade física, favorecendo assim a mudança de comportamentos e a adoção de hábitos de vida saudável. Neste sentido, a consolidação do conhecimento por parte da pessoa é essencial, de modo a serem tomadas medidas assertivas (Oliveira et al., 2016).

A prestação de cuidados à pessoa com doença crónica passa seguramente por garantir que esta consiga melhorar o seu autocuidado, envolvendo-a na tomada de decisão. Tendo como base o referencial teórico de Orem (1993) o enfermeiro presta cuidados à pessoa como um ser que funciona biológica, simbólica e socialmente, e que apresenta condições no autocuidado universais e de desenvolvimento associadas a desvios de saúde. Para gerir um regime terapêutico complexo necessita de tempo, conhecimentos, habilidades e competências. Orem, (2001) defende que o autocuidado é um processo dinâmico, o qual depende da vontade da pessoa cuidada e dos seus conhecimentos relativamente à sua doença.

A mesma autora nomeia três tipos de prática de enfermagem, nas quais o enfermeiro define quais os cuidados a prestar, à pessoa, família e comunidade:

Sistema compensatório (quando autocuidado é realizado apenas pelo enfermeiro); Sistema parcialmente compensatório (o enfermeiro intervém apenas quando a pessoa não é capaz de realizar sozinha) e o Apoio-educativo (quando a pessoa é capaz de realizar o autocuidado mas necessita de orientação, educação e supervisão nas suas atividades) (Orem, 2001). Deste modo o autocuidado desenvolve-se de acordo com as suas orientações internas e/ou externas, em conjugação com a intervenção do enfermeiro, capacitando a pessoa a tornar o seu autocuidado mais eficiente.

A Teoria de Enfermagem do Deficit do Autocuidado assenta em três teorias interrelacionadas, aptas a serem aplicadas a todas as pessoas que necessitem de cuidado: Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 1993).

A Teoria do Autocuidado constitui a essência para compreender as limitações das pessoas que podem beneficiar das intervenções de enfermagem, tendo em conta o ponto de equilíbrio entre o excesso e a falta de cuidado para que a pessoa seja capaz de se autocuidar (Marriner-Tomey & Alligood, 2002), descreve o porquê e a forma como as pessoas cuidam de si próprias (Queirós et al., 2014), constitui assim suporte para que a pessoa idosa com DM2 consiga compreender as suas condições e suas limitações com o propósito de receber os cuidados de enfermagem.

A Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem é considerada um guia orientador do enfermeiro no autocuidado (Oliveira et al., 2016), quando as necessidades são superiores á capacidade da pessoa se autocuidar (Petronilho, 2012). Neste contexto, a pessoa idosa com DM 2 com limitações para a atividade do autocuidado é imperativo o enfermeiro identificar as necessidades, definindo intervenções adequadas a fim de ajudar no autocuidado, dando relevância às suas capacidades autónomas (Queirós et al., 2014).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades da pessoa em relação ao seu desempenho das atividades de autocuidado (Petronilho, 2012). As intervenções de enfermagem vão de encontro às ações que a pessoa consegue realizar e o que necessita realizar para manter o bom funcionamento do autocuidado.

Na DM2, o autocuidado está estreitamente ligado com a adesão a comportamentos saudáveis como uma alimentação saudável, atividade física

regular, cumprimento do regime terapêutico, monitorização da glicemia, cuidados com os pés, evicção do consumo de tabaco e álcool (Bastos et al., 2007), torna-se fundamental o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos para que a pessoa possa viver com a melhor qualidade de vida.

5. A Intervenção de Enfermagem Comunitária na Promoção do Autocuidado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* tipo 2

Enfermagem Comunitária distingue-se todas as outras especialidades por ter como foco de intervenção a comunidade, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, através do desenvolvimento de programas de intervenção que permitam capacitar as comunidades na criação projetos de saúde, com vista a promoção da saúde, a prevenção e tratamento da doença (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2011).

A promoção da saúde envolve uma conceção holística, a pessoa é vista como um todo, de forma abrangente, onde o saudável está para além da ausência de doença. O cuidado centrado na pessoa leva á consciencialização e á individualização dos cuidados, contribui para o aumento do bem-estar e da qualidade de vida, aumentando assim os conhecimentos e habilidades específicas da pessoa idosa com doença crónica (Lage, 2017). Promoção da saúde é um processo que se destina a aumentar a capacidade das pessoas e comunidades de modo a conseguirem controlar a sua saúde, com a perspetiva de a melhorar, considerando a saúde como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida (WHO, 1986). De acordo com a carta de Ottawa (WHO, 1986):

“a Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; (WHO, 1986. P.1).

Tem como propósito capacitar as pessoas e as comunidades de forma a aumentarem o controlo sobre a saúde e os seus determinantes (Santos et al., 2015), o seu foco é a equidade em saúde e a obtenção de ganhos em saúde (DGS, 2013a).

A Educação para a saúde tem vindo cada vez mais a ser reconhecida como parte integrante dos esforços para a prevenção da doença e promoção da saúde, o seu eixo são as atitudes e os comportamentos de saúde (Rodrigues & Barroso, 2005). Onega & Devers (2011) definem educação para a saúde como uma das atividades realizadas por profissionais de saúde com o objetivo de promover a saúde.

Segundo a OMS (1998) a educação para a saúde compreende oportunidades conscientemente construídas para a aprendizagem envolvendo alguma forma de comunicação destinada a fim de melhorar a literacia em saúde, incluindo a melhoria conhecimento e desenvolvimento de habilidades para a vida, favoráveis ao indivíduo e à comunidade saúde. É definida pela OMS como:

“a educação em saúde não se preocupa apenas com a comunicação de informações, mas também com promover a motivação, as habilidades e a confiança (auto-eficácia) necessárias para tomar medidas para melhorar saúde. A educação em saúde inclui a comunicação de informações sobre as subjacentes condições sociais, económicas e ambientais com impacto na saúde, bem como riscos individuais factores e comportamentos de risco e uso do sistema de saúde. Assim, a educação em saúde pode envolver a comunicação de informações e o desenvolvimento de habilidades que demonstrem a política viabilidade e possibilidades organizacionais de várias formas de acção para abordar questões sociais, económicas e determinantes ambientais da saúde.” (OMS, 1998, p.4).

A Educação para a saúde é fundamental na Enfermagem (Onega & Devers, 2011), vai para além da transmissão de informação, deve ser estruturada de forma a dar resposta às necessidades da população envolvendo os indivíduos num processo flexível e dinâmico (Carvalho & Carvalho, 2006), considerado uma estratégia para a capacitação, tomada de decisão e responsabilização saúde das pessoas e comunidades (WHO, 2016). Educar em saúde é um processo de criação de comportamentos de saúde (Caldeira, 2002), origina a criação de condições de modo a que as pessoas consigam adquirir competências e que permitam a mudança dos seus comportamentos de saúde (Carvalho & Carvalho, 2006). Os mesmos autores defendem que o enfermeiro por inerência das suas funções, um educador para a saúde, porque cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar.

A educação à pessoa diabética tem um papel essencial no controle da doença, uma vez que suas complicações estão estritamente ligadas ao conhecimento para o autocuidado adequado e ao estilo de vida saudável

(ADA,2019). A educação e a avaliação dos conhecimentos da pessoa com DM2 são aspetos cruciais no tratamento da doença, o EEEEC assume um papel fundamental em favorecer conhecimento, habilidade, atitude e motivação para o autocuidado. Tem uma intervenção decisiva na promoção da saúde, através da educação para a saúde (OE, 2010), da pessoa idosa com doença crónica.

A educação terapêutica é fundamental no tratamento da diabetes, definida como:

“O processo educativo preparado, desencadeado e efetuado por profissionais de saúde, devidamente capacitados, com vista a habilitar o doente e a sua família a lidar com uma situação de doença crónica, como a diabetes, e com a prevenção das suas complicações.” (DGS, 2000, p.2).

A educação terapêutica na Diabetes *Mellitus*, requer envolvimento de vários intervenientes no processo educativo, a pessoa, a família e a equipa multidisciplinar. Para uma educação efetiva em diabetes é necessário conhecimento, habilidades pedagógicas, capacidade de comunicação e de escuta, compreensão e capacidade de negociação na equipa multidisciplinar (Oliveira & Zanatti, 2011). É neste sentido que o enfermeiro especialista assume um papel fundamental na capacitação da pessoa idosa com DM na gestão do seu processo de saúde-doença e na promoção de autocuidado.

Cabe assim, ao EEEEC, enquanto agente promotor de saúde, proceder a um diagnóstico da situação da população e dos recursos disponíveis do indivíduo/família e da comunidade. A sua intervenção enquanto enfermeiro especialista, incide em criar e aproveitar as oportunidades para a promoção de estilos de vida saudáveis inicialmente identificados; promover o potencial de saúde através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; fornecer informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas habilidades da pessoa (Rodrigues & Barroso, 2005). Assim sendo a EpS passou a ter um papel essencial nas estratégias da melhoria de qualidade de vida nos indivíduos, grupos e comunidades. Tendo como base a Teoria do défice de Autocuidado de Enfermagem e o Cuidado Centrado na Pessoa, as intervenções do EEEEC assentam na promoção do autocuidado, na capacitação da pessoa na gestão da sua doença, prevenindo as multimorbilidades, promovendo a autonomia e preservando a dignidade da pessoa idosa.

CAPITULO II- METODOLOGIA

Toda a intervenção comunitária desenvolvida foi baseada na metodologia de Planeamento em Saúde e na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, de forma a dar resposta às necessidades da pessoa idosa. Este projeto aqui relatado é parte do estudo transversal do Projeto *VASelfCare (Virtual Assistant SelfCare)* e no que se refere ao diagnóstico de situação.

O Planeamento em saúde (PS) é definido como “ a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos afixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socio-económicos” (Imperatori & Giraldes,1982, p.6). PS é considerado por Tavares (1990) como uma análise do estado de saúde, através da promoção da saúde, prevenção da doença, cura e reabilitação e inevitavelmente mudanças de comportamentos. Para Imperatori & Giraldes (1982) as fases do planeamento em são: Diagnóstico da Situação, Definição de Prioridades, Seleção de Estratégias, Elaboração de Programas e Projetos, Preparação da Execução e Avaliação.

Considerado um processo contínuo e dinâmico, nunca se pode considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída, visto que na fase seguinte é sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levam a refazê-la (Imperatori & Giraldes,1982).

1. Diagnóstico de situação

Para Imperatori & Giraldes (1982) Diagnóstico da Situação é a primeira fase no processo de PS, engloba o conhecimento da situação, identificação dos principais problemas de saúde e os respetivos fatores condicionantes, explicação das causas desses problemas. Nesta fase é necessário caracterizar não só a população em estudo e suas necessidades em saúde, bem como a optimização dos serviços disponíveis (Imperatori & Giraldes, 1982). Deve ser suficientemente alargado e aprofundado, mas sucinto, claro e rápido de modo a atender às necessidades identificadas (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1990).

1.1. Contextualização do local de intervenção

A intervenção comunitária foi desenvolvida na USF do Dafundo Modelo B, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Ocidental e Oeiras. É uma USF acreditada pela Agência de *Calidad Sanitária de Andalucía* desde 2010. Composta por uma Equipa Multidisciplinar com 9 com médicos, 7 enfermeiros e 5 secretários clínicos.

Está localizada na Freguesia da Cruz Quebrada-Dafundo, Conselho de Oeiras e distrito de Lisboa. Disponibiliza os seguintes serviços de saúde: Consultas de Saúde do Adulto, Consultas de Vigilância a Doenças Crónicas, nomeadamente Diabetes *Mellitus*, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna, Planeamento Familiar e Saúde da Mulher, Vacinação, Sala de Tratamentos e Visitas Domiciliárias.

A USF tem 14835 utentes inscritos, 54.81% são mulheres num total de 8131 e 45.19% são homens num total de 6704. Dos quais 1134 têm idade igual ou inferior a 6 anos, 10639 têm idade compreendida entre os 7-74 anos, 3062 utentes corresponde á população com mais de 65 anos de idade. Dos quais 1877 utentes são do sexo feminino e 1185 são do sexo masculino. Analisando os dados do Sistema Nacional de Saúde (SNS), verifica-se que a USF Dafundo apresenta um índice de dependência no idoso de 33.16%, sendo este superior comparativamente com os jovens que apresenta um índice de 27.51%, ao que corresponde num total 60.67% do índice de dependência da população inscrita (SNS, 2018). Possui 883 utentes inscritos com o diagnóstico de DM, dos quais 632 são idosos com mais de 65 anos.

1.2. População Alvo/amostra

A caracterização da situação deve ter em conta diversos elementos referentes á população alvo da intervenção (Imperatori & Giraldes, 1982). População alvo para Fortin (2009) “é o conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente” (p. 311). A população alvo do projeto de intervenção foi um grupo de pessoas com 65 anos ou mais, com o diagnóstico de DM2, inscritos na consulta de enfermagem de duas listas de enfermeiros, num total de 157 de indivíduos, do sexo masculino e feminino.

Amostra é definida como um subconjunto da população, através do qual se estabelecem ou se prevê as características dessa população (Monteiro, 2012). A seleção da amostra fez-se através de uma amostragem não probabilística por conveniência formada pelos inquiridos que responderam aos questionários, aplicados em contexto de consulta de enfermagem. A amostra foi constituída por 23 participantes. Para Carmo e Ferreira (2008) amostra não probabilística por conveniência pode ser selecionada tendo em conta critérios de escolha intencional sistematicamente utilizados num grupo de indivíduos que esteja disponível ou um grupo de voluntários.

Foram considerados critérios de inclusão, ter o diagnóstico confirmado de DM2 (registos clínicos); ser capaz de entender, ler e escrever Português, ter idade igual ou superior a 65 anos; estar inscrito na consulta de DM. Como critério de exclusão foi considerado, possuir qualquer doença ou condição que prejudique a colheita de dados e a intervenção da DM2 (por exemplo patologia psiquiátrica ou oncológica).

1.3. Procedimentos e instrumentos de colheita de informação

A colheita de dados é indispensável na programação das ações a desenvolver para a implementação de um projeto de intervenção comunitária. A colheita de dados é considerado um processo de observações, de medida e de consignação de dados, pretendendo recolher informações junto da população de uma investigação (Fortin, 2009).

O procedimento para a colheita de dados foi feito através do contacto direto que decorreu no período de 27/03/2019 a 17/06/2019 por meio da entrevista e da aplicação dos questionários em contexto de consulta de enfermagem, devidamente validados e autorizados, a todos os utentes selecionados para a amostra com os critérios de inclusão e exclusão definidos e que consentiram participar. O questionário tem como objetivo recolher a informação relativamente a factos, situações conhecidas, atitudes, comportamentos, exigindo dos inquiridos respostas escritas a um conjunto de questões (Fortin, 2009). Permitindo assim, identificar as principais necessidades da população idosa com DM2 no autocuidado e na gestão da sua doença, inscrita na USF Dafundo. O tempo gasto em cada entrevista foi de 50 a 60 minutos por cada participante. Foi feito um contacto prévio telefónico a fim de agendar consulta de enfermagem de diabetes.

Os instrumentos aplicados foram: Dados sociodemográficos (com avaliação dos dados antropométricos); Mini- Mental State Examination (MMSE-PT); Escala de atividades do autocuidado com diabetes; Escala de crenças acerca dos medicamentos; Questionário sobre áreas problemáticas da diabetes; Questionário Newest Vital Sing (NVS-PT); Escala de Lawton & Brody; DRUGS – PT; Escala de Adesão à Medicação; Questionário Europeu de Literacia em saúde (European health literacy Survey (HILS-EU-PT)); Índice de bem-estar da OMS versão 1998, Escala de Bartel.

Para o diagnóstico de situação apenas foram tratados os seguintes instrumentos de colheita de informação: Avaliação dos dados sociodemográficos, Escala de Barthel (IB), Escala de Lawton & Brody (ELB), Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (EAAD).

IB avalia o nível de independência na realização das atividades básicas de vida diária (ABVD): higiene pessoal, comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas, a pontuação dos itens é feita em (0,1,2 ou 3), obtendo um *score* total da escala entre 0 (totalmente dependente) e 20 (totalmente independente) (Araújo et al., 2007). Enquanto a ELB avalia o nível de independência no que se refere à realização das atividades de vida instrumentais (AIVD): utilização do telefone, fazer compras, preparação das refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transporte, manejo de medicação, responsabilidade de assuntos financeiros, a pontuação dos itens é feita em 0 ou 1, sendo que 0 é classificado com Dependente e 1 como Independente (Araújo, et al., 2008). Existe uma correlação direta entre estas duas escalas (Araújo et al., 2007).

EAAD faz uma avaliação das atividades de autocuidado com a diabetes, em 7 dimensões do tratamento: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés, adesão à toma dos medicamentos e hábitos tabágicos. A avaliação das dimensões é feita numa escala parametrizada em dias por semana, variando entre 0 a 7, correspondendo aos comportamentos adotados nos últimos 7 dias, em que o 0 é a situação menos desejável e 7 a mais favorável, exceto na dimensão alimentação específica onde pontua de forma inversa, sendo 0 o mais favorável e 7 o menos desejável. Os hábitos tabágicos são classificados de forma diferente das outras variáveis pela sua especificidade (Bastos et al. 2007).

1.4. Considerações éticas

As considerações éticas na realização de um projeto de intervenção comunitária são essenciais, de modo a salvaguardar a privacidade e os direitos dos participantes. Tendo em conta que o projeto de intervenção comunitária está integrado no Projeto VASelfCare, este já tinha aprovação da Comissão de Ética para a Saúde ARSLVT (Anexo I), tendo sido fornecido a Informação ao Participante (Anexo II) e o Consentimento Informado (Anexo III). A autorização para implementação e avaliação do projeto na USF Dafundo estava autorizada, por esta ser uma unidade que integra o Projeto VASelfCare, durante todas as suas fases e atividades.

Utilizou-se uma codificação diferente por cada questionário a fim de garantir a confidencialidade dos dados.

Projeto VASelfCare é um projeto que consiste na existência de um assistente virtual para ajudar o autocuidado das pessoas mais velhas com DM2. O principal objetivo é usar as novas tecnologias, como o *Tablet* (através de um agente relacional na forma de uma figura humana virtual) com o intuito de ajudar as pessoas idosas com DM2 a controlar a sua doença e a cumprir os planos de tratamento e de cuidados (VASelfCare - Diabetes Research, 2018). Este é um projeto que resulta dum *Consortium* que integra a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a Escola Superior da Informática, a Faculdade de Ciências Universidade de Lisboa do Desporto, a Escola Superior de Desporto de Rio Maior, o Instituto Politécnico de Santarém, a Faculdade de Farmácia Universidade de Lisboa, em associação com Unidades de Saúde Familiar (VASelfCare - Diabetes Research, 2018).

1.5. Análise e discussão dos resultados

Afim de proceder á análise dos dados obtidos utilizou-se uma base de dados do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para *Windows* (versão 25.0). Procedeu-se ainda à consolidação da base de dados, recorrendo aos questionários em papel, para deteção e correção de possíveis erros.

Dados sociodemográficos

Foi efetuada a caracterização sociodemográfica da amostra, que segundo a OE (2010) permite identificar alguns determinantes de saúde que podem influenciar o

estado de saúde da pessoa, considerados também por Orem (1993) factores básicos condicionantes da prática de Enfermagem.

A amostra constituída por um total de 23 pessoas idosas com idades compreendidas entre os 65 anos e 88 anos e com uma média de idade 72,83 anos. São na maioria homens (56,5%). Relativamente ao estado civil, a grande maioria dos inquiridos são casados/união de facto (69,6%). Em relação às habilitações literárias possuem maioritariamente o 1.º ou 2.º ciclo do ensino básico (até ao 6.º ano) (60,9%), seguidamente o 3.º ciclo do ensino básico (até ao 9.º ano) (13%) e com ensino secundário (até ao 12.º ano) e mestrado ou nível equivalente possuem 8,7%. Constatou-se assim que a maioria da amostra apresenta um baixo nível de escolaridade (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra

	N= 23	%
Sexo		
Masculino	13	56,5
Feminino	10	43,5
Estado Civil		
Solteiro(a)	0	0
Casado(a) /União de facto	16	69,6
Divorciado/Separado(a)	1	4,3
Viúvo(a)	6	26,1
Habilitações literárias		
1.º ou 2.º ciclos do ensino básico (até ao 6.º ano)	14	60,9
3.º Ciclo do ensino básico (até ao 9.º ano)	3	13,0
Ensino secundário (até ao 12.º ano)	2	8,7
Bacharelato ou licenciatura ou nível equivalente	2	8,7
Mestrado ou nível equivalente	2	8,7

Dados clínicos

Quanto aos antecedentes pessoais verificou-se que as comorbilidades com maior prevalência são a HTA com 82,6%, seguida as doenças cardiovasculares com 56,5%, tumores benignos com 30,4%, as doenças osteoarticulares e respiratórias com 26%, AVC, dislipidémia e doenças gastrointestinais com 21,7% (Figura 1). ADA

(2019) corrobora que a HTA é um dos principais factores de risco para as doenças cardiovasculares e complicações microvasculares nas pessoas com diabetes.

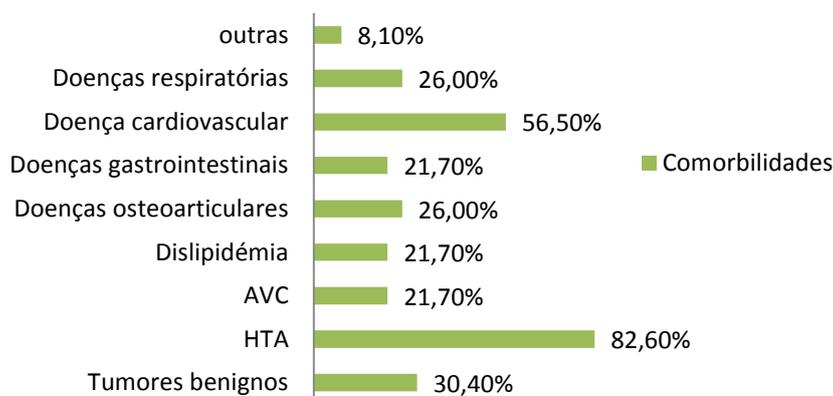


Figura 1. Distribuição da amostra segundo as comorbilidades

A média do tempo de diagnóstico é de nove anos e quatro meses, variando entre um e trinta anos.

No que diz respeito á medicação (informação obtida através do processo clínico), verificamos que a maioria dos inquiridos são polimedicados visto que 91,3% tomam quatro ou mais medicamentos em simultâneo. Tal como num estudo (Henriques, 2011) onde foi considerado polimedicação o consumo de quatro ou mais medicamentos prescritos visto que 72,1% dos idosos estudados estavam polimedicados (Figura 2).

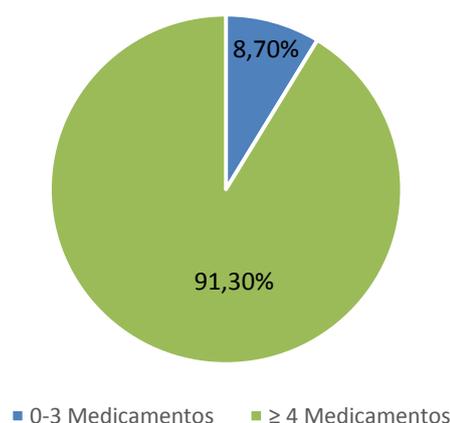


Figura 2. Distribuição da amostra segundo o número de medicamentos em simultâneo

As Maioria dos inquiridos são responsáveis pela gestão da sua medicação (87,0%) (Figura 3), apesar de viverem acompanhados (78,3%).

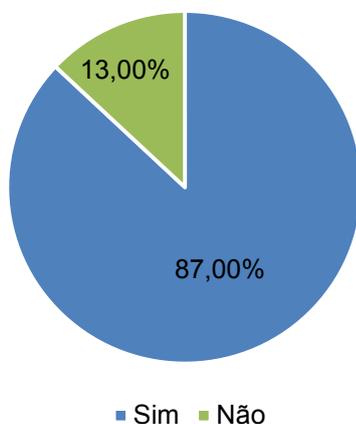


Figura 3. Distribuição da amostra segundo a gestão da medicação

Constatou-se ainda que a maioria dos idosos têm a doença controlada por o valor de HbA1C % tanto no 1º semestre como no 2º semestre situar-se [6,0-7,0[com 52,3% e 47,9% respetivamente (Tabela 2 e 3). De acordo com ADA (2019) é considerada uma amostra com um razoável controlo da diabetes.

Tabela 2

Distribuição da amostra segundo o valor de HbA1C % 1º semestre

HbA1C	N	%
[5,0-6,0[	3	13,0
[6,0-7,0[	12	52,3
[7,0-8,0[	3	13,0
[8,0-9,0[	2	8,7
[9,0-10,0[	3	13,0
Total	23	100,0

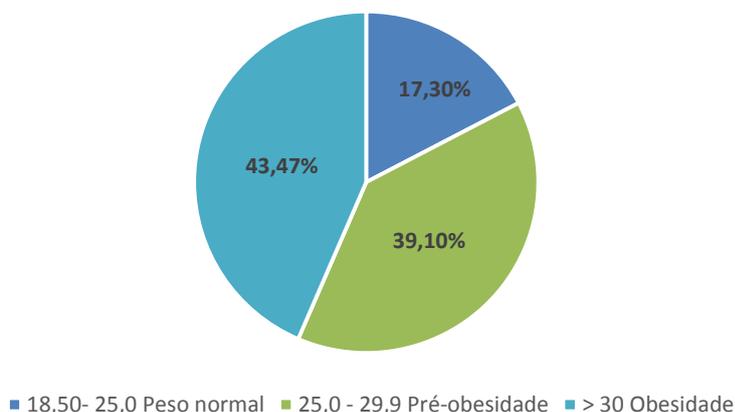
Tabela 3

Distribuição da amostra segundo o valor de HbA1C % 2º semestre

HbA1C	N	%
[5,0-6,0[	2	8,7
[6,0-7,0[	11	47,9
[7,0-8,0[	5	21,7
[8,0-9,0[	4	17,4
[9,0-10,0[	1	4,3
Total	23	100,0

Dados biométricos

Verificamos que 82,6% dos inquiridos apresentam excesso de peso (IMC \geq 25 Kg/m²), em média apresentam 29,19 Kg/m², sendo que 39,1% apresentam pré-obesidade e 43,5% obesidade (IMC \geq 30 Kg/m²) (DGS, 2013b). OND (2016) corrobora a existência de uma relação entre o IMC e a DM (Figura 4). Existem evidências científicas de que o controle da obesidade pode atrasar a progressão do pré-diabetes para diabetes tipo 2 (ADA; 2019).

**Figura 4.** Distribuição da amostra segundo IMC

Relativamente ao perímetro abdominal dos homens 38,5% apresentam um perímetro abdominal superior a 94 cm e 61, 5% apresentam perímetro abdominal superior a 102 cm (Figura 5), enquanto 100,0% das mulheres apresentam um perímetro abdominal superior a 88 cm. Estes valores indicam que esta amostra

apresenta risco de complicações metabólicas aumentado e muito aumentado respetivamente, associado á doença crónica, de acordo com as orientações da DGS (DGS, 2013b).

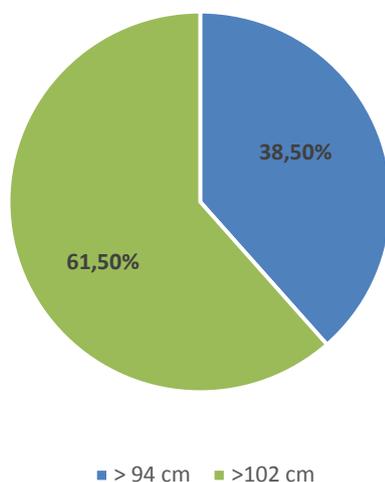


Figura 5. Distribuição da amostra segundo perímetro abdominal homens

Grau de dependência

De acordo com a Escala de Barthel é uma amostra maioritariamente com independência total, visto que 19 dos participantes (82,4%) têm independência total (score=20) e 4 participantes (17,6%) apresentam dependência moderada (score = 13-19). Pelo facto de 2 participantes (8,6%) necessitarem de ajuda na mobilidade (subir e descer as escadas), 2 participantes (8,6%) perdem urina acidentalmente e 1 participante (4,3%) ocasionalmente não controla as fezes. Para Araújo et al (2007) existe uma consistência interna entre a dimensão autocuidado, mobilidade e eliminação, na avaliação da autonomia das pessoas face às atividades básicas da vida diária (Tabela 4).

Segundo a Escala de Lawton & Brody é uma amostra onde a maior parte dos participantes são totalmente independentes com 21 idosos (91,3%), no entanto 1 participante (4,3%) apresenta uma dependência leve e 1 participante (4,3%) com dependência moderada. No entanto no que diz respeito a “Fazer compras” 1 idoso (4,3%) do sexo masculino é totalmente incapaz de fazer compras e 1 idoso (4,3%) do sexo feminino necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra; em relação às “Tarefas domésticas” 1 participante (4,3%) do sexo masculino não

participa em nenhuma tarefa doméstica; quanto á “Lavagem da roupa” 7 idosa (30,4%) do sexo masculino, a lavagem da roupa é feita por terceiros (esposas) e 1 participante (4,3%) do sexo feminino por empregada doméstica; Na “Utilização de meios de transportes” 1 idoso (4,3%) do sexo feminino só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros; quanto ao “Manuseamento da medicação” 3 participantes (13,0%) do sexo masculino tomam a medicação se a dose for preparada previamente (pelas esposas) (Tabela 4). Segundo Araújo, et al. (2008) algumas atividades são influenciadas na avaliação pelo facto de serem desenvolvidas pela mulher por uma questão cultural.

Podemos considerar a associação entre ABVD e AIVD por se relacionarem de uma forma direta no que diz respeito ao autocuidado e á capacidade que a pessoa tem para interagir com a comunidade e o meio ambiente de forma a manter a sua independência (Araújo et al., 2008).

Tabela 4

Caracterização da dependência da amostra

	N= 23	%
Escala de Barthel		
Dependência total	0	0
Dependência grave	0	0
Dependência moderada	4	17,4
Independência total	19	82,6
Escala de Lawton & Brody		
Dependência total	0	0
Dependência grave	0	0
Dependência moderada	1	4,3
Dependência leve	1	4,3
Independência total	21	91,3

Atividades de autocuidado na diabetes

Para avaliar o autocuidado na DM, utilizou-se a EAAD, foram analisadas todas as dimensões das atividades do autocuidado com a diabetes. Considerando os pressupostos fundamentais para o autocuidado com a DM2, sabendo que a adesão é multidimensional, avaliou-se a consistência interna de todas as dimensões, tal

como Bastos et. al (2007) recomenda. Serão apresentados os resultados mais significativos a fim de identificar os problemas com maior relevância para esta população (Tabela 5 e 6).

Na dimensão **alimentação geral** verificamos que as respostas dadas variaram entre 0 e 7 dias/semana com uma média de 4,6. No entanto 8 participantes (34,8%) responderam que não seguem um plano alimentar recomendado por um profissional de saúde.

Relativamente á dimensão **alimentação específica**, averiguou-se que as respostas variam também entre 0 e 7 dias/semana com uma média 1,7. Contudo é de salientar que pelo menos 6 participantes (26,1%) comeram carnes vermelhas 3 vezes por semana e que 9 dos inquiridos (39,1%) comeram pão nos 7 dias da semana.

Quanto á dimensão **atividade física** evidenciou-se muito pouca adesão, onde as respostas variaram entre 0 a 7 dias/semana e em média 1,6. Sendo que 9 participantes (39,1%) referem não praticarem atividade física durante pelo menos 30 minutos, enquanto 18 dos inquiridos (78,3%) responderam que não participam em sessões de exercício físico específico para além da atividade física em casa ou como parte do seu trabalho.

Em relação á **monitorização da glicémia** verificou-se uma baixa adesão com uma média de 3,3 dias/semana as respostas dadas variam entre 0 a 7 dias. Este resultado foi influenciado pelo facto dos inquiridos referirem que não tinham indicação do profissional de saúde para o fazer.

No que diz respeito á dimensão **cuidados com os pés** verificou-se que nesta amostra as pessoas têm por hábito cuidarem e examinarem os pés, em média 6,1 dias/semana, variando em 4 a 7 dias por semana, sendo esta atividade do autocuidado a que apresenta maior relevância.

Seguidamente o autocuidado com os **medicamentos**, o predomínio é a medicação oral, com a média de 5,0 dias/semana esta foi influenciada pela insulinoaterapia, onde a maioria dos inquiridos respondeu zero (0)

Tabela 5

Distribuição da amostra quanto á adesão das atividades de autocuidado com a diabetes e o nº dias da semana

Dimensão da EAAD	Dias da semana
Alimentação em Geral	4,6
Alimentação Especifica	1,7
Atividade Física	1,6
Monitorização da Glicemia	3,2
Cuidados com os Pés	6,1
Medicamentos	5,0

Tabela 6

Distribuição da amostra segundo as atividades de autocuidado na diabetes (ACD)

Atividades		Nº de dias								N	%
		0	1	2	3	4	5	6	7		
Alimentação geral	ACD1.1	2	2	1	2	1	3	0	12	23	
		8,7%	8,7%	4,3%	8,7%	4,3%	13,0%	0,0%	52,3%	100,0%	
	ACD1.2	8	0	2	0	1	2	1	9	23	
		34,8%	0,0%	8,7%	0,0%	4,3%	8,7%	4,3%	39,2%	100,0%	
	ACD1.3	3	1	1	1	1	0	0	16	23	
		13,0%	4,3%	4,3%	4,3%	4,3%	0,0%	0,0%	69,6%	100,0%	
Alimentação específica	ACD2.1	4	5	5	6	1	1	0	1	23	
		17,4%	21,7%	21,7%	26,1%	4,3%	4,3%	0,0%	4,3%	100,0%	
	ACD2.2	6	3	2	1	1	0	1	9	23	
		26,1%	13,0%	8,7%	4,3%	4,3%	0,0%	4,3%	39,1%	100,0%	
	ACD2.3	15	4	1	1	0	0	0	2	23	
		65,2%	17,4%	4,3%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	8,7%	100,0%	
	ACD2.4	13	3	1	0	0	0	0	6	23	
		56,5%	13,0%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	26,1%	100,0%	
Atividade física	ACD2.5	22	0	1	0	0	0	0	0	23	
		95,7%	0,0%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	ACD2.6	5	11	4	0	1	1	1	0	23	
		21,7%	47,8%	17,4%	0,0%	4,3%	4,3%	4,3%	0,0%	100,0%	
Atividade física	ACD3.1	9	1	1	7	0	1	0	4	23	
		39,1%	4,3%	4,3%	30,4%	0,0%	4,3%	0,0%	17,4%	100,0%	
	ACD3.2	18	1	1	1	0	1	0	1	23	
	78,3%	4,3%	4,3%	4,3%	0,0%	4,3%	0,0%	4,3%	100,0%		
	ACD4.1	7	3	3	1	0	0	0	9	23	

Monitorização da glicémia		30,4%	13,0%	13,0%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	39,1	100,0%
	ACD4.2	8	3	2	1	0	0	0	9	23
		34,8%	13,0%	8,7%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	39,1%	100,0%
Cuidados com os pés	ACD5.1	0	0	0	0	1	2	0	20	23
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	8,7%	0,0%	87,0%	100,0%
	ACD5.2	0	0	0	0	1	2	0	20	23
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	8,7%	0,0%	87,0%	
	ACD5.3	2	0	0	0	0	2	0	19	23
		8,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,7%	0,0%	82,6%	100,0%
Medicamentos	ACD6.1	0	0	0	0	0	0	0	23	23
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0
	ACD6.	19	0	0	0	0	0	0	4	23
		82,6	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	17,4%	100,0%
	ACD6.3	1	0	0	0	0	0	1	21	23
		4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	91,3%	100,0%

Nota: ACD1.1- Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?; ACD1.2- Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?; ACD1.3- Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?; ACD2.1- Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)? ACD2.2- Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?; ACD2.3- Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?; ACD2.4- Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?; ACD2.5- Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?; ACD2.6- Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?; ACD3.1- Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar); ACD3.2- Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?; ACD4.1- Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?; ACD4.2- Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?; ACD5.1- Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?; ACD5.2- Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?; ACD5.3- Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?; ACD6.1- Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?; ACD6.2- Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?; ACD6.3- Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?

Apesar dos **hábitos tabágicos** serem avaliados na EAAD, não podem ser analisados da mesma forma que as outras dimensões, pela sua especificidade. Verificou-se que 52,2% nunca fumou e que 47,8% não fuma atualmente, dos quais 43,5% não fuma há mais de 2 anos e 4,3% não fuma desde há quatro a doze meses

atrás (Figura 6). Dados os resultados desta dimensão não houve necessidade de preocupação para com a amostra.

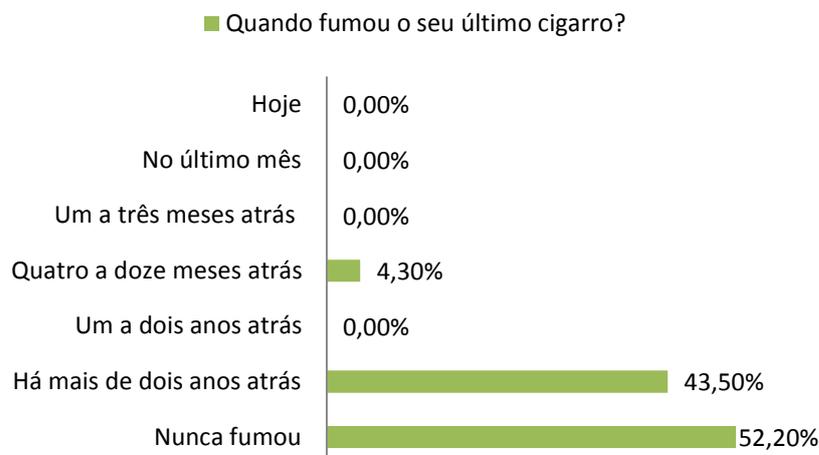


Figura 6. Distribuição da amostra segundo os hábitos tabágicos

Em suma, podemos constatar que a dimensão com maior adesão no autocuidado é a dimensão “cuidados com os pés” com 87,1%, este resultado pode estar relacionado com a sensibilização realizada nas consultas de enfermagem. É divergente relativamente a estudos encontrados, nos quais a adesão aos medicamentos, é a dimensão mais pontuada (Bastos et al, 2007; Sousa, 2015). Consequentemente a dimensão “os medicamentos” apresenta 71,4% de adesão. Bastos (2004), no entanto considera a medicação a dimensão com melhor nível de adesão, refere ainda que pode estar associado á crença de que a medicação tem no regime terapêutico do diabético, um papel mais eficaz no controlo da doença do que a alimentação ou a atividade física.

Na dimensão “monitorização da glicémia” verificou-se uma baixa adesão neste autocuidado com 47,1%, como descrito anteriormente pelo facto dos participantes não terem indicação do profissional de saúde para o fazer. Tal como as *guidelines* da ADA (2019) recomendam que a frequência da monitorização da glicémia deve ser adaptada às necessidades individuais e os objectivos fixados para cada pessoa. Por essa razão esta dimensão é excluída tal como Bastos et al. (2007).

Efetivamente a dimensão com menor adesão no autocuidado reporta-se á “atividade física” com 22,8%. Apesar da dimensão “alimentação geral” apresentar uma adesão de 65,7%, e alimentação específica 24,3% (sendo esta avaliada inversamente como descrito anteriormente), foram verificadas algumas práticas não recomendadas, como não seguir um plano alimentar recomendado por um

profissional de saúde, consumo de carnes vermelhas e acompanhamento do pão às refeições principais. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Vigeta et al. (2014) onde refere que a base do tratamento do DM é constituída pela nutrição, plano alimentar e controle do peso, sendo a atividade física extremamente importante por traduzir um efeito de redução na glicemia e nos factores de risco cardiovasculares. Os mesmos autores defendem ainda que as mudanças no estilo de vida, combinadas com hábitos alimentares saudáveis e a regular prática de atividade física constituem aspetos fundamentais nas intervenções no controle da diabetes. A revisão sistemática de literatura de Fonseca et al. (2018) vem reforçar que adesão á prática regular de atividade física, associada alimentação saudável ajudam a reduzir a glicemia, a manter o peso ideal, a reduzir o risco cardiovascular e a aumentar a sensação de bem-estar. Um outro estudo transversal vem fortalecer que uma alimentação inadequada resulta numa falta de controlo metabólico. No entanto a pessoa com DM e os profissionais de saúde revelam que modificar hábitos alimentares é um dos aspetos mais desafiadores do autocuidado (Coelho et al., 2015).

Verdadeiramente está provado que a alimentação e a prática regular atividade física são componentes integrais do plano de tratamento da diabetes e representam um dos pilares da gestão da doença (ADA, 2019; WHO, 2018), para tal a pessoa deve ter um papel ativo na educação, autogestão e planeamento do tratamento com a equipa de saúde. Orem (2001) defende que uma das prática do autocuidado é a realização de atividades que a pessoa inicia e desenvolve com o objetivo de preservar a vida e o bem-estar pessoal. Preconiza ainda que quando a pessoa não consegue realizar atividades necessárias para a manutenção da sua saúde, apresenta um défice de autocuidado, sendo este indicador de necessidade de intervenção do enfermeiro.

1.6. Diagnósticos de Enfermagem

Na última fase do diagnóstico de situação são identificados os principais problemas de saúde, a partir do qual são trabalhadas as prioridades. O diagnóstico de situação permite justificar as atividades a ser desenvolvidas e funciona como padrão de comparação no momento de avaliação da intervenção (Imperator & Giraldes, 1982). Concluído o processo desenvolvido para realizar o diagnóstico da

situação, identificaram-se os seguintes problemas de saúde relativamente à caracterização e aos comportamentos na amostra trabalhada:

- **Alimentação:** não seguimento de um plano alimentar recomendado por um profissional de saúde; consumo de carnes vermelhas; consumo de pão às refeições principais.
- **Atividade física:** não prática de atividade física durante pelo menos 30 minutos; não participação em sessões de exercício físico específico para além da atividade física em casa ou como parte do seu trabalho.
- **Excesso de peso:** 82,6% da amostra apresentou excesso de peso.

A partir dos problemas foram definidos os diagnósticos de enfermagem de acordo com a teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem e com a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) Versão 2015. Orem (1993) advoga que “ o diagnóstico em enfermagem necessita de investigação e acumulação de factos acerca da agência de autocuidado do utente e das suas necessidades terapêuticas de autocuidado e a existente relação entre elas.” (p. 270). CIPE® considerada um instrumento de informação nos sistemas de informação em saúde, permite aos enfermeiros uniformizarem a prática de Enfermagem e partilharem informações da prestação de cuidados e obter ganhos em saúde (OE, 2015). Foram definidos os seguintes diagnósticos de enfermagem:

Diagnostico 1: Déficit de autocuidado pela não adesão ao regime dietético adequado, num grupo de pessoas idosas com diabetes *mellitus* tipo 2;

Diagnostico 2: Déficit de autocuidado pela não adesão ao regime de exercício físico, num grupo de pessoas idosas com diabetes *mellitus* tipo 2;

Diagnostico 3: Excesso de peso presente num grupo de pessoas idosas com diabetes *mellitus* tipo 2.

2. Determinação de prioridades

A determinação de prioridades constitui a segunda etapa do Planeamento em Saúde, corresponde a um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990), onde se pretende priorizar os problemas de saúde identificados no diagnóstico de situação de saúde (Imperatori & Giraldes, 1982). Como não é possível resolver todos os problemas de saúde em simultâneo, torna-se necessário definir nos quais vamos

intervir de forma mais intensiva (Imperatori & Giraldes, 1982). Atendendo á otimização dos recursos existentes bem como dos resultados a atingir (Tavares, 1990). Recorreu-se ao Método de *Hanlon* para determinar prioridades quanto aos diagnósticos de enfermagem definidos. Que segundo Tavares (1990) as prioridades são estabelecidas com base em quatro critérios: amplitude ou magnitude do problema (A), gravidade do problema (B), eficácia da solução (C) e exequibilidade da intervenção (D).

Por cada diagnóstico de enfermagem é aplicada a fórmula do valor da prioridade $(A + B) C \times D$, cada letra corresponde ao critério descrito anteriormente. A cada critério é atribuída uma ponderação, através de uma escala pré determinada com pesos diferentes (Tavares, 1990).

A Amplitude do Problema (A) corresponde ao número de pessoas com o mesmo diagnóstico de enfermagem, sendo o peso deste critério obtido através de uma escala adaptada á dimensão da população em estudo (Tavares, 1990). Neste critério recorreu-se aos dados obtidos nos questionários, de modo a determinar o número de pessoas relacionadas com cada problema.

A Gravidade do Problema (B), deve ser analisada em termos de mortalidade, criação de incapacidades e custos associados ao diagnóstico de enfermagem. Cada factor em análise é ponderado na mesma escala, elaborando-se a média obtida. A escala é ascendente (0 -10) (Tavares, 1990). Foi atribuída uma ponderação por cada diagnóstico de enfermagem tendo em conta a susceptibilidade de desenvolver as complicações associadas á DM2. Sendo o excesso de peso pontuado com menor pontuação pelo facto de estar diretamente ligada á não adesão regime dietético adequado e á não adesão atividade física.

A Eficácia da Solução (C), ponderada numa escala de [0,5 - 1 - 1,5], sendo considerado: 0,5 - difícil solução; 1 - média solução; 1,5 - fácil solução (Tavares, 1990). Para a ponderação deste critério foi tido em conta o tempo de intervenção, a experiencia profissional e académica da mestranda em relação a cada diagnóstico de enfermagem, bem como os recursos financeiros e humanos disponíveis.

A Exequibilidade da Intervenção (D), engloba cinco componentes: Pertinência, Exequibilidade económica, Aceitabilidade, Recursos disponíveis, Legalidade. As componentes não avaliadas por escala numérica, mas por ponderação, Sim = 1 ou Não = 0. Se o factor D = 0, o problema é eliminado de acordo com formula $(A+B) C= D$ (Tavares, 1990).

A determinação das prioridades encontra-se representada na Tabela 7.

Tabela 7

Determinação de prioridades nos diagnósticos de Enfermagem segundo o Método de *Hanlon*.

Diagnósticos De Enfermagem	N	Amplitude (1-10) A	Gravidade (1-10) B	Eficácia (0.5-1.5) C	Exequibilidade (0 ou 1) D	(A+B) C x D
Não adesão regime dietético adequado	23	9	10	1	1	19
Não adesão atividade física	23	9	10	1	1	19
Excesso de peso presente	23	8	8	0.5	0	0

Após a aplicação do Método de *Hanlon* verificou-se que a prioridade incide sobre a **não adesão ao regime dietético adequado e não adesão á atividade física**, pelo que o âmbito da intervenção do projeto será a promoção da atividade física e da alimentação saudável nas pessoas idosas com DM2.

3. Fixação de objectivos

Realizado o diagnóstico de situação e seleccionadas as prioridades pode-se assim dizer que se conhece assim o âmbito do projeto a desenvolver (Tavares, 1990). Torna-se necessário proceder á fixação de objetivos. Considerada uma etapa essencial, dado que, apenas através de uma correta e quantificada fixação de objectivos se conseguirá fazer uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa (Imperatori & Giraldes, 1982).

Objetivos traduzem os resultados pretendidos em termos de estado que se pretende obter para a população alvo na elaboração dos projetos num determinado período de tempo (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares 1990).

Sendo a finalidade desta intervenção comunitária capacitar as pessoas idosas

para a prática de atividade física e alimentação saudável. Desenvolvemos um projeto de intervenção comunitária no qual se envolveu a participação ativa das pessoas idosas. O referencial teórico de Dorothea Orem, assenta no autocuidado, recomenda que os enfermeiros intervenham quando a pessoa necessita de desenvolver medidas de autocuidado, possibilitando à pessoa desenvolver competências no âmbito do autocuidado de modo a enfrentar as consequências da doença de forma autónoma (Orem, 2001). Assim sendo foi definido como **objetivo geral** do projeto: Promover a adesão do autocuidado nas pessoas idosas com diabetes *mellitus* tipo 2, relativamente á atividade física e á alimentação saudável adaptada á sua condição de doença, na USF Dafundo de Outubro de 2019 a Fevereiro de 2020. Foram estabelecidos como **objetivos específicos**:

- Refletir sobre a importância da atividade física como uma das intervenções fundamentais no controlo da diabetes *mellitus* tipo 2;
- Identificar cuidados necessários para a prática de atividade física no autocuidado da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2;
- Perceber que a atividade física tem impacto imediato na glicemia capilar;
- Refletir sobre a importância da alimentação saudável como uma das intervenções fundamentais no controlo da diabetes *mellitus* tipo 2;
- Identificar que cuidados são necessários para uma alimentação saudável na diabetes *mellitus* tipo 2.

Tendo sido definidos os objetivos para a implementação do projeto, importa agora estabelecer **objetivos operacionais (metas)** que definem atividades e resultados pretendidos para a execução do projeto. Para Imperatori & Giraldes (1982) meta “ é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das actividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade.” (p. 48). As metas de um projeto devem surgir como resultado dos objetivos anteriormente definidos. Assim sendo definiu-se as seguintes metas:

- Que pelo menos 50% das pessoas idosas com DM2 consigam adquirir conhecimentos sobre a prática da atividade física como uma das intervenções fundamentais no controlo da diabetes *mellitus* tipo 2;
- Que pelo menos 50% das pessoas idosas com DM2 consigam identificar que a atividade física tem importância nos cuidados fundamentais do controlo da diabetes *mellitus* tipo 2;

- Que pelo menos 50% das pessoas idosas com DM2 evidenciem uma redução da glicemia capilar ao realizarem atividade física;
- Que pelo menos 50% das pessoas idosas com DM2 consigam adquirir conhecimentos sobre uma alimentação saudável como uma das intervenções fundamentais no controlo da diabetes *mellitus* tipo 2;
- Que pelo menos 50% das pessoas idosas com DM2 consigam identificar que a alimentação saudável tem importância nos cuidados fundamentais do controlo da diabetes *mellitus* tipo 2.

A mudança de comportamentos das pessoas com DM2 leva a ganhos em saúde, necessita de uma intervenção contínua a longo prazo (Orem, 1993), sendo esta uma das premissas da teoria do autocuidado de Orem. Interessa assim definir **indicadores de resultado/ impacto** que para Imperatori & Giraldes (1982) pretendem medir a alteração verificada no problema de saúde identificado ou na dimensão atual desse mesmo problema e que evidenciem ganhos em saúde (Tavares, 1990). Neste sentido definimos como indicadores de resultado/ impacto:

- Taxas de pessoas idosas com DM2 que consigam identificar que a atividade física tem importância nos cuidados fundamentais do controlo da DM2;
- Taxa de pessoas idosas com DM2 que consigam demonstrar conhecimentos (mencionando 2 benefícios, 2 cuidados a ter e 2 estratégias estilos vida ativa) sobre a prática da actividade física como uma das intervenções fundamentais no controlo da DM2;
- Taxa de pessoas idosas com DM2 que evidenciem uma redução da glicemia capilar ao realizarem atividade física;
- Taxa de pessoas idosas com DM2 que consigam identificar que a alimentação saudável tem importância como uma das intervenções fundamentais no controlo da DM2;
- Taxa de pessoas idosas com DM2 que consigam demonstrar conhecimentos (mencionando 2 benefícios e 2 cuidados a ter) sobre uma alimentação saudável como uma das intervenções fundamentais no controlo da DM2.

A intervenção de Enfermagem objetiva que as pessoas que necessitam de cuidados saibam “(...) desempenhar medidas requeridas externamente ou internamente orientadas para o autocuidado terapêutico”. (Orem, 1991, p.291).

Para tal foram definidos **indicadores de processo/ atividade** que pretendem

quantificar a atividade desenvolvida nos cuidados de saúde de modo a atingir um ou mais indicadores de resultado (Imperatori & Giraldes, 1982, Tavares, 1990):

- Taxa de sessões de atividades realizadas;
- Taxa de pessoas idosas com DM2 presentes na Sessão de Educação para a Saúde sobre “Importância da atividade física no idoso com diabetes *mellitus*”;
- Taxa de pessoas idosas com DM2 satisfeitas com a Sessão de Educação para a Saúde sobre “Importância da atividade física no idoso com diabetes *mellitus*”;
- Taxa de pessoas idosas com DM2 presentes Sessão de Atividade Física “Caminhada do Dia Mundial da Diabetes”;
- Taxa de pessoas idosas com DM2 satisfeitas com a Sessão de Atividade “Caminhada do Dia Mundial da Diabetes”;
- Taxa de pessoas com DM2 presentes na Sessão de Educação para a Saúde sobre “Mitos de uma Alimentação Saudável”;
- Taxa de pessoas com DM2 satisfeitas com a Sessão de Educação para a Saúde sobre “Mitos de uma Alimentação Saudável”.

4. Seleção de estratégias

Posteriormente á fixação dos objetivos sucede-se a selecção de estratégias. Para Imperatori & Giraldes (1982) estratégia de saúde é um conjunto coeso de técnicas específicas e organizadas para alcançar um determinado objetivo minimizando um ou mais problemas prioritários. Para Henriques (2011) estratégias de intervenção têm como objetivo melhorar a adesão das pessoas e promover o desenvolvimento de competências dos profissionais para aumentarem a adesão de quem cuidam. Tendo em conta a finalidade do projeto e a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Orem, definimos como estratégia de intervenção **Educação para a Saúde e trabalho com grupos**. Concomitantemente foram desenvolvidas **Parcerias Comunitárias** a fim de garantir a eficácia do projeto.

Educação para a saúde, como anteriormente descrito é considerada como uma das atividades de eleição para os Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, com a finalidade de promover a saúde, capacitando as pessoas para atingir níveis óptimos de saúde (Onega & Devers, 2011). É um instrumento de

educação, a fim de otimizar as capacidades e autonomia das pessoas do grupo, estimulando a sua tomada de decisão e a aquisição de conhecimentos e competências para o autocuidado (Orem, 1993), relacionado com a atividade física e a alimentação saudável. Trabalhar com grupos é uma habilidade educativa importante na enfermagem comunitária. Os grupos são um recurso de mudança nos indivíduos, famílias e na comunidade, podendo desencadear mudanças para melhorar a saúde e o bem-estar (Onega & Devers, 2011). O trabalho com grupos é um instrumento de apoio fundamental no atendimento das complexidades da promoção e educação em saúde numa comunidade (Souza et al., 2005). Representa um veículo da construção do saber, o meio coletivo facilita a conceção do conhecimento pela capacidade em promover o diálogo, reflexão e troca de ideias entre os participantes (Silva et al., 2014). Para Orem (2001) existem vantagens na intervenção em grupos, por considerar que alguns requisitos de desvios de saúde são comuns, os procedimentos para diagnosticar os requisitos do autocuidado têm um grau elevado de efetividade, por outro lado o ambiente onde os membros do grupo vivem afeta a natureza dos requisitos comuns ao autocuidado. Como tal devem ser utilizados métodos de negociação, colaboração e interação com o grupo de modo a definir os objetivos e responsabilidades dos participantes. Neste sentido a EpS em grupo possibilita a partilha de conhecimentos e experiências vivenciadas entre os participantes tornando-as vantajosas e eficazes, possibilitando assim a discussão de informações referentes á sua doença e controlo da mesma, assim como o esclarecimento de dúvidas com o enfermeiro, promove a prática de comportamentos preventivos e de promoção da saúde.

Uma parceria pode ser definida como um processo de colaboração que implica a criação de relações de confiança, a partilha de conhecimentos e de liderança (Chavis, 2001). Deve ainda integrar-se na promoção de um trabalho colaborativo, na partilha de recursos e na coordenação de serviços para se alcançar determinados benefícios comuns (Ornelas & Moniz, 2007). Considerando uma parceria como sendo uma organização de organizações que se conjugam para um propósito comum (Wolf, 2001). Neste sentido as parcerias comunitárias são consideradas uma forma de promover respostas coordenadas para resolver problemas complexos de uma comunidade (Ornelas & Moniz, 2007), são consideradas elementos chaves para atingir os objectivos de um programa de intervenção comunitária (Onega & Devers, 2011). Estas parcerias vão de encontro

ao que OE (Regulamento n.º428/2018, 2018) preconiza, definindo que o enfermeiro especialista deve estabelecer as articulações consideradas necessárias, desenvolvendo uma prática de interdisciplinar com outros profissionais, garantindo uma maior eficácia em projetos de intervenção a grupos com maior vulnerabilidade.

Neste sentido o estabelecimento de parcerias com outros profissionais permite desenvolver estratégias para a comunidade, facilita a consolidação do poder dos seus membros, aumentando os conhecimentos da temática em questão (Shuster & Goepfinger, 2011). Como parte integrante das estratégias selecionadas, considerou-se fundamental a abordagem multidisciplinar com recurso á equipa dos profissionais da USF, assistente social e nutricionista da União das Juntas de Freguesia. Contamos com o apoio da assistente social na divulgação da sessão atividade física junto da comunidade e a cedência de gabinete na junta de freguesia, bem como o apoio da nutricionista nas sessões de educação para a saúde. Mobilizamos assim recursos humanos e matérias disponíveis na comunidade para o desenvolvimento da intervenção.

As estratégias selecionadas bem como os recursos disponíveis potencializam para a máxima eficácia dos cuidados prestados, nomeadamente os cuidados de Enfermagem.

5. Preparação operacional

Após a definição dos objetivos e a seleção das estratégias torna-se necessário efetuar um plano operacional para a execução do projeto. Para Tavares (1990) a preparação operacional é um conjunto de atividades necessárias para executar as estratégias previamente estabelecidas. A preparação do programa depende fundamentalmente da descrição detalhada das atividades necessárias para a execução parcial ou total de uma estratégia a fim de atingir um ou vários objetivos (Imperatori & Giraldes, 1982). Atividades, são definidas como um conjunto de tarefas realizadas de forma estruturada para alcançar o resultado final pretendido (Duràn, 1989). Tendo em conta que o tempo da intervenção foi limitado tornou-se necessário a elaboração de um cronograma de Gantt pelo facto de permitir controlar as atividades delineadas (Tavares, 1990) (Apêndice I).

Todas as atividades desenvolvidas no projeto estão de acordo com os parâmetros definidos por Tavares (1990) de forma a ser elaborado um plano operacional (Apêndice II). Seguidamente serão apresentadas as atividades desenvolvidas por ordem cronológica, bem como a descrição de execução das mesmas:

Atividade 1: Elaboração, divulgação e distribuição de material informativo de apoio ao projeto

O fornecimento de material impresso utilizado com auxiliar de memória é uma estratégia de aprendizagem, visto que as mudanças de memória são uma das características das pessoas idosas (Onega & Devers, 2011; Redman 2003). Neste seguimento, primeiramente foram elaborados cartazes de divulgação para a prática da atividade física (Apêndice III) e para a sessão de EpS sobre alimentação saudável (Apêndice IV), afixados na entrada do edifício da USF e na junta de freguesia, contando aqui com a colaboração da assistente social e do departamento de comunicação. Foram criadas folhas de inscrição (Apêndice V) em simultâneo e colocadas nos gabinetes de enfermagem e médicos bem como na junta de freguesia. Com o propósito de divulgar a informação e promover a adesão às sessões de educação para a saúde programadas.

Seguidamente foram elaborados folhetos informativos para a prática da atividade física (Apêndice VI) e para alimentação saudável (Apêndice VII) por serem uma forma de suporte da informação oral transmitida nas sessões de EpS, para além de serem um reforço da informação sempre que a pessoa sinta necessidade de relembrar alguns conceitos abordados. Foi também criada folha de registo de glicemia capilar antes e depois da sessão de atividade física.

Atividade 2: Criação de grupos

De forma a promover a adesão ao projeto foram criados grupos para as sessões a desenvolver de modo a facultar a partilha de experiências e vivências das pessoas com diabetes, com o propósito de dar resposta aos problemas de saúde priorizados aquando o diagnóstico de situação. Após as inscrições previamente feitas foram realizados contactos telefónicos para garantir a presença dos participantes. Aquando a criação dos grupos teve-se em conta a sua dimensão visto que, esta influencia a sua eficácia, considera-se o número adequado para um grupo

de trabalho centrado nas mudanças individuais de saúde, 8 a 12 pessoas (Onega & Devers, 2011), para que todos os elementos do grupo se possam manifestar e se sintam assistidos.

Atividade 3: Sessão de Educação para a Saúde

A educação em adultos deve ser centrada sob uma abordagem cognitiva e numa aprendizagem transformativa, possibilitando uma reflexão crítica na tomada de decisão (Redman, 2003). Neste sentido a metodologia pedagógica utilizada foi do tipo expositivo e discussão orientada em grupo com o objetivo de promover aprendizagens significativas e experiências vividas.

Foram realizadas quatro sessões EpS com temáticas de acordo com os objetivos operacionais definidos:

a) “Importância da atividade física no idoso com diabetes *mellitus*”

A realização desta atividade teve como objetivo sensibilizar os participantes para a importância da atividade física como uma das intervenções fundamentais no controlo da diabetes. Decorreu no Dia Mundial da Diabetes, pretendendo assim promover a adesão de autocuidado com a Diabetes na dimensão da atividade física, proporcionando ao grupo a partilha de conhecimentos e experiências vividas relacionados com a sua doença. Foi entregue um folheto informativo no final da sessão, com os benefícios, algumas recomendações e sugestões para a prática atividade física. De salientar que tivemos a preocupação de adequar as temáticas às capacidades dos idosos tendo em conta que a maioria são pessoas com baixo nível de escolaridade. Foram abordados conteúdos como o conceito de atividade física, o que é recomendável, benefícios da atividade física, estratégias para reduzir o sedentarismo e para um estilo de vida ativo e ainda recomendações para a prática de atividade física na pessoa com diabetes (Apêndice VIII).

b) “Caminhada do Dia Mundial da Diabetes ”

Esta atividade decorreu no seguimento da sessão EpS descrita anteriormente, no Dia Mundial da Diabetes. Teve como objectivo refletir sobre a importância da atividade física como uma das intervenções fundamentais no controlo da diabetes *mellitus* tipo 2, aumentar a adesão de autocuidado com a Diabetes na dimensão da atividade física bem como perceber o impacto imediato da atividade

física na glicémia capilar. A sessão foi iniciada com o reforço dos conteúdos da atividade anteriormente descrita. Antes de dar início á pratica da atividade fizemos uma descrição da atividade e explicação do percurso da caminhada, alerta para sinais e sintomas a ter em conta durante a atividade física, lembrar para a necessidade de ingestão alimentar, caso tivessem comido há mais de 2 horas; foram avaliadas glicemias capilares antes da atividade física e realizado respetivo registo; realizada a caminha, com saída da USF até ao Jamor e chegada á Junta de freguesia; avaliadas glicemias capilares após a atividade física; disponibilizadas águas e maçãs; por fim fez-se discussão em grupo para comparação do valor de glicémia inicial e final de cada utente (Apêndice IX). Preconiza-se que a um dos métodos da educação no regime terapêutico da Diabetes é a componente prática, favorecendo a aprendizagem de aspetos relacionados com mudanças de estilos de vida (Redman, 2003), incentivando a prática da atividade física

c) “Mitos de uma Alimentação Saudável”

Esta sessão de EpS foi realizada duplicadamente em horários distintos e em dias diferentes, de forma a conseguir o maior número possível de participantes. Foi estabelecida parceria com a nutricionista que esta alocada á junta de freguesia. Teve como objetivo sensibilizar para a importância da alimentação saudável como uma das intervenções fundamentais no controlo da DM2. As sessões tiveram por base a transmissão de informação, participação ativa dos participantes, foram implementados jogos educativos e interactivos de forma a estimular a partilha de experiencias entre os participantes. Foram abordados alguns conceitos como alimentação saudável/ mediterrânica e equilíbrio energético, mitos da alimentação saudável, bem como os cuidados e benefícios de uma alimentação saudável, foram ainda dados alguns exemplos de refeições principais e pequenas refeições. No final de cada sessão foi oferecido aos participantes um lanche saudável de modo a que conseguissem perceber o quão pode ser variada as pequenas refeições (Apêndice X).

Atividade 4: Sensibilização aos Profissionais de Saúde

Com o propósito de envolver a equipa da USF de modo a garantir a continuidade do projeto em questão foram realizados contactos informais ao longo do estágio com o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde para a

importância da adesão a atividades de autocuidado nas pessoas idosas com DM2. Foi também realizada uma sessão de divulgação dos resultados obtidos do diagnóstico de situação, metas e indicadores a alcançar, estratégias a utilizar bem como o plano operacional (Apêndice XI).

6. Avaliação

O processo de avaliação constitui a última etapa do planeamento em saúde, deve ser precisa e concisa, tem como finalidade a determinação do grau de sucesso no alcance dos objetivos primeiramente fixados, baseado em critérios e normas, bem como a realização da confrontação entre objetivos e estratégias (Tavares, 1990). Os critérios a aplicar numa avaliação de um projeto são sob a forma de indicadores (Imperatori & Giraldes, 1993). Torna-se assim necessário selecionar, recolher, tratar e analisar os indicadores (Tavares, 1990). Neste sentido é mediante os indicadores que conseguimos avaliar a eficácia da intervenção. Foram delineados indicadores de resultado/ impacto e indicadores de atividade/ execução como descrito anteriormente. Para a avaliação destes indicadores foram elaborados questionários (Apêndice XII) e aplicados no final de cada sessão, sobre os conhecimentos lecionados em cada sessão bem como a e satisfação para com a sessão.

Os indicadores de resultado/impacto definidos para o défice de autocuidado pela não adesão ao regime de exercício físico foram atingidos e superados, assim verificamos que 100% das pessoas consideram que a atividade física tem importância para o controlo da DM2 (numa proporção de 8/8), 62,5% dos participantes conseguiram mencionar 2 benefícios, 2 cuidados a ter e 2 estratégias estilos vida ativa (numa proporção de 5/8) e que 100% dos idosos obtiveram redução nos valores da glicemia capilar (Apêndice XIII) após a atividade física (numa proporção de 8/8). Em relação ao défice de autocuidado pela não adesão ao regime alimentar não adequado também foi atingido e superado, constamos que nas duas sessões de EpS 100% dos participantes consideram que a alimentação saudável tem importância no controlo da DM2, 62,5% na sessão 1 (numa proporção 5/8) e 66,7% (numa proporção 8/12) demonstraram conhecimentos conseguindo mencionar 2 benefícios e 2 cuidados a ter na alimentação saudável. Estes

resultados revelam que contribuímos para a aquisição de conhecimentos no âmbito da atividade física e alimentação saudável, visto que as duas dimensões são fundamentais no controlo da DM2 (Tabela 8).

Tabela 8

Indicadores de resultado/ impacto

Diagnóstico de Enfermagem	Indicadores de resultado	N	(%)	Proporção	Meta (%)
Défice de autocuidado pela não adesão ao regime de exercício físico	% pessoas idosas com DM2 que consigam identificar que a atividade física tem importância nos cuidados fundamentais do controlo da DM2	8	100	8/8	50
	% pessoas idosas com DM2 que consigam demonstrar conhecimentos sobre a prática da atividade física como uma das intervenções fundamentais no controlo da DM2	5	62,5	5/8	50
	% pessoas idosas com DM2 que evidenciem uma redução da glicemia capilar ao realizarem atividade física	8	100	8/8	50
Défice de autocuidado pela não adesão ao regime dietético adequado	% pessoas idosas com DM2 que consigam identificar que a alimentação saudável tem importância como uma das intervenções fundamentais no controlo da DM2	Sessão 1			
		8	100	8/8	50
	% pessoas idosas com DM2 que consigam demonstrar conhecimentos sobre uma alimentação saudável como uma das intervenções fundamentais no controlo da DM2	Sessão 2			
		12	100	12/12	50
Défice de autocuidado pela não adesão ao regime dietético adequado	% pessoas idosas com DM2 que consigam demonstrar conhecimentos sobre uma alimentação saudável como uma das intervenções fundamentais no controlo da DM2	Sessão 1			
		5	62,5	5/8	50
	% pessoas idosas com DM2 que consigam demonstrar conhecimentos sobre uma alimentação saudável como uma das intervenções fundamentais no controlo da DM2	Sessão 2			
8		66,7	8/12	50	

A EpS assume um papel primordial no controlo da diabetes levando a alterações de comportamentos e consequentemente a melhorar a qualidade de vida. É de salientar que mudar comportamentos requer uma intervenção mais prolongada e contínua, tendo em conta o período de intervenção definido para o projeto, não foi possível uma reavaliação dos comportamentos.

No que diz respeito aos indicadores de processo / atividade, verificou-se que as 4 atividades previstas realizaram-se na totalidade. Constatou-se ainda que a taxa de adesão dos participantes às sessões realizadas foi superada, embora em algumas sessões se tenha verificado a não comparência de convocados, alegando razões climatéricas, consultas, entre outras. Na análise do questionário de avaliação da satisfação aplicado obteve-se uma avaliação satisfação positiva, visto que se alcançou uma taxa entre os 100% e 87,5% (Tabela 9). É imprescindível a avaliação da satisfação das pessoas que recebem cuidados de saúde, para controlo de qualidade desses cuidados (Imperatori & Giraldes, 1993).

Tabela 9

Indicadores de processo / atividade

Diagnóstico de Enfermagem	Indicadores de processo	N	%	Proporção	Meta (%)
	% de sessões de atividades realizadas	4	100	4/4	90
Défice de autocuidado pela não adesão ao regime de exercício físico	% pessoas idosas com DM2 presentes na Sessão de Educação para a Saúde sobre “Importância da atividade física no idoso com diabetes <i>mellitus</i> ”	8	80	8/10	50
	% pessoas idosas com DM2 satisfeitas com a Sessão de Educação para a Saúde sobre “Importância da atividade física no idoso com diabetes <i>mellitus</i> ”;	7	87,5	7/8	50
	% pessoas idosas com DM2 presentes Sessão de atividade física “Caminhada do Dia Mundial da Diabetes”;	8	80	8/10	50

	% pessoas idosas com DM2 satisfeitas com a Sessão de atividade física “Caminhada do Dia Mundial da Diabetes	10	100	10/10	50
Défice de autocuidado pela não adesão ao regime dietético adequado	% pessoas com DM2 presentes na Sessão de Educação para a Saúde sobre “Mitos de uma Alimentação Saudável”	Sessão 1			
		8	72,2	8/11	50
	% pessoas com DM2 satisfeitas com a Sessão de Educação para a Saúde sobre “Mitos de uma Alimentação Saudável”	Sessão 2			
		12	100	12/12	50
	% pessoas com DM2 satisfeitas com a Sessão de Educação para a Saúde sobre “Mitos de uma Alimentação Saudável”	Sessão 1			
		8	100	8/8	50
% pessoas com DM2 satisfeitas com a Sessão de Educação para a Saúde sobre “Mitos de uma Alimentação Saudável”	Sessão 2				
	12	100	12/12	50	

Consideramos assim que o projeto de intervenção comunitária desenvolvido teve ganhos relativamente:

- Aquisição/ consolidação de conhecimentos em relação ao autocuidado na dimensão atividade física e alimentação na DM2;
- Partilha de conhecimentos/ experiências vivenciadas pela pessoa idosa com DM2;
- Colaboração da equipa da USF na intervenção e apoio na execução do projeto;
- Promoção da continuidade do projeto intervenção comunitária na USF;
- Estabelecimento das Parcerias Comunitárias.

Perante a análise da avaliação dos indicadores apresentados podemos concluir que foram alcançados os objetivos previamente fixados e consequentemente a intervenção comunitária desenvolvida foi alcançada com relevância.

CAPITULO III- COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Durante o desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária, tornou-se elementar a reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento das competências, de forma a produzir mudança e aperfeiçoamento no desempenho profissional com efeitos na prática clínica. A OE (2009) define competência o saber que permite mobilizar recursos e capacidades adequadas a estratégias de intervenção numa situação em concreto. O EEEC tem como alvo de intervenção a comunidade dirigida a projetos de saúde de grupos que vivenciam processos de saúde/ doença tendo por base a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, demonstrando julgamento crítico e tomada de decisão, de modo a se traduzir num conjunto de competências clínicas especializadas tendo em conta o seu campo de intervenção (OE, 2011).

Assim a realização deste projeto permitiu-nos o desenvolvimento de competências específicas do EEEC na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (ESCSP) definidas pela OE (Regulamento n.º428/2018, 2018). Neste sentido as competências desenvolvidas de acordo com o alvo e o contexto da intervenção, advêm da avaliação do estado de saúde de um grupo da comunidade, pessoas idosas com DM2, com base na Metodologia do Planeamento em Saúde e o referencial teórico de enfermagem, Teoria de Enfermagem do Deficit do Autocuidado de Dorothea Orem. Foram identificados os problemas de saúde da população em questão no diagnóstico de situação. A intervenção implementada foi orientada na prevenção primária contribuindo para a capacitação do grupo em questão, a promoção do autocuidado no âmbito da atividade física e da alimentação saudável, potencializando os recursos existentes, maximizando o bem-estar do grupo, prevenido possíveis complicações decorrentes da sua doença, processo indispensável na obtenção de ganhos em saúde nas pessoas com DM2. Foi possível contribuir para o cumprimento dos objetivos do PNS, definindo estratégias, como a EpS em grupo adoptando técnicas de comunicação, permitindo a realização das atividades programadas de forma a envolver os participantes. Foi também estabelecido Parcerias Comunitárias no sentido de garantir uma maior eficácia nas intervenções do projeto, favorecendo a capacitação do grupo, desta forma a resolução dos problemas de saúde numa abordagem multidisciplinar e multiprofissional.

É importante ainda salientar que toda a concepção do projeto foi baseada na evidência científica para as soluções dos problemas de saúde prioritários, de modo a desenvolver as competências específicas do EEEC na área de ESCSP, bem como aptidões do 2º ciclo, correspondentes ao grau de mestre, de acordo com os descritores de Dublin (Decreto Lei nº 65/2018,2018). Destacamos: (i) nível do conhecimento e da capacidade de compreensão, mobilização de sólidos padrões de conhecimento para a prática clínica e seleção de agentes de informação importantes na tomada de decisão, neste sentido efetuamos pesquisas de literatura e em bases de dados internacionais a fim de ir ao encontro dos objetivos da investigação; (ii) aplicação do conhecimento e compreensão, foram aprofundados conhecimentos na Promoção do Autocuidado a pessoas idosas na área da diabetes *mellitus* tipo 2, para tal explorou-se o conhecimento e a aplicação de questionários como a Escala de Barthel, Escala de Lawton & Brody, Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes. A utilização destes instrumentos são a evidência desta competência, tal como o planeamento e saúde, metodologia utilizada não só para a disciplina de enfermagem; (iii) capacidade para integrar conhecimentos, neste âmbito demonstrámos capacidade para tratar questões complexas, aprofundando os conhecimentos adquiridos e emitir juízos mediante o levantamento de diagnósticos de enfermagem com a taxonomia da CIPE® Versão 2015 para os problemas de saúde identificados; (iv) capacidade de comunicar, esta competência foi demonstrada durante todo percurso feito ao longo deste projeto, em áreas especializadas como presença em encontros científicos bem como participações com pósteres. Nas áreas não especializadas contamos com o conhecimento das pessoas idosas pertencentes ao grupo estudado; (v) competência de auto-aprendizagem, mostrámos uma aprendizagem de forma autónoma ao longo deste percurso, fazendo reflexões constantes sobre a prática clínica, garantindo as considerações éticas, deontológicas e sociais.

Posto isto, consideramos ter adquirido competências específicas do Enfermeiro Especialista Enfermagem Comunitária e a obtenção de grau de Mestre.

CAPITULO IV- CONCLUSÃO

A Diabetes *Mellitus* tipo 2 é uma das principais causas de morbidade crônica e de perda de qualidade de vida que afeta majoritariamente a população idosa. A evidência científica demonstra que a elevada prevalência deve-se fundamentalmente aos erros alimentares e à inatividade física, que contribuem para o excesso de peso e a obesidade. Considerados fatores de risco e que condicionam a doença, são vistos como determinantes nos comportamentos individuais e sociais. Considerado um dos tratamentos fundamentais da DM2, a mudança de estilos de vida como a atividade física e a alimentação.

O acompanhamento da pessoa com diabetes é um desafio para o EEEEC, procurando desenvolver na pessoa idosa conhecimento, atitudes e habilidades necessárias ao adequado desempenho e autocontrole da sua doença bem como o levantamento dos fatores de riscos associados. Perante a existência dos fatores de risco torna-se pertinente adoptar estratégias de intervenção ajustadas a esta problemática, o EEEEC assume um papel ativo na tomada de consciência do problema de saúde e de responsabilidade enquanto promotor da melhoria do estado de saúde de grupos e comunidades.

Neste sentido a promoção da saúde à pessoa idosa com DM têm um papel fundamental no controle e tratamento da diabetes, uma vez as suas complicações estão estritamente ligadas ao autocuidado, à adesão da gestão da doença e aos estilos de vida saudável. É essencial promover o autocuidado e capacitar a pessoa idosa com DM na gestão do seu processo de saúde-doença, e fundamentalmente envolvê-la na tomada de decisão. O EEEEC é um elemento dinamizador na educação para a saúde e na capacitação para a saúde nos indivíduos, obtendo-se ganhos em saúde.

A nossa intervenção comunitária foi projetada no âmbito da promoção do autocuidado relativamente à atividade física e à alimentação saudável a um grupo de pessoas idosas com DM2 pertencentes à USF Dafundo. Permitiu-nos fazer a avaliação do estado de saúde do grupo em questão através da metodologia do processo de planeamento em saúde. Contribuiu para a capacitação das pessoas idosas no que diz respeito à aquisição de conhecimentos sobre a prática de atividade física e à alimentação saudável. Como suporte da nossa intervenção baseamo-nos na Teoria de Enfermagem do Deficit do Autocuidado de Dorothea

Orem, por constituir a agência de autocuidado e a intervenção de enfermagem centrar-se na capacitação progressiva da pessoa com diabetes para as atividades de autocuidado através do sistema de apoio-educação, permitindo desenvolver competências de autocuidado.

A educação para a Saúde foi uma das estratégias selecionada por ser uma actividade muito utilizada nos Cuidados de Saúde Primários que tem como finalidade a promoção da saúde, porque gera uma combinação de experiencias de aprendizagem nas pessoas e nas comunidades visando melhorar a sua saúde, beneficiando do aprofundamento dos conhecimentos e habilidades bem como o desenvolvimento dos já existentes ou até mesmo influenciar atitudes. Foi realizada EpS em grupo por permitir uma percepção mais ampla da importância do autocuidado na gestão da doença no grupo estudado, onde se pode partilhar conhecimentos e experiencias, foi facilitada a discussão e o debate entre os participantes relativamente a DM2 e ao seu controlo. Foram realizadas sessões de EpS no âmbito da promoção da atividade física e da alimentação saudável, contribuíram efetivamente para a capacitação do autocuidado, desenvolvendo competências no grupo, que favorecem a promoção da saúde. A outra estratégia utilizada na nossa intervenção, foi o desenvolvimento de Parcerias Comunitárias (Assistente Social e Nutricionista), e que foi igualmente importante como a EpS, permitiu o desenvolvimento de estratégias para o grupo, facilitou a consolidação dos saberes dos profissionais, reforçando os conhecimentos sobre o problema de saúde em questão, de forma a dar continuidade à intervenção desenvolvida.

Consideramos que foi um projeto concebido com sucesso pela aceitação, participação e entusiasmo da parte do grupo em voltar a participar em atividades futuras, bem como dos profissionais da USF em dar continuidade ao projeto num futuro próximo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Diabetes Association (2019). *Standards of medical care in diabetes-2019*. *Diabetes Care*, 42 (1), ISSN 0149-5992
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., A., O., Pinto, C., & Martins, T. (2008). *Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados*. In I. Leal, I. J. Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 217 –220). Lisboa: ISPA.7
- Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, 25 (June), 59–66. <https://doi.org/10.1145/1854776>.
- Bastos, F. S. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2 – participação das esposas no plano educacional*. (Dissertação de candidatura ao grau de mestre de Saúde Pública). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Bastos, F., Severo, M., & Lopes, C. (2007). *Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada*. *Acta Medica Portuguesa*, 20 (1), 11–20.
- Caldeira, J. (2002). *Educação do Diabético*. In. Duarte, Rui, 3ª ed, *Diabetologia Clínica*. (pp. 409-420). Lisboa: Lidel.
- Cardoso, A. F., Queirós, P., & Ribeiro, C. F. (2015). *Intervenções para a aquisição do autocuidado terapêutico da pessoa com diabetes mellitus: revisão sistemática da literatura*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33 (2), 246–255. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.04.001>
- Carmo, H. & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da investigação - Guia para Auto-aprendizagem*. (2ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, A., Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.

- Chavis, D.M. (2001) The Paradoxes and Promise of Community Coalitions. In. *American Journal of Community Psychology*, 29 (2), 309-320. <https://doi.org/10.1023/A:1010343100379>
- Coelho, A. C. M., Boas, L. C. G. V., Gomides, D. dos S., Freitas, M. C. F., & Pace, A. E. (2015). Atividades De Autocuidado E Suas Relações Com Controle. *Texto Contexto Enferm*, 24(3), 697–705. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0104/07072015000660014>
- Cunha, M., Chibante, R., & André, S. (2014). Suporte social, empowerment e doença crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Ed. Esp. 1, 21–26.
- Decreto Lei nº 65/2018, Altera o regime jurídico dos Graus e Diplomas de Ensino Superior. *Diário da República, Série I* (Nº 157 de 16 de Agosto),417-4182. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Direção- Geral da Saúde. (2000). *Educação terapêutica na Diabetes Mellitus*. Circular Normativa Nº 14/DGCG de 12/12/200. Lisboa: Direcção-Geral Da Saúde. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>
- Direção- Geral da Saúde. (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Direcção-Geral Da Saúde, 1–24. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Direção- Geral da Saúde. (2011). *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*. Norma Da Direcção-Geral Da Saúde, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13073-016-0389-6>
- Direção- Geral da Saúde. (2013a). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Versão resumo*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde
- Direção- Geral da Saúde. (2013b). *Avaliação Antropométrica no Adulto*. Norma nº 017/2013, de 05/12/2013. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promcao-da-atividade-fisica.aspx>.

Direção- Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde : Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Educação, 2015. <https://doi.org/10.1007/s10853-015-9428->

Direção- Geral da Saúde. (2017a). *A Saúde Dos Portugueses 2016*. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/18278>

Direção- Geral da Saúde. (2017b). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Direção- Geral da Saúde. (2017c). *Programa nacional para a diabetes 2017*. Disponível em: www.dgs.pt

Direção- Geral da Saúde. (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-de-educacao-para-a-saude-literacia-e-autocuidados.aspx>

Durán, H. (1989). *Planeamento da saúde: aspetos conceptuais e operativos*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

Fechine, B. R. A.; Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Inter Science Place*, 1(20), 106–132. <https://doi.org/10.6020/1679-9844/2007>

Fonseca, C., Ramos, A., Orta, A., Simões, A., Gonçalves, I., Coimbra, M. D., Lopes, P., Santos, V., Nunes, I. (2018). Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem na pessoa idosa com diabetes mellitus em ambulatório: revisão sistemática da literatura. *Journal of Aging & Innovation*. 7 (1): 11 – 22

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fundo de População da Nações Unidas. (2012). *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio - Resumo Executivo*. *Fundo de População Das Nações Unidas (UNFPA)*, 12. Disponível em:

https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf

- Graue, M., Dunning, T., Hausken, M. F., & Rokne, B. (2013). Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care settings in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31(4), 241–247. <https://doi.org/10.3109/02813432.2013.854445>
- Henriques, M. A. P. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: eficácia das intervenções de enfermagem. Eficácia das intervenções de enfermagem.* (Tese de Doutoramento Em Enfermagem). Universidade de Lisboa
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde.* Lisboa: Editorial M. E. C.
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções de População Residente. 2015-2080*
- International Diabetes Federation. (2017). *Eighth edition 2017. IDF Diabetes Atlas, 8th edition.* [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8).
- Jayanna, K., Swaroop, N., Kar, A., Ramanaik, S., Pati, M. K., Pujar, A., Mohan, H. L. (2019). Designing a comprehensive Non-Communicable Diseases (NCD) programme for hypertension and diabetes at primary health care level: Evidence and experience from urban Karnataka, South India. *BMC Public Health*, 19(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6735-z>
- Kitson, A. (2016). Why Do We Need to Study the Fundamentals of Care?. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 29(1), 10–16. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2016.24641>
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs. *Reports published by the University of Adelaide,*

School of Nursing. Disponível em:
https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl_75843.pdf

Kitson, A., Conroy, T., Wengstrom, Y., Profetto-McGrath, J., & Robertson-Malt, S. (2010). SCHOLARLY PAPER: Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), 423–434. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x>

Lage, Isabel. (2017) - *Cuidados e envelhecimento: perspectivas da enfermagem*. Lisboa : Coisas de Ler.

Marriner-Tomey, Ann ; Alligood, Martha Raile - *Teóricas de enfermagem e a sua obra : modelos e teorias de enfermagem*. 5ª ed. Loures : Lusociência, 2004. XVI, 555 p. ISBN 972-8383-74-6

Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. ISBN 978-989-99480-1-3

Monteiro, J. (2012). *AMOSTRAGENS PROBABILISTICA E NÃO PROBABILISTICA: técnicas e aplicações na determinação de amostras*. (Programa de pós-graduação em ciências florestais). Universidade Federal do Espírito Santo.

Nogueira, L. G. F. & da Nóbrega, M. M. L. (2015). Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas com diabetes na atenção especializada. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 54-60

Nunes, A. M. (2017). Demografia, envelhecimento e saúde: uma análise ao interior de Portugal. *Revista Kairós: Gerontologia*, 20(1), 133. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p133-154>

Observatório Nacional da Diabetes. (2015). *DIABETES Factos e Números (2014)*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

Observatório Nacional da Diabetes. (2016). *DIABETES` : Factos e Números - O ANO DE 2015*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

- OECD/EU (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Oliveira, G. Y. M. de, Almeida, A. M. de O., Araújo Girão, A. L., & Aires de Freitas, C. H. (2016). Intervenções de enfermagem para promoção do autocuidado de pessoas com diabetes tipo 2: revisão integrativa. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 18(Dm), 1–12. <https://doi.org/10.5216/ree.v18.38691>
- Oliveira, K. C. S., & Zanetti, M. L. (2011). Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 45(4), 862–868. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400010>
- Onega, L., & Devers, E. (2011). Educação para a Saúde e Processo de Grupo. In M., Stanhope, & J. Lancaster. *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (7ªed.) (pp. 302-330). Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de saúde Pública.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 29/01/2020. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE). Lisboa: Autor
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). CIPE Versão 2015- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. Lusodidacta, Lda.
- Orem, Dorothea E. (1991). *Nursing: Concepts of practice*. 4ª ed. Saint. Louis, Mosby.

- Orem, Dorothea E. (1993). *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.,. XII
- Orem, Dorothea E. (1995). *Nursing: concepts of practice*. New York : McGraw-Hill Book, 1995. 0-07-047525-3
- Orem, Dorothea E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. 6th ed.. St. Louis: Mosby, cop. XVIII, 542 p. ISBN 0-323-00864-X
- Ornelas, J., Moniz, M., (2007). Parcerias Comunitárias e intervenção preventiva. *Análise Psicológica*, 1 (xxv), 153-158. Acedido a 09-09-2019. Disponível em: <file:///C:/Users/HP/Desktop/parcerias%20comunitarias.pdf>.
- Paúl, C. (2005). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Departamento de ciências do comportamento. Faculdade de letras
- Petronilho, Fernando. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra : Formasau - Formação e Saúde.
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Redman, B. (2003). *A prática da Educação para a Saúde* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Regulamento n.º 418/2018 (2018) Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Ordem dos Enfermeiros, Série II* (N.º135 de 16 de Julho de 2018). Acedido em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Ribeiro, O. & Paúl, M. C. (2012). *Manual de gerontologia: aspetos bio comportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Editor Lidel
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2018). *Manual de Envelhecimento Ativo*. 2.ª Edição Lidel

- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para saúde*, 1–111. Retrieved from <http://files.jvilelas.webnode.pt/200000157-37a9138a5f/Educacao-Para-a-Saude.pdf>
- Santos L., Parente, C., Ribeiro, J., Pontes, A. (2015). *Promoção da Saúde. Da Investigação à prática*. (Vol. I). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Shuster, G.F., Goepfinger, J.. (2011). A Comunidade como Cliente: Apreciação e Análise. In M., Stanhope, & J. Lancaster. *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ªed.) (pp. 355-389). Loures: Lusodidacta.
- Silva, F. M., Budó, M. L. D., Girardon-Perlini, N. M. O., Garcia, R. P., Sehnem, G. D. & da Silva, D. C. (2014). Contributions of health education groups to the knowledge of people with hypertension. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 347–353. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140045>
- Silva, T. N., Silva, A. O. & Cruz M., V., T. (2018). Literacia em saúde à pessoa idosa: uma revisão integrativa. *Cuidado é fundamental*, 114–118. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i3.114-11
- SNS. (2018). Bilhete Identidade Dos Cuidados de Saúde Primários - USF Dafundo. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30026/3113771/Pages/default.aspx>
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sousa, M.R. (2015). *Promover o Autocuidado, apoiar a adesão e a gestão do regime terapêutico - Programa de Intervenção de Enfermagem em Pessoas com Diabetes*. (Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

- Souza, A. C. de, Colomé, I. C. dos S., Costa, L. E. D., & Oliveira, D. L. L. C. de. (2005). A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Rev. Gaúch. Enferm*, 26(2), 147–153.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- VASelfCare - Diabetes Research. (2018). *VASelfCare - Diabetes Research*. Disponível em : <http://vaselfcare.rd.ciencias.ulisboa.pt/>
- Vigeta, S. M. G., Machado, B. C., & Nascimento, P. (2014). The significance for elderly men of being clinically diagnosed with Diabetes Mellitus. *Revista de Atenção Primária a Saúde*, 17(3), 388-396 9p. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=jlh&AN=103759550&site=ehost-live>
- World Health Organization. (1998). Health promotion glossary. Geneva: WHO
- World Health Organization. (2005). Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. *The Lancet*, 380(9838), 247–257. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)
- World Health Organization. (2014). Acedido a 09/04/2019. Disponível em <http://www.who.int>
- World Health Organization. (2015). World report And Ageing on Health. Geneva WHO Library Cataloguing-in-Publication Data
- World Health Organization. (2016). Global report on diabetes. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- World Health Organization. (2018). Ageing and life-course /What is Healthy Ageing? Obtido de WHO- World Health Organization. Acedido a 08/04/2019. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>

World Health Organization.(1986). Ottawa Charter for Health Promotion – An International Conference on Health Promotion. Copenhagen: World Health Organization.

Wolff, T. (2001). Community Coalition Building – Contemporary Practice and Research: Introduction. American Journal of Community Psychology, 29 (2), 165-192.

Zimmerman, G. (2007). VELHICE - ASPECTOS BIOPSIQUICOSSOCIAIS - Guite I Zimmerman.

ANEXOS

ANEXO I – Comissão de Ética para a Saúde

Exma. Senhora

Dr.ª Mara Pereira Guerreiro

mara.guerreiro@esel.pt

C/C:

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

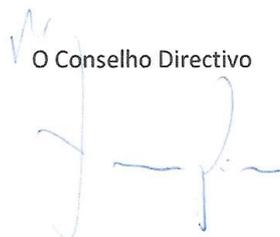
Assunto: Virtual assistant to facilitate self-care of older people with type 2 diabetes (VASelfCare).

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

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

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

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo


ANEXO II – Informação ao Participante

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

(Fase 1.3)

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

Qual é o objetivo geral do estudo?

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

No que consiste esta fase do estudo?

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

Porque é que fui convidado para participar?

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

O que tenho de fazer se aceitar participar?

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

Sou obrigado a participar?

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

Quais os riscos inerentes à minha participação?

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

Quais são os benefícios em participar?

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

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

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

Obrigada pelo tempo que despendeu a ler esta informação.

Se desejar participar deve assinar a declaração de consentimento informado.

Anexo III- Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

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

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

Informação escrita ao participante em anexo: Sim Não

O Investigador responsável

Nome: _____ Assinatura: _____

Identificação do participante:

Nome: _____

BI/CC n.º: _____

Participante

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

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

Data: ___ / ___ / ___ Assinatura: _____

APÊNDICES

Apêndice I- Cronograma de Gantt

Etapas	Atividades	2019/2020																																															
		Março				Abril				Maio				Junho				Julho				Setembro		Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro									
		1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª						
Planeamento em Saúde	Pesquisa Bibliográfica	█																																															
	Revisão Scoping	█																																															
	Elaboração do Projeto de Estágio	█																																															
	Entrega do Projeto de Estágio	█																																															
Diagnóstico de situação em saúde	Aceder à população em estudo: população idosa com DM	█																																															
	Aplicação dos instrumentos para colheita de dados	█																																															
	Análise de dados	█																																															
	Identificação das necessidades do grupo de idosos com DM	█																																															
Definição de prioridades	█																																																
Fixação de objetivos	█																																																
Seleção de estratégias	█																																																
Preparação operacional	█																																																
Intervenção avaliação	█																																																
	Orientação académica	█																																															
	Redação do relatório final	█																																															

Apêndice II- Plano Operacional

Plano Operacional

Atividades	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivo	Avaliação
<p>Atividade 1:</p> <p>Elaboração, divulgação e distribuição de material informativo de apoio ao projeto</p>	<p>Humanos:</p> <p>-Enfermeiras mestrandas;</p> <p>Materiais:</p> <p>- Computador;</p> <p>- Pesquisa;</p>	<p>Outubro 2019 a Janeiro de 2020</p>	<p>USF</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de cartaz divulgação para a caminhada no dia Mundial da Diabetes e afixação á entrada do edifício da USF e na Junta de freguesia; - Elaboração cartaz de divulgação das sessões de EpS sobre a alimentação saudável e afixação á entrada do edifício da USF e na Junta de freguesia; - Elaboração de folheto informativo para a pratica de atividade e para a alimentação saudável 	<ul style="list-style-type: none"> -Convidar e Incentivar a adesão do grupo de participantes ao projeto de intervenção comunitária; - O material informativo como uma forma de suporte da informação oral transmitida; - Reforço da informação sempre que a pessoa sente necessidade de relembrar os aspetos abordados; 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de cartazes divulgados/ elaborados x100; - Nº de folhetos informativos distribuídos/ elaborados 100; - Nº de inscrições -

Atividades	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivo	Avaliação
<p>Atividade 2:</p> <p>Criação de grupos</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermeiras mestrandas; - Profissionais de saúde da USF; - Assistente social e departamento de comunicação da União Junta de Freguesia, nutricionista; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cartaz de divulgação; -Folha de inscrição; - Mesa e cadeiras; - Canetas; -Telefone 	Outubro 2019 a Janeiro de 2020	USF	<ul style="list-style-type: none"> - Convocatórias via telefónica ou por meio da consulta de enfermagem ou médica; - Confirmação via telefónica aos utentes que que deliberadamente se inscreveram - Criação de três grupos: <ul style="list-style-type: none"> • 1 grupo para a dimensão autocuidado atividade física (sessão de EpS e caminhada) • 2 grupo para a dimensão autocuidado alimentação (horários diferentes de forma a facilitar a presença) 	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a adesão do grupo de participantes ao projecto de intervenção comunitária; - Criar um ambiente de grupo favorável á partilha de vivências/experiencias relativamente á DM2 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização efectiva da sessão; - Compromisso de adesão ao projecto.

Atividades	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivo	Avaliação
<p>Atividade 3:</p> <p>a) Sessão de Educação para a Saúde: “Importância da atividade física no idoso com diabetes mellitus”</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utentes; - Enfermeiras mestrandas; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Folheto informativo; - Mesas e cadeiras; - Computador; - Datashow; - Questionário de avaliação; 	14/11/2019 às 10H	Sala de Formação da USF	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da sessão de educação para a saúde; - Exposição oral dos conteúdos com suporte de apresentação em <i>Powerpoint</i>; - Debate sobre o tema/dúvidas; - Entrega dos folhetos; - Preenchimento de questionário de satisfação sobre a atividade e aquisição de conhecimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar para a importância da atividade física como uma das intervenções fundamentais no controlo da DM2; - Identificar cuidados necessários para a prática de atividade física no autocuidado da pessoa com DM2. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização efetiva da sessão; - Taxa de participantes presentes na atividade; - Taxa de participantes que reconheçam a importância da atividade física como uma das intervenções fundamentais no controlo da DM2; - Taxas de participantes que sejam capazes de enumerar 2 benefícios na prática de actividade física; - Taxas de participantes que sejam capazes de enumerar 2 cuidados a ter na prática de atividade física; - Taxas de participantes que sejam capazes de enumerar 2 estratégias para ter um estilo de vida mais ativo; - Taxa de satisfação dos participantes.

Atividades	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivo	Avaliação
<p>b) Sessão de Atividade Física “Caminhada do Dia Mundial da Diabetes ”</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utentes - Enfermeiras mestradas - Assistente Social da União de Junta de Freguesia; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cartaz de divulgação; - Sala de formação USF; - Gabinete da União de Junta de Freguesia; - Máquina de avaliação de glicémia; - Tiras glicémia; - Lancetas; - Contendor cortantes; - Compressas; - Questionário de avaliação; - Tabela de registo de glicemia; - Águas; - Maçãs. 	14/11/2019 às 11H	USF, Complexo desportivo do Jamor, junta de freguesia do Dafundo/ Cruz Quebrada	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição da atividade - Explicação do percurso, objetivo da atividade, sinais e sintomas a ter em conta durante a atividade física; - Avaliação da glicémia antes e depois da atividade e seu registo; - Entrega da água e maçãs; -Relembrar da necessidade de ingestão alimentar, caso tenha comido há mais de 2 horas; - Percurso de 1 h de atividade física; - Regresso à Junta de Freguesia; - Discussão em grupo para comparação do valor de glicémia inicial e final de cada utente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre a importância da atividade física como uma das intervenções fundamentais no controlo da diabetes <i>mellitus</i> tipo 2; - Aumentar a adesão de autocuidado com a Diabetes na dimensão da atividade física; - Perceber o impacto imediato da atividade física na glicémia capilar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização efetiva da sessão; - Taxa de participantes presentes na atividade; - Taxa de participantes que reconheçam a importância da atividade física como uma das intervenções fundamentais no controlo da DM2; - Taxa de participantes que apresentaram redução da glicemia apos a realização de atividade física; - Taxa de satisfação dos participantes.

Atividades	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivo	Avaliação
<p>c) Sessão de Educação para a Saúde 1 e 2: “Mitos de uma Alimentação Saudável”</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utentes; - Enfermeira mestranda; - Profissionais com quem foram estabelecidas parcerias: assistente social e nutricionista; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Folheto informativo; - Mesas e cadeiras; - Computador; - <i>Datashow</i>; - Questionário de avaliação; - Lanche (de acordo com orientações da nutricionista). 	<p>19/12/2019 às 15H 16/01/2020 às 11H</p>	<p>Sala de Formação da USF</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da sessão de educação para a saúde; - Exposição oral dos conteúdos com suporte de apresentação em <i>Powerpoint</i>; - Debate sobre o tema/dúvidas; - Entrega dos folhetos; - Lanche saudável; - Preenchimento de questionário de satisfação sobre a atividade e aquisição de conhecimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar para a importância da alimentação saudável como uma das intervenções fundamentais no controlo da DM2; - Identificar cuidados necessários para a alimentação saudável no autocuidado da pessoa com DM2. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização efetiva da sessão; - Taxa de participantes presentes na atividade; - Taxa de participantes que reconheçam a importância da alimentação saudável como uma das intervenções fundamentais no controlo da DM2; - Taxas de participantes que sejam capazes de enumerar 2 benefícios de uma alimentação saudável; - Taxas de participantes que sejam capazes de enumerar 2 cuidados a ter numa alimentação saudável; - Taxa de satisfação dos participantes.

Atividades	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivo	Avaliação
<p>Atividade 4:</p> <p>Sensibilização aos Profissionais de Saúde</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira mestranda; - Enfermeiros da USF; - Outros profissionais da USF <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesas e cadeiras; - Computador; - <i>Datashow.</i> 	Outubro de 2019 a 7 Fevereiro 2020	Sala de formação da USF	<ul style="list-style-type: none"> - Sessão de divulgação do projeto de intervenção comunitária aos enfermeiros da USF no dia 08/11/2019; - Contactos informais com profissionais da USF ao longo da intervenção comunitária; 	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgar o projeto de intervenção comunitária; - Incentivar os profissionais de forma a conseguir a apropriação e identificação com o projeto a fim de promover a sua continuidade - Incentivar a discussão sobre propostas de intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização efetiva da sessão

Apêndice III- Cartaz de divulgação da Sessão Atividade Física

“Caminhada do Dia Mundial da Diabetes ”

CAMINHADA

DIA MUNDIAL DA DIABETES

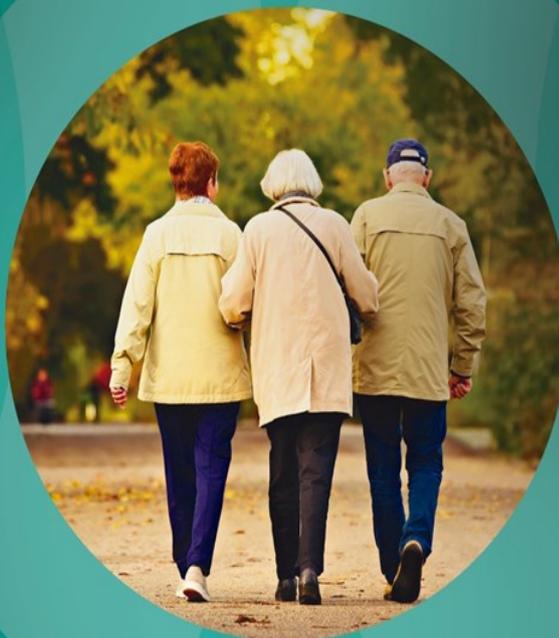
INSCRIÇÃO GRATUITA

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

14 NOVEMBRO 2019
10:00

PONTO DE ENCONTRO

USF DAFUNDO



PERCURSO: USF DAFUNDO - JAMOR - JUNTA DE FREGUESIA

PARTICIPE



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

Apêndice IV- Cartaz de divulgação da Sessão de Educação
para a Saúde **“Mitos de uma Alimentação Saudável”**

Sessão de Educação para a Saúde: “Mitos de uma Alimentação Saudável”

19 Dezembro 2019

15:00

USF DAFUNDO



Lanche saudável

PARTICIPE



Sessão de Educação para a Saúde: “Mitos de uma Alimentação Saudável”

16 Janeiro 2020

11:00

USF DAFUNDO



Lanche saudável

PARTICIPE



**Apêndice V- Folhas de inscrição para as Sessões de
Educação para a saúde**

Apêndice VI- Folheto informativo “Importância da Atividade Física”

Lembre-se...

Todos os passos contam.

Fazer alguma atividade física
é melhor do que não fazer nenhuma.

**MEXA-SE
PELA SUA SAÚDE**



REALIZADO:
Maria João Gama
Suse Dias



IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA



**PARTICIPE NA SUA
SAÚDE ATIVAMENTE**

O que é a atividade física?

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

O que é recomendado para a atividade física?

Pratique 150 minutos por semana de atividade moderada

3 sessões de 50 minutos

5 sessões de 30 minutos

20-25 minutos todos os dias

Que benefícios tenho com a atividade física?

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



Que benefícios tenho para a diabetes?

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

Como posso reduzir o tempo que passo sentado?

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



corra, pedale, mexa-se

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

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

Apêndice VII- Folheto Informativo “Alimentação saudável”

TENHA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Melhore a sua saúde



Realizado por:
Maria João Gama

PARTICIPE ATIVAMENTE
NA
SUA SAÚDE



O que é uma alimentação saudável?

É uma **alimentação** que deve ser:

Completa
Equilibrada
Variada

Quais os cuidados a ter numa alimentação saudável?

- Tome sempre o **pequeno-almoço**;
- Evite estar mais de **3 horas** sem comer;
- Diminua o **consumo** de **sal**;
- Evite ingerir **açúcar** e **produtos açucarados**;
- Aumente o consumo de **hortaliças, legumes e frutas**;
- Consuma de preferência **peixe e carnes magras** (ex.: aves ou coelho);
- Beba **água** ao longo do dia (cerca de **1,5 L**);
- Prefira uma **alimentação mediterrânica**;
- Privilegie sempre o consumo de **gorduras de origem vegetal** (azeite);
- Reduza o consumo total de **gordura**, em especial da **gordura saturada** (produtos de origem animal);
- Não utilize **gorduras** que foram **sobreaquecidas** ou **óleos queimados**;
- Se consumir **bebidas alcoólicas**, faça-o com **moderação**.

Quais os benefícios de uma alimentação saudável?

- Contribui para o **bem estar físico e mental**;
- Previne e ajuda a controlar **doenças como a diabetes, doenças cardiovasculares** e alguns tipos de **cancro**;
- Controlo dos **níveis de glicémia**, **tensão arterial**, **colesterol** e **triglicéridos**;
- Controlo de **peso saudável**.



Lembre-se!!!

- Faça um **alimentação** o mais **variada** possível
- Hábitos **alimentares saudáveis** não significam uma **alimentação restritiva e monótona**.
- Uma **alimentação saudável** melhora a **qualidade de vida**.



**Apêndice VIII- Sessão de Educação para a Saúde “Importância da
Atividade Física no Idoso com Diabetes *Mellitus*”**

Plano de sessão: Sessão de Educação para a Saúde “Importância da atividade física no idoso com diabetes *mellitus*”

Local: USF Dafundo

População alvo: Pessoas idosas com o diagnóstico de DM2

Data: 14/11/2019

Hora: 10H

Duração: 45 minutos

Formador: Maria João Gama e Suse Dias

Objetivo: Sensibilizar o grupo para a importância da atividade física no autocuidado para com a diabetes

Etapas	Conteúdos	Métodos	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	Apresentação das formadoras Apresentação do tema Apresentação dos conteúdos programáticos	Expositivo	Enfermeiras mestradas Computador <i>Datashow</i>	10 Minutos	Nº de participantes na sessão de EpS Aplicação do questionário de satisfação
Desenvolvimento	Exposição dos conteúdos: - O que é a atividade física - O que é recomendado para a prática de atividade física - Benefícios da atividade física - Benefícios da atividade física na diabetes - Estratégia para reduzir o sedentarismo - Estratégias para um estilo de vida mais ativo - Recomendação para a prática de atividade física na pessoa com diabetes.	Expositivo Interrogativo Discussão orientada	Enfermeiras mestradas Computador <i>Datashow</i>	20 Minutos	
Conclusão	Resumo da sessão Entrega de folheto Validação dos conteúdos transmitidos	Expositivo Interrogativo Discussão orientada	Enfermeiras mestradas	15 Minutos	

Apresentação dos diapositivos da sessão “Importância da Atividade Física no Idoso com Diabetes Mellitus”

Importância da atividade física no idoso com diabetes *mellitus*

Participe na sua saúde ativamente!

Maria João Gama
Suse Dias

14 de Novembro de 2019



O que é a atividade física?

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

O que é recomendado para a prática de atividade física?

Pratique 150 minutos por semana de atividade moderada

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

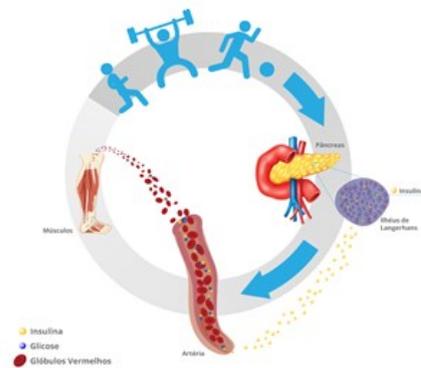
Sumário

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

Que benefícios tenho com a atividade física?

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

Que benefícios para a diabetes tenho com a atividade física?



Que benefícios para a diabetes tenho com a atividade física?

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

Como posso reduzir o tempo que passo sentado?

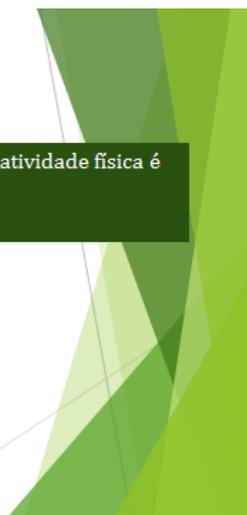
- ▶ Evite estar sentado mais de 1 h sem fazer pausas;
- ▶ Nas pausas, realize alongamentos e/ou exercícios de fortalecimento muscular;
- ▶ Aproveite as pausas do café e dê caminhadas rápidas de 10 minutos;
- ▶ Permaneça de pé enquanto fala ao telefone ou conversa;
- ▶ Adapte a sua secretária para trabalhar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

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

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

Recomendações para a prática de atividade física no utente com diabetes

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



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



MEXA-SE PELA SUA SAÚDE

- 
- ▶ <https://apdp.pt/diabetes/tratamento/exercicio-fisico/>
 - ▶ https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/recur_ferramentas-ab-pdf.aspx

Apêndice IX- Sessão de Atividade Física
“Caminhada do Dia Mundial da Diabetes ”

Plano de sessão: Sessão de Atividade Física “Caminhada do Dia Mundial da Diabetes ”

Local: USF Dafundo

População alvo: Pessoas idosas com o diagnóstico de DM2

Data: 14/11/2019

Hora: 11H

Duração: 60 minutos

Formador: Maria João Gama e Suse Dias

Objetivo: Sensibilizar o grupo para a importância da atividade física no autocuidado para com a diabetes e para o impacto que a atividade física tem na redução da glicemia capilar

Etapas	Conteúdos	Métodos	Recursos	Duraçã o	Avaliação
Introdução	Validação dos conteúdos transmitidos na sessão anterior. Apresentação dos objetivos. Informação do percurso da caminhada	Expositivo	Humanos: - Utentes - Enfermeiras mestradas - Assistente Social da União de Junta de Freguesia; Materiais: - Cartaz de divulgação; - Sala de formação USF; - Gabinete da União de Junta de Freguesia; - Máquina de avaliação de glicémia; - Tiras glicémia; - Lancetas; - Contentor cortantes; - Compressas; - Questionário de avaliação; - Tabela de registo de glicemia; - Águas; - Maçãs.	10 Minutos	Nº de participantes na sessão de EpS Aplicação do questionário de satisfação
Desenvolvimento	Componentes da prática da sessão: - Avaliação da glicemia antes da caminhada - Relembrar da necessidade de ingestão alimentar, caso os participantes tenham comido há mais de 2 horas; - Oferta de água; - Caminhada - Avaliação da glicemia depois da caminhada	Interrogativo Discussão orientada Prática de atividade física		20 Minutos	
Conclusão	Resumo da sessão Oferta de maçãs Transmitidos os valores da glicemia antes e depois da caminhada Validação dos conteúdos transmitidos	Expositivo Interrogativo Discussão orientada		15 Minutos	

Apêndice X- Sessão de Educação para a Saúde
“Mitos de uma Alimentação Saudável”

Plano de sessão: Sessão de Educação para a Saúde “Mitos de uma Alimentação Saudável”

Local: USF Dafundo

População alvo: Pessoas idosas com o diagnóstico de DM2

Data: 19/12/2019 e 16/01/2020

Hora: 15H e 11H

Duração prevista: 60 minutos

Formador: Maria João Gama

Objetivo: Sensibilizar o grupo para a importância de uma alimentação adequada no autocuidado para com a diabetes

Etapas	Conteúdos	Métodos	Duração	Recursos	Avaliação
Introdução	Apresentação da formadora Apresentação da nutricionista Apresentação do tema Apresentação dos conteúdos programáticos	Expositivo	5 Minutos	Enfermeira mestranda	Nº de participantes na sessão de EpS Aplicação do questionário de satisfação
Desenvolvimento	Exposição dos conteúdos: - Conceito de Alimentação Saudável - Conceito de equilíbrio energético - Exemplos e sugestões de refeições principais e pequenas refeições - Alimentação Saudável: Qualidade e Quantidade - Alimentação Mediterrânica - Mitos da Alimentação saudável - Cuidados a ter numa Alimentação Saudável - Benefícios de uma alimentação saudável	Expositivo Interrogativo Discussão orientada	25 Minutos	Nutricionista Computador <i>Datashow</i>	
Conclusão	Resumo da sessão Entrega de folheto Validação dos conteúdos transmitidos Lanche	Expositivo Interrogativo Discussão orientada	30 Minutos		

Apresentação dos diapositivos da sessão “Mitos de uma Alimentação Saudável”



SUMÁRIO

- O que é uma Alimentação Saudável
- O que é o equilíbrio energético
- Exemplos e sugestões de refeições principais e pequenas refeições
- Alimentação Saudável: Qualidade e Quantidade
- Alimentação Mediterrânica
- Mitos da Alimentação saudável
- Cuidados a ter numa Alimentação Saudável
- Benefícios de uma alimentação saudável



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



Completa

Consumir alimentos de todos os grupos e beber água diariamente



Equilibrada

Comer nem de mais, nem de menos, de tal maneira que o organismo receba todos os Nutrientes que necessita na quantidade certa.



Variada

Comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente e nas diferentes épocas do ano

EQUILÍBRIO ENERGÉTICO



REFEIÇÕES PRINCIPAIS

Exemplos de Almoço e Jantar:



PEQUENAS REFEIÇÕES

Exemplos de Pequeno Almoço:



PEQUENAS REFEIÇÕES

Exemplo de Lanches:



+



OU



PEQUENAS REFEIÇÕES

Exemplos de Ceia:



+



OU



+



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL - QUALIDADE

- Macronutrientes
 - Hidratos de carbono
 - Proteínas
 - Lípidos
- Micronutrientes
 - Vitaminas
 - Minerais



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL - QUANTIDADE

Plano da ALIMENTAÇÃO MEDITERRÂNEA

CULTURA, TRADIÇÃO E EQUILÍBRIO!



INSTITUTO NACIONAL DE SAUDE PUBLICA
DGS
ALIMENTAÇÃO MEDITERRÂNEA

MITOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



- **MITO:** Dietas têm de ter restrição de parte dos alimentos!

VERDADE: Dieta significa o que é diário e que se ingere diariamente e não implica uma restrição alimentar.

- **MITO:** Devemos só comer 3 a 4 vezes por dia se queremos emagrecer ou até fazer jejum!

VERDADE: Devemos fazer de 5 a 6 refeições por dia, de 2,5h a 3h de espaçamento entre elas. Estas refeições vão permitir que não tenhamos fome e que o nosso organismo disponibilize a energia para gastar com as atividades do dia a dia e não armazenar em forma de tecido adiposo.

- **MITO:** A culpa de engordar ou emagrecer é do meu metabolismo!

VERDADE: É certo que nascemos com pré-disposição para certas doenças no entanto os nossos comportamentos no que toca à alimentação, exercício, e escolhas de estilo de vida são extremamente importantes para a nossa saúde a médio ou longo prazo. Logo o nosso estilo de vida pode influenciar positivamente na prevenção de doenças e diminuição ou aumento de peso.



MITOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



- **MITO:** Quanto mais exercício fizer mais posso comer?

VERDADE: O exercício ajuda a manutenção ou a perda de peso e acelera o nosso metabolismo. Porém se estivermos o dia todo a comer grandes quantidades de alimentos fritos, produtos processados, bolos e doces não vamos conseguir gastar a energia que estes alimentos nos conferem por muito exercício que façamos.

- **MITO:** Às frutas como banana, uva, manga e melancia, devem ser excluídas da alimentação das pessoas com diabetes pois aumentam muito o açúcar no sangue?

VERDADE: As frutas são ricas em vitaminas, minerais e fibras e contém o açúcar natural (frutose e glicose). Quando consumidas em quantidades adequadas e distribuídas corretamente ao longo de um dia de alimentação, não prejudicam a saúde da pessoa que tem diabetes, entretanto se consumidas em excesso qualquer fruta poderá aumentar a glicémia.



MITOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



- **MITO:** Beber água às refeições engorda!

VERDADE: A água não possui valor calórico, não engorda nem promove o aumento do tecido adiposo. Uma ingestão excessiva de água às refeições (mais de 300ml) pode dilatar o estômago por outro lado uma ingestão moderada, humedece o bolo alimentar, favorecendo a digestão.

- **MITO:** Comer antes de dormir engorda, principalmente se forem hidratos de carbono!

VERDADE: A quantidade de calorias ingeridas é que faz com que o peso aumente. Se o consumo de energia for maior que o gasto, haverá ganho de peso.

- **MITO:** Os ovos aumentam o colesterol!

VERDADE: A gema de ovo contém colesterol e até há pouco tempo era recomendado limitar o seu consumo por se pensar que aumentava o risco de doenças cardiovasculares. Contudo, já vários estudos demonstraram que a gordura saturada é o principal fator para o aumento do colesterol e que consumir um ovo por dia não apresenta riscos.



- **MITO:** Se é natural, pode não fazer bem, mas mal não faz!

VERDADE: Alguns dos mais mortíferos venenos são naturais. O facto de ser natural não quer dizer que não traga malefícios para quem o ingere. Por exemplo o chá da planta do cardo mariano dia-se que baixa a tensão arterial, no entanto como é chá não sabemos quantificar o necessário para baixar a tensão arterial, incorrendo no erro que mais é melhor chegando a baixar muito a tensão arterial, podendo trazer outras complicações nefastas para a saúde.



MITOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



- **Mito:** A intolerância ao glúten é cada vez mais comum. Devemos evitá-lo se quisermos prevenir a inflamação intestinal?

Verdade: Só cerca de 1% da população mundial sofre de doença celíaca, um problema genético raro que faz com que as pessoas sejam intolerantes ao glúten. Para os restantes, é saudável e faz parte de um dos grupos de alimentos mais deliciosos.

- **Mito:** Os Organismos Geneticamente Modificados provocam cancro e são prejudiciais para o ambiente

▪ **Verdade:** O cultivo destes organismos, que começou nos anos 80, tem sido bastante estudado e um relatório recente da Academia Nacional de Ciências, Engenharia e Medicina americana veio confirmar que não representam um risco maior para o ambiente do que os restantes cultivos. E, segundo o *Independent*, não há evidências de que sejam menos seguros para consumo do que os alimentos convencionais.



OS MITOS QUE CONHECEMOS

- **Mito:** "Laranja de manhã é ouro, à tarde, prata e à noite mata"

Verdade: Pode ser consumida a qualquer altura do dia. É rica em vitamina c e ajuda o a fixação do ferro no organismo.

- **Mito:** Tomar chá emagrece?

Verdade: O chá tem principalmente a função de hidratar. Alguns chás podem ter características que ajudem a alterar o metabolismo no entanto só uma mudança nos comportamentos alimentares e a atividade física é que podem ajudar o emagrecimento.

- **Mito:** Manga com leite faz mal?

▪ **Verdade:** As vitaminas e minerais dos dois alimentos combinados trazem muitos benefícios para a saúde. Este mito teve a origem no tempo da escravidão em que os senhores se preocupavam com a comercialização do leite, diziam aos seus escravos que comiam manga esta com o leite fazia mal.

- **Mito:** "O vinho depois da melancia encortiça no estômago?"

▪ **Verdade:** Este mito deve-se a que quando comemos melancia por vezes nos excedemos na quantidade, provocando uma sensação de enfartamento e de peso no estômago, nada se devendo à combinação dos dois alimentos.

QUAIS OS CUIDADOS A TER NUMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL?



- Tome sempre o **pequeno-almoço**; Evite estar mais de 3 horas sem comer;
- Diminua o **consumo de sal**;
- Evite ingerir **açúcar e produtos açucarados**;
- Aumente o **consumo de hortaliças, legumes e frutas**;
- Consuma de preferência **peixe e carnes magras** (ex: aves ou coelho);





QUAIS OS CUIDADOS A TER NUMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL? (CONT)

- Beba **água** ao longo do dia (cerca de **1,5 L**);
- Dê preferência a uma **alimentação mediterrânica**
- Privilegie sempre o consumo de **gorduras de origem vegetal** (azeite);
- Reduza o consumo total de **gordura**, em especial da **gordura saturada** (produtos de origem animal);
- Não utilize **gorduras** que foram **sobreaquecidas** ou **óleos queimados**;
- Se consumir bebidas alcoólicas, faça-o com **moderação**.



QUAIS OS BENEFÍCIOS DE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL?

- Contribui para o bem estar **físico e mental**;
- Previne e ajuda a controlar **doenças como a diabetes, doenças cardiovasculares e alguns tipos de cancro**;
- Controlo dos **níveis de glicemia, tensão arterial, colesterol e triglicéridos**;
- Controlo de **peso saudável**.



LEMBRE-SE!!!

- Faça uma **alimentação** o mais **variada** possível
- Hábitos **alimentares saudáveis** não significam uma **alimentação restritiva e monótona**.
- Uma **alimentação saudável** melhora a **qualidade de vida**.

BIBLIOGRAFIA

- American Diabetes Association (2019). Standards of medical care in diabetes-019. *Diabetes Care*, 42 (1), ISSN 0149-5992
- https://www.alimentacao Saudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1455296179PadraoAlimentarMediterranico_Promotordesaude.pdf
- https://www.alimentacao Saudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1507564169PNPAS_DGS2017.pdf
- Boletim Informativo UFC Monte da Caparica, USP Caparica, *Mitos Alimentares*, ata Ano II-nº 5/9, Setembro 2009
- *A nova Roda dos Alimentos*, Coma bem viva melhor! Um guia para a escolha alimentar diária- FCNAUP, Instituto do Consumidor, Programa Operacional Saúde XXI
- *A Roda da Alimentação Mediterrânica*, FCNAUP, Setembro 2015, Site <https://nutrimento.pt/>



**Apêndice XI- Sessão de Sensibilização aos
Profissionais de saúde**

Plano de sessão: Sessão de Sensibilização aos Profissionais de saúde**Local: USF Dafundo****População alvo: Enfermeiros da USF****Data: 08/11/2019****Hora: 15h****Duração prevista: 30 minutos****Formador: Maria João Gama****Objetivo: Sensibilizar da equipa**

Etapas	Conteúdos	Métodos	Duração	Recursos
Introdução	Apresentação dos objetivos da sessão.	Expositivo	5 Minutos	Enfermeira mestranda Computador <i>Datashow</i>
Desenvolvimento	Exposição dos conteúdos: - Pertinência da temática - Referencial teórico para a prática clínica - Planeamento em saúde <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico de situação• Determinação de prioridades• Objetivos/metas/indicadores• Estratégias/ Intervenções a desenvolver• Preparação operacional Perspetivas de continuidade do projeto. Estimular a participação ativa dos profissionais.	Expositivo Interrogativo	15 Minutos	
Conclusão	Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas e promoção da discussão a novas propostas e sugestões; Agradecimentos.	Expositivo Interrogativo Discussão orientada	10 Minutos	

Apresentação dos diapositivos da sessão de Sensibilização aos Profissionais de saúde



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

10.º curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de
especialização em Enfermagem Comunitária
Ano letivo 2019/2020

**Promoção do Autocuidado nas Pessoas Idosas com Diabetes *Mellitus* tipo 2,
importância da Literacia em Saúde na Gestão da Doença**

M.º João Gama nº 8933

Regente: Fátima Nogueira

Docente Orientadora: Prof.ª Adriana Henriques

Lisboa, Novembro 2019



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA

- População envelhecida, com mais idosos do que jovens, 21% dos portugueses têm 65 ou mais anos (INE 2017)
- O índice de envelhecimento em 2080, duplicará passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens (INE, 2017)
- Plano Nacional de Saúde (PNS): Revisão e Extensão a 2020, define como principais metas de saúde reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos) para menos de 20%, aumentar em 30% a esperança de vida aos 65 anos de idade e diminuir os fatores de risco associados doenças crónicas (SNS, 2015)



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA

- A Diabetes na pessoa idosa é considerada um grave problema de Saúde Pública (WHO, 2014)
- Uma das principais causas de morbilidade crónica e de perda de qualidade de vida (WHO, 2014)
- Uma das quatro doenças crónicas prioritárias na intervenção governamental mundial no século XXI (WHO, 2014)
- Elevados custos tanto a nível social como no sistema de saúde (DGS, 2017)
- A diabetes é uma das doenças que mais se manifesta na população idosa, estando presente em pelo menos 20% das pessoas com mais de 65 anos Portugal é o país da Europa com a taxa de prevalência da doença mas elevada (OCDE, 2017)

REFERENCIAL TEÓRICO PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Teoria do défice de Autocuidado de Enfermagem (Orem)



Promover o autocuidado

Capacitar a pessoa na gestão da sua doença

Prevenir as multimorbilidades

Promover a autonomia e preservar a dignidade da pessoa idosa

PLANEAMENTO EM SAÚDE

DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO

Procedimentos e instrumentos de colheita de informação

- Contato prévio, via telefónica
- Consulta do processo clínico (últimos 2 valores de HbA1c, terapêutica prescrita, problemas de saúde conhecidos)
- Contato direto- Consulta com duração de 50 a 60 min, no período de 27/03/2019 a 1/06/2019
- Informação ao participante
- Consentimento informado
- Entrevista
- Aplicação dos 12 instrumentos de colheita de dados
- Avaliação antropométrica

DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

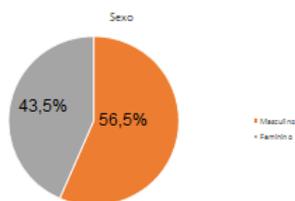
- Dados sociodemográficos
- Escala de Barthel (IB)
- Escala de Lawton & Brody (ELB)
- Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (ACD)

DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO

CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Dados Sociodemográficos

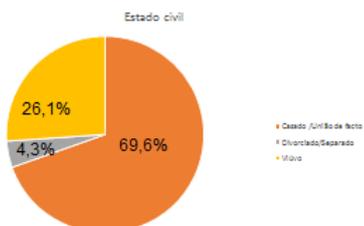
	N	Mínimo	Máximo	Média
Idade	23	65	88	72,83



DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO

CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

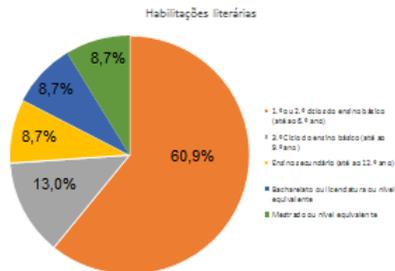
Dados Sociodemográficos



DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO

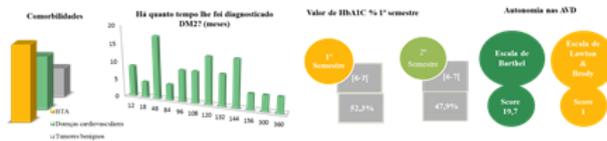
CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Dados Sociodemográficos



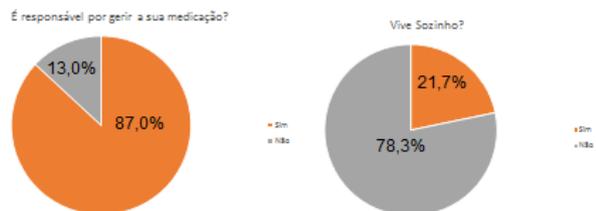
DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO

CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA



DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO

CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA



DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO

DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

Problemas de Saúde Identificados na Amostra

- Baixa adesão à atividade física
- Regime alimentar inadequado
- Obesidade

DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO

DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

Segundo CIPE

- Não adesão ao regime de exercício físico
- Não adesão ao regime dietético adequado
- Excesso de peso presente

DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO

DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

Segundo CIPE

- Não adesão ao regime de exercício físico
- Não adesão ao regime dietético adequado
- Excesso de peso presente

DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Determinação de prioridades nos diagnósticos de enfermagem segundo o Método de Hanlon

Diagnósticos De Enfermagem	N	Amplitude (1-10) A	Gravidade (1-10) B	Eficácia (0,5-1,5) C	Equilibrabilidade (0 ou 1) D	(A+B) C x D
Não adesão ao regime exercício físico	23	9	10	1	1	19
Não adesão ao regime dietético adequado	23	9	10	1	1	19
Excesso de peso presente	23	8	8	0,5	0	0

FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS

Objetivo geral

Promover a adesão do autocuidado nas pessoas idosas com diabetes *mellitus* tipo 2, relativamente á atividade física e á alimentação saudável adaptada á sua condição de doença, na USF Dafundo de Outubro de 2019 a Fevereiro de 2020.

FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS

Objetivos específicos

- Refletir sobre a importância da atividade física como uma das intervenções fundamentais no controlo da diabetes *mellitus* tipo 2;
- Identificar cuidados necessários para a prática de atividade física no autocuidado da pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2;
- Perceber que a atividade física tem impacto imediato na glicemia capilar;
- Refletir sobre a importância da alimentação saudável como uma das intervenções fundamentais no controlo da diabetes *mellitus* tipo 2;
- Identificar que cuidados são necessários para uma alimentação saudável na diabetes *mellitus* tipo 2

FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS

Objetivos operacionais (metas)

- Que 60% das pessoas idosas com DM2 consigam adquirir conhecimentos sobre a atividade física como uma das intervenções fundamentais no controlo da diabetes *mellitus* tipo 2
- Que 60% das pessoas idosas com DM2 identifiquem pelo menos dois cuidados necessários para realizarem atividade física;
- Que 60% das pessoas idosas com DM2 evidenciem uma redução da glicemia capilar ao realizarem atividade física.
- Que 60% das pessoas idosas com DM2 consigam adquirir conhecimentos sobre uma alimentação saudável como uma das intervenções fundamentais no controlo da diabetes *mellitus* tipo 2.
- Que 60% das pessoas idosas com DM2 consigam identificar pelo menos dois cuidados que devem ter em conta numa alimentação saudável;

Indicadores de Resultado / Impacto

- Taxas de pessoas idosas com DM2 que consigam identificar que a atividade física tem importância nos cuidados fundamentais do controlo da DM2;
- Taxa de pessoas idosas com DM2 que consigam demonstrar conhecimentos (mencionando 2 benefícios, 2 cuidados a ter e 2 estratégias estilos vida ativa) sobre a prática da actividade física como uma das intervenções fundamentais no controlo da DM2;
- Taxa de pessoas idosas com DM2 que evidenciem uma redução da glicemia capilar ao realizarem atividade física;
- Taxa de pessoas idosas com DM2 que consigam identificar que a alimentação saudável tem importância como uma das intervenções fundamentais no controlo da DM2;
- Taxa de pessoas idosas com DM2 que consigam demonstrar conhecimentos (mencionando 2 benefícios e 2 cuidados a ter) sobre uma alimentação saudável como uma das intervenções fundamentais no controlo da DM2.

Indicadores de Atividade/ Execução

- Taxa de sessões de atividades realizadas;
- Taxa de pessoas idosas com DM2 presentes na Sessão de Educação para a Saúde sobre "Importância da atividade física no idoso com diabetes mellitus";
- Taxa de pessoas idosas com DM2 satisfeitas com a Sessão de Educação para a Saúde sobre "Importância da atividade física no idoso com diabetes mellitus";
- Taxa de pessoas idosas com DM2 presentes Sessão de Atividade Física "Caminhada do Dia Mundial da Diabetes";
- Taxa de pessoas idosas com DM2 satisfeitas com a Sessão de Atividade "Caminhada do Dia Mundial da Diabetes";
- Taxa de pessoas com DM2 presentes na Sessão de Educação para a Saúde sobre "Mitos de uma Alimentação Saudável";
- Taxa de pessoas com DM2 satisfeitas com a Sessão de Educação para a Saúde sobre "Mitos de uma Alimentação Saudável".

ESTRATÉGIAS:

- Educação para a saúde
- Em grupo
- Parcerias Comunitárias

PREPARAÇÃO OPERACIONAL:

- Atividade Física:

- Sessão de Educação para a Saúde : “ Importância da Atividade Física no idoso com Diabetes” – 14 de Novembro às 10h
- Sessão de Atividade Física : “Caminhada do Dia Mundial da Diabetes”- 14 de Novembro 2019 às 11h
- Cartaz informativo para a Caminhada
- Folha de inscrição
- Folheto informativo
- Questionário de satisfação

→ Parceria com União da Juntas de Freguesia Algés/ Linda-a-Velha/ Dafundo e Cruz Quebrada (Assistente Social)

PREPARAÇÃO OPERACIONAL

- Alimentação:

- Sessão de Educação para a Saúde : “Mitos de uma Alimentação Saudável”- 19 de Dezembro 2019 às 15h e 16 Janeiro 2020 às 11h
- Cartaz informativo da Sessão de Educação para a Saúde
- Folheto informativo
- Lanche
- Questionário de satisfação

→ Parceria com União da Juntas de Freguesia Algés/ Linda-a-Velha/ Dafundo e Cruz Quebrada (Nutricionista)



PERSPETIVAS DE CONTINUIDADE DO PROJETO.

- Colaboração da equipa da USF na intervenção e apoio na execução do projeto;
- Promoção da continuidade do projeto intervenção comunitária na USF;
- Estabelecimento das Parcerias Comunitárias.

Obrigada



Apêndice XII- Questionários de avaliação sessões de
educação para a saúde

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

Este questionário é anónimo.

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

- Não sei
- Pouco importante
- Importante
- Muito importante

2. Escreva dois benefícios da atividade física:

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

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

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

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito

Obrigado pela sua participação

Maria João Gama
Suse Dias

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

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

Pouco importante

Importante

Muito importante

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

Muito insatisfeito

Insatisfeito

Satisfeito

Muito satisfeito

Obrigado pela sua participação

Maria João Gama

Suse Dias

Avaliação da sessão de educação para a saúde “Mitos de uma Alimentação Saudável” - 19/12/ 2019

Este questionário é anónimo.

1. Após esta sessão, como avalia a importância que a alimentação saudável tem para a Diabetes?

- Não sei
- Pouco importante
- Importante
- Muito importante

2. Escreva dois benefícios da alimentação saudável:

3. Escreva dois cuidados a ter numa alimentação saudável:

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

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito

Obrigado pela sua participação

Maria João Gama

Avaliação da sessão de educação para a saúde “Mitos de uma Alimentação Saudável” - 16/01/ 2020

Este questionário é anónimo.

1. Após esta sessão, como avalia a importância que a alimentação saudável tem para a Diabetes?

- Não sei
- Pouco importante
- Importante
- Muito importante

2. Escreva dois benefícios da alimentação saudável:

3. Escreva dois cuidados a ter numa alimentação saudável:

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

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito

Obrigado pela sua participação

Maria João Gama

**Apêndice XIII- Tabela de monitorização Monitorização da glicémia capilar
“Caminhada do Dia Mundial da Diabetes”**

Monitorização da glicémia capilar Caminhada do Dia Mundial da Diabetes

Utente	Glicemia antes (mg/dl)	Glicemia após (mg/dl)	Diferencial glicemia (mg/dl)
1	265	211	54
2	147	103	44
3	193	91	102
4	106	99	7
5	99	61	38
6	130	102	28
7	148	90	58
8	203	90	113